

Семёнова Л. Ю.

Клинико-лабораторная характеристика и качество жизни подростков с длительным субфебрилитетом, имеющим рецидивирующее течение

БУЗ Удмуртской Республики «Республиканский Клинико-Диагностический Центр Министерства Здравоохранения Удмуртской Республики», консультативно-педиатрическое отделение, г.Ижевск

Seменова L. Y.

Clinical and psychological characteristics and quality of life in teenagers with a returning persistent low-grade fever

Резюме

Для выявления характерных особенностей у подростков с длительным субфебрилитетом, имеющим рецидивирующее течение, была проведена оценка анамнеза жизни, объективного статуса, клинико-лабораторных исследований, психологического статуса и качества жизни. В результате было выявлено, что у этих детей температура имела скачкообразный характер, была более длительной, чаще отмечалась связь с физическими и эмоциональными нагрузками, чаще выявлялись изменения нервной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, был более высокий уровень личностной и ситуативной тревожности, преимущественно встречался меланхолический тип темперамента. При оценке качества жизни изменения физического и психического функционирования носили более выраженный характер. Выявленные особенности позволяют своевременно прогнозировать течение заболевания.

Ключевые слова: рецидивирующий длительный субфебрилитет, подростки, психологический статус, качество жизни

Summary

The aim of this research was to find out a clinical and psychological characteristics and quality of life in teenagers with a returning persistent low-grade fever. In consequence, those children had an uneven temperature, which was more prolonged and more depended from physical and emotional loadings. Also, teenagers more often had changers from nervous, cardiovascular and endocrine systems, melancholic type of temperament, higher level of personal and situational anxiety, more expressed changers of mental and physical function of quality of life. Those results let us to a timely prognosis of disease's course.

Key words: returning persistent low-grade fever, teenagers, psychological status, quality of life

Введение

Длительный субфебрилитет-состояние, характеризующееся повышением температуры выше 37,0°-38,0° в течение 3-х недель и более. В основе возникновения длительного субфебрилитета лежат факторы инфекционного и неинфекционного генеза, когда повышение температуры тела имеет самостоятельное патологическое происхождение (отсутствие отклонений при тщательном и всестороннем объективном и лабораторном исследовании) [1, с.9; 3, с.11].

Проблема длительного субфебрилитета как и в 30-е годы прошлого столетия остается актуальной и на сегодняшний день. До сих пор нет четких данных по этиологии и патогенезу длительного субфебрилитета. Большинство авторов отмечают полиэтиологичность данного состояния, наличие взаимосвязи между функциональными нарушениями нервной системы и наличием очагов хронической инфекции [5, с.55; 6, с.68; 2, с.68; 4, с.105].

Особую трудность вызывает дифференциальная диагностика и лечение длительного субфебрилитета неинфекционного генеза у детей. При данном субфебрилитете можно выделить группу подростков, у которых наблюдалось повторное повышение температуры через 1 год после проведенного лечения, чаще повторные повышения температуры сказывались на состоянии ребёнка, приводя к ухудшению качества жизни, возникновению психосоматических заболеваний.

Целью данной работы было выявление клинико-лабораторных и психологических особенностей, оценка качества жизни детей подросткового возраста с длительным субфебрилитетом, имеющим рецидивирующее течение.

Материалы и методы

Было обследовано 50 детей в возрасте от 10 до 18 лет, из них 25 подростков с длительным субфебрилитетом имели повторное повышение температуры тела

Таблица 1. Характеристика повышенной температуры тела у подростков с длительным субфебрилитетом

