

ჰიპერთემია, ცხელება და დაუდგენელი ეტიოლოგიის ცხელება

სხეულის მომატებული ტემპერატურის მენჯემენტი დამოკიდებულია კლინიკურ მდგომარეობაზე, თუმცა კლინიცისტები ჩვეულებრივ ამჯობინებენ ცხელების სუპრესიას, გაურკვეველია სხეულის მომატებული ტემპერატურა ხელს უწყობს თუ არა ინფექციისაგან გაჯანმრთელების პროცესს. ანტიპირეტიკული თერაპიის სარგებელი და რისკი ერთმნიშვნელოვნად არ არის განსაზღვრული, რადგან ბევრი პაციენტი კარგად იტანს მაღალ ტემპერატურას და ანტიპირეტიკულმა თერაპიამ შესაძლოა უფრო მეტი დისკომფორტი გამოიწვიოს, ვიდრე თვითონ პირექსიამ. სხვა პაციენტში - მიალგია, სისუსტე, კონცენტრაციის დაქვეითება, შემცივნება, კანკალი შეიძლება იყოს ძალიან არაკომფორტული და ანტიპირეტიკული თერაპია, შესაძლოა, გამოყენებული იქნას სიმპტომების შესამსუბუქებლად. მნიშვნელოვან პირექსიას უნდა ვუმკურნალოდ მცირეწლოვან ბავშვებში, პაციენტებში ინსულტით, მოხუცებსა და ჭკუასუსტ პაციენტებში, აგრეთვე კარდიო-პულმონური დაავადებებით პირებში, ვინაიდან ამ ჯგუფებში მოსალოდნელია ცუდი გამოსავალი. ჰიპერთემიას ყოველთვის უნდა ვუმკურნალოთ პაციენტებში ანესთეზიით, სითბური დაკვრით, ავთვისებიანი ნეიროლეპსიური სინდრომით ან თიროიდული კრიზით. და ბოლოს, მიზანშეწონილია ვუმკურნალოთ ყველა პაციენტს, რომელთა ტემპერატურა **40°C**-ზე მეტია, მათ შორის ჯანმრთელ ახალგაზრდებშიც კი.

გაგრილების მეთოდის შერჩევა დამოკიდებულია ტემპერატურის მომატების პათოგენეზზე. იმ პაციენტებში, რომლებშიც ცხელებას მიზეზი ინფექცია ან სხვა ანთებითი მდგომარეობაა, ჰიპოთალამუსის თერმორეგულაციის მომატებული ზღურბლია პასუხისმგებელი პირექსიაზე. ასპირინი ან აცეტამინოფენი გამოყენებული უნდა იქნეს მომატებული ზღურბლის დასაწევად. ეს მედიკამენტები თანაბრად ეფექტურია, მაგრამ აცეტამინოფენს ენიჭება უპირატესობა პედიატრიულ პაციენტებში, რადგან ასპირინის მიღებამ შეიძლება გამოიწვიოს რეიეს სინდრომი გრიპით ან ჩუტყვავილათი დაავადებულ ბავშვებში. ფართო სპექტრის არასტეროიდულ ანთებისწინააღმდეგო საშუალებებსა და ციკლოოქსიგენაზ-2-ის (COX-2) ინჰიბიტორებსაც აქვთ მომატებული ზღურბლის დაქვეითების ეფექტი. თუ გამოყენებულია გაგრილების ფიზიკური მეთოდები, ჰომეოსტაზური მექანიზმები აგრძელებენ მოქმედებას სხეულის ტემპერატურის მაღალ დონეზე შესანარჩუნებლად, რომლის შედეგი ინტენსიური ვაზოკონსტრიქცია და კანკალია, რომელიც იწვევს კარდიოვასკულურ და მეტაბოლურ გვერდით ეფექტებს და პაციენტის ძლიერ დისკომფორტს. ამ პრობლემების თავიდან სასცილებლად, პაციენტებს, რომლებიც საჭიროებენ ფიზიკური მეთოდებით გაგრილებას, სხეულის ტემპერატურის სწრაფად დასაწევად ფიზიკური გაგრილებით გამოწვეული კანკალის პრევენციისათვის ფიზიკური მეთოდებით გაგრილებისთან ერთად უნდა ჩაუტარდეთ სედაცია და ვენტილაცია. ფიზიკური მეთოდებით გაგრილება არჩევის მკურნალობაა პაციენტებში ჰიპერთემიით. ყველა შემთხვევაში საჭიროა სიფრთხილე, რომ არ გამოგვრჩეს ერთის მხრივ ჰიპოთერმია და მეორეს მხრივ, ცხელების შებრუნება.