Показатели	Группа наблюдения, % (n=25)	Группа сравнения, % (n=25)	p
1.Время года на момент появления повышенной температуры тела: -весна-осень -лето-зима	60±10.00 40±10.00	68±9.52 32±9.52	>0.05 >0.05
2.Повышенная температура тела выявлена: -случайно -после острых респираторных вирусных инфекций	76±8.71 24±8.71	64±9.79 36±9.79	>0.05 >0.05
3.Длительность повышенной температуры тела до обращения: -1-3 месяца -3-6 месяцев -больше 6-ти месяцев	0 20±8.16 80±8.16	32±9.52 36±9.79 32±9.52	<0.05 <0.05 <0.05
4.Уровень повышения температуры тела: -до 37.5°C -37.5-38.0°C -больше 38.0°C	4±4.00 28±9.16 68±9.52	72±9.16 20±8.16 8±5.53	<0.05 >0.05 <0.05
5.Связь с физическими и эмоциональными нагрузками: -есть -нет	92±5.53 8±5.53	64±9.79 36±9.79	<0.05 <0.05
6.Время суток, когда повышалась температура тела: -утро -день-вечер -в течение суток	16±7.48 76±8.71 8±5.53	20±8.16 40±10.00 40±10.00	>0.05 <0.05 <0.05
7.Снижение температуры тела в ночное время: -да -нет	84±7.48 16±7.48	64±8.71 36±8.71	>0.05 >0.05
8.Характер повышенной температуры тела: -постоянный -скачкообразный	16±7.48 84±7.48	76±8.71 24±8.71	<0.05 <0.05

через 1 год после лечения, эти дети составили группу наблюдения, в группе сравнения было 25 детей тоже с длительным субфебрилитетом, но без повторного повышения температуры тела. Наблюдение за подростками проводилось в сроки от 2-х до 4-х лет.

Всем детям, наряду с изучением антенатального анамнеза, объективного статуса, проводилось клинико-лабораторные исследования (полный анализ крови, мочи, кала; биохимическое исследование крови; иммуноферментный анализ крови на микоплазменную, хламидийную, герпетическую и цитомегаловирусную инфекции), инструментальные исследования (рентгенография черепа и шейного отдела позвоночника, нейрофизиологические исследования). Психологический статус оценивался с помощью личностного опросника Г.Азенка (тип темперамента) и опросника Ч.Д.Спилберга (уровень личностной и ситуативной тревожности). Оценка качества жизни проводилась посредством анкетирования подростков с использованием специализированного педиатрического опросника (Л.Ф. Молчанова, кафедра общественного здоровья Ижевской государственной медицинской академии).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью параметрических и непараметрических методов исследования (определение ошибки репрезентативности, доверительных границ средних и относительных величин, оценка достоверности разности результатов исследования).

Результаты и обсуждение

Среди наблюдаемых групп достоверных различий по полу не было выявлено: в основной группе мальчиков было 56%, девочек – 44%, а в группе сравнения 52% и 48% подростков соответственно ($p < 0.05$). По возрасту в основной группе преобладали подростки 14-18 лет (72% детей против 52% в группе сравнения, $p < 0.05$). Характеристика температуры тела при длительном субфебрилитете в обеих группах представлена в таблице №1.

Как видно из таблицы №1, у подростков с наличием длительного субфебрилитета, имеющих рецидивирующее течение, повышенная температура тела в большинстве случаев имела более высокие показатели, характеризовалась большей длительностью, скачкообразным

Таблица 2. Тип темперамента детей с длительным субфебрилитетом
Тест Г.Айзенка

Тип темперамента	Группа наблюдения (n=25) M±m, %	Группа сравнения (n=25) M±m, %	p
Меланхолик	76±8.71	48±10.19	<0.05
Холерик	16±7.48	20±8.16	>0.05
Флегматик	4±10.00	20±8.16	>0.05
Сангвиник	4±10.00	12±6.63	>0.05

Таблица 3. Уровень тревожности детей с длительным субфебрилитетом
Тест Ч.Д. Спилберга

Уровень тревожности	Группа наблюдения (n=25) M±m, баллы	Группа сравнения (n=25) M±m, баллы	p
Личностная тревожность	62.18±0.88	48.84±0.92	<0.05
Ситуативная тревожность	58.44±1.04	52.16±0.44	<0.05

характером, связью с физическими и эмоциональными нагрузками, повышением во второй половине дня.

Жалобы у детей с длительным субфебрилитетом, имеющим рецидивирующее течение, встречались у 100% подростков и были разнообразными, в группе сравнения жалобы отмечались у 64% (p<0.05). Среди жалоб у подростков основной группы преобладали: цефалгический синдром (72% детей против 48% группы сравнения, p<0.05), нарушение сна (56% подростков против 28% группы сравнения, p<0.05), неврозоподобный синдром-раздражительность, энурез, тики, страхи (64% детей против 36% группы сравнения, p<0.05).

Более отягощенная наследственность так же была у детей с длительным субфебрилитетом, имеющим рецидивирующее течение, высокий индекс отягощенности наследственности в группе наблюдения был выявлен у 48%, а в группе сравнения у 24% подростков (p<0.05).

Течение беременности было осложнено у матерей всех наблюдаемых детей. Так, в группе наблюдения с большей частотой у матерей встречались заболевания сердечно-сосудистой системы (32% против 8% группы сравнения, p<0.05), эндокринной системы (32% против 12% группы сравнения, p<0.05). Так же, нужно отметить, что роды путем кесарева сечения в группе наблюдения встречались в 2 раза чаще, чем в группе сравнения (40% и 20% соответственно, p<0.05).

При оценке физического развития и в группе наблюдения, и в группе сравнения большинство детей имели среднее физическое развитие, выше среднего было у 48% и 56% детей соответственно, но нужно отметить, что в группе наблюдения чаще встречалось ожирение (32% подростков против 8% группы сравнения, p<0.05).

У всех детей с длительным субфебрилитетом при обследовании нервной системы была выявлена патология в виде расстройства вегетативной нервной системы, резидуально-органического поражения центральной нервной системы, минимальной мозговой дисфункции, проявлений остеохондроза позвоночника.

При исследовании вегетативного статуса в группе наблюдения и в группе сравнения было выявлена соответственно: симпатикотония – у 68% и 20% пациентов (p<0.05), ваготония – у 12% и 56% детей (p<0.05), эу-тония встречалась с одинаковой частотой – 20% и 24% подростков (p>0.05).

У детей с длительным субфебрилитетом, имеющим рецидивирующее течение, с большей частотой выявлялся неврозоподобный синдром (80% против 48% подростков группы сравнения, p<0.05), гипоталамический синдром (56% детей против 16% группы сравнения, p<0.05), мигренеподобный синдром, мигрень (56% подростков против 20% группы сравнения, p<0.05). Патология сердечно-сосудистой системы была выявлена у всех наблюдаемых детей, но у детей группы наблюдения чаще встречалась артериальная гипертензия (68% подростков против 20% группы сравнения, p<0.05), нарушение ритма сердца (68% детей против 40% против группы сравнения, p<0.05). При обследовании эндокринной системы в группе наблюдения преобладали ожирение (32% детей против 8% группы сравнения, p<0.05), диффузный эндемический зоб (40% подростков против 20% группы сравнения, p<0.05), функциональный гиперкортицизм (56% детей против 40% группы сравнения, p<0.05).

При лабораторном исследовании анализа крови в группе наблюдения и в группе сравнения были выявлены лимфоцитарный лейкоцитоз, повышение серомукоидов и сиаловых кислот у 16% и 14% подростков соответственно (p>0.05). При обследовании на хронические персистирующие инфекции методом иммуноферментного анализа крови выявлялись иммуноглобулины (Ig) класса М к микоплазменной и хламидийной инфекциям: в группе наблюдения – у 20% детей, в группе сравнения – у 24% (p>0.05).

Исследование психологического статуса было направлено на определение типа темперамента, уровня тревожности. Данные тестов Г.Айзенка и Ч.Д.Спилберга представлены в таблицах №2, №3.