სისტემური ინფექციები და დაუდგენელი წარმოშობის ცხელება

ორი ძირითადი სისტემურ ინფექცია, რომელიც უნდა განვიხილოთ დაუდგენელი წარმოშობის ცხელების შეფასების დროს, არის ტუბერკულოზი (ჩვეულებრივ დისემინირებული) და ინფექციური ენდოკარდიტი. მილიარული ტუბერკულოზით გამოწვეული ცხელება ვითარდება მოხუც პაციენტებში, რომლებშიც დისემინაცია ძველი კერის გააქტივების შედეგია. მილიარული ტუბერკულოზით გამოწვეულ შემთხვევებში კანის ტესტი გაწმენდილი პროტეინის დერივატზე ხშირად უარყოფითია და ფილტვების მილიარული დაზიანების ელემენტები გულმკერდის რენტგენოგრაფიით არ აღინიშნება. შეიძლება აღინიშნებოდეს ძვლის ტვინის დაზიანებით გამოწვეული ანემია, ლეიკოპენია ან იშვიათად ლეიკემოიდური რეაქცია. ძვლის ტვინის ბიოფსია ძალიან მნიშვნელოვანია მილიარულ ტუბერკულოზზე საექვო პაციენტებში. შრატის ტუტე ფოსფატაზის დონის იზოლირებული მომატება მიუთითებს ღვიძლის ჩართვას ტუბერკულოზურ, მილიარულ პროცესებში, იგი შესაძლოა სხვა ინფექციის ან ნეოპლაზმის არსებობის მაჩვენებელიც იყოს. ღვიძლის ბიოპტატის ჰისტოლოგიური გამოკვლევა ხშირად ადასტურებს დიაგნოზს და მასალა ყოველთვის უნდა დაითესოს ტუბერკულოზის ბაცილის აღმოჩენის მიზნით.

ქვემოთაა ინფექციური ენდოკარდიტი ასევე მნიშვნელოვანია დიაგნოსტიკურ ძიებაში. პაციენტების უმრავლესობას, ქვემოთაა ინფექციური ენდოკარდიტით, აღინიშნებად გულზე შუილი. მიუხედავად ამისა, პაციენტების 5%-ში, ძირითადად მოხუცებში, შუილი შეიძლება არ იყოს ან შეფასდეს, როგორც ფუნქციური. დიაგნოზის დასაზუსტებლად მიზანშეწონილია სისხლის კულტურა, თუნდაც იმიტომ რომ ბაქტერიული ენდოკარდიტით დაავადებული პაციენტების მხოლოდ 5% აქვს სისხლის კულტურა ნეგატიური. ამის ძირითადი მიზეზი გამოკვლევამდე ანტიბიოტიკოთერაპიაა, ამიტომ მნიშვნელოვანია რამდენჯერმე სისხლის კულტურის მიღება ანტიბიოტიკების მოხსნიდან 5-დან 10 დღემდე ვადაში. კულტურა-ნეგატიურ ენდოკარდიტის სხვა მიზეზებს შორის, დაუდგენელი წარმოშობის ცხელების დროს, უნდა განვიხილოთ იყოს ინფექციები: Fastidious bacteria, ქლამიდიური ინფექცია და Q-ცხელება. ექოკარდიოგრაფიულად შეიძლება აღმოჩნდეს სარქვლოვანი ვეგეტაციები; ტრანსეზოფაგალური გამოკვლევა უფრო მგრძობიარეა, მაგრამ უფრო ინვაზიური მეთოდია, ვიდრე ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფია. Lმარცხენა ატრიალური მიქსომის მიმიკური, კულტურა-უარყოფითი ენდოკარდიტიც, Eშესაძლოა, გამოვლინდეს ექოკარდიოგრაფიით.

სხვა სისტემური ინფექციები, ბაქტერიემიის ჩათვლით, დაზიანების თვალსაჩინო პირველადი კერის გარეშე, იშვიათად არის დაუდგენელი წარმოშობის ცხელების მიზეზი. ზვირუსული ინფექციები, ჩვეულებრივ თვითგანკურნებადია და არ იწვევს 3 კვირაზე მეტი ხანგრძლივობის ცხელებას. გამონაკლისია ებშტეინ-ბარის და ციტომეგალოვირუსით გამოწვეული ინფექციები, რომლებიც შეიძლება შემთხვევით გამოვლინდნენ, როგორც გაურკვეველი წარმოშობის ცხელება (ხშირად მონონუკლეოზის მაგვარი ნიშნებით) სხვა მხრივ ჯანმრთელ ინდივიდებში. ციტომეგალოვირუსით გამოწვეული ინფექციები უფრო ხშირად ვითარდება პაციენტებში, რომლებსაც მრავალჯერ ჩაუტარდათ სისხლის ტრანსფუზია ან გაკეთებული აქვს ორგანოთა

ტრანსპლანტაცია. ცხელების ყველა ეპიზოდის 50%, რენული ტრანსპლანტაციის მქონე რეციპიენტებში, გამოწვეულია ციტომეგალოვირუსით.

References

1. Hasday JD, Garrison A: Antipyretic therapy in patients with sepsis. Clin Infect Dis 31:S234, 2000 (PMID 11113029)
2. Aronoff DM, Neilson EC: Antipyretics: mechanisms of action and clinical use in fever suppression. Am J Med 111:304, 2001 (PMID 11566461)
3. Plaisance KI, Mackowiak PA: Antipyretic therapy: physiologic rationale, diagnostic implications, and clinical consequences, Arch Intern Med 160:449, 2000 (PMID 10695685)
4. Simmons DL, Wagner D, Westovar K: Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, acetaminophen, cyclooxygenase-2, and fever. Clin Infect Dis 31(suupl 5):S211, 2000 (PMID 11113025)
5. Axelrod P: External cooling in the management of fever. Clin Infect Dis 31(suppl 5):S224, 2000 (PMID 11113027)