Таблица 4. Качество жизни детей с длительным субфебрилитетом

Показатели качества жизни	Группа наблюдения (n=25) M±m, баллы	Группа сравнения (n=25) M±m, баллы	p
1. Физическое функционирование	15.14±0.16	13.68±0.18	<0.05
2. Психическое функционирование	15.98±0.34	13.82±0.24	<0.05
3. Отношения с другими	14.74±0.22	12.12±0.36	<0.05
4. Уровень самостоятельности	13.84±0.54	12.14±0.44	>0.05
5. Социальное функционирование (отношения с другими + уровень самостоятельности)	28.58±0.18	24.26±0.48	>0.05

Как видно из таблицы №2, №3, в группе наблюдения преобладали дети с меланхолическим типом темперамента, для которого характерны эмоциональная неустойчивость, замкнутость, робость, пониженная активность, неуверенность в себе, быстрая утомляемость, низкая работоспособность. Уровень личностной и ситуативной тревожности был повышен в обеих группах, причем в группе наблюдения у подростков наблюдался более высокий уровень личностной тревожности. Изученные показатели важны для прогноза длительного субфебрилитета, так как при высокой тревожности, эмоциональной неустойчивости, возбудимости возможно более длительное повышение температуры тела, повторное повышение температуры тела.

Длительное повышение температуры тела и особенности психологического статуса могут сказываться на качестве жизни подростков, приводя к расстройству социально-психологической адаптации, невротоподобным реакциям, нарушению поведения в обществе и семье. Результаты оценки качества жизни представлены в таблице №4.

Как видно из таблицы №4, качество жизни страдало в обеих группах, но в группе наблюдения изменения были более выраженными по всем показателям.

Заключение

Таким образом, дети с длительным субфебрилитетом, имеющим рецидивирующее течение, по сравнению

с детьми группы сравнения имели определенные особенности: температура преимущественно имела скачкообразный характер, была более длительной, чаще отмечалась связь с физическими и эмоциональными нагрузками, чаще выявлялись изменения нервной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, с большей частотой встречался меланхолический тип темперамента, более высокий уровень ситуативной и личностной тревожности. При исследовании качества жизни у детей группы наблюдения изменения физического и психического функционирования носили более выраженный характер. ■

Семёнова Людмила Ювенальевна, врач-педиатр консультативно-педиатрического отделения БУЗ Удмуртской Республики «Республиканский Клинико-Диагностический Центр Министерства Здравоохранения Удмуртской Республики», заочный аспирант кафедры детских болезней с курсом неонатологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки Ижевской Государственной Медицинской Академии, г. Ижевск. Адрес для переписки - 426009, г. Ижевск, ул. Ленина 87Б, тел./факс – (3412) – 68-26-00, e-mail: rkdcur@list.ru

Литература:

1. Брызгунов, И.П. Длительные субфебрилитеты у детей (клиника, этиология, патогенез и лечение) / И.П. Брызгунов.-М.:ООО «МИА», 2008.-240с.
2. Брызгунов, И.П. О длительном субфебрилитете / И.П. Брызгунов // Клиническая медицина.-1997.-ц8.-с.68-70.
3. Брызгунов, И.П. Теплообмен и терморегуляция в практике педиатра / И.П. Брызгунов.-М.: ИД «Мед-практика», 2005.-128 с.
4. Брызгунов, И.П. Характеристика длительного субфебрилитета у детей при динамическом изучении явления с интервалом в 20 лет / И.П. Брызгунов, А.Г. Кизева, О.А. Малиевский // Педиатрия.-1997.-ц2.-с.105-106
5. Осокина, Г.Г. Психовегетативный синдром при неинфекционных субфебрилитетах у детей / Г.Г. Осокина, Н.В.Токарева, И.А. Белоконов // Педиатрия.-1989.-ц9.-с.54-59.
6. Юлиш, Е.И. Длительный субфебрилитет у детей. Возможные причины и подходы к терапии / Е.И. Юлиш, О.Е. Чернышева, Ю.А. Сорока // Современная педиатрия.-2011.-т.35-ц1-с.67-72.