

Гипертермия пароксизмальная неинфекционная (клинический случай)

Филина Е. В.- врач — невролог

Среди детей в возрасте от 7 до 17 нарушения терморегуляции отмечается у 14,5 %, во взрослой популяции — у 4—9 % обследованных.

Пароксизмальные гипертермии - это кризовый подъем температуры выше 39° С, сопровождающийся ознобоподобным гиперкинезом, головной болью, гиперемией лица, и другими вегетативными симптомами. Через несколько часов температура литически падает, астеническое состояние держится несколько часов. Гипертермические кризы возникают как на фоне перманентного субфебрилитета, так и при нормальной температуре тела. У этих больных чаще отмечаются аллергические реакции в анамнезе и признаки дисморфогенеза. Пароксизмальное резкое повышение температуры может возникать изолированно.

В отличие от инфекционной гипертермии центральная не сопровождается учащением пульса, хорошо переносится больными, суточные колебания отсутствуют или извращены, сглаживается аксиллярно-ректальная разница температур. Однако возможно сочетание центральной и инфекционной гипертермии (туберкулез, ЧМТ и др), поэтому окончательный генез гипертермии может быть установлен только после исключения хронических очагов инфекции у больного.

Клинический случай _____ Пациент Ш., 2007г.р.,

Поступил в неврологическое отделение с 27.03.2017 с жалобами на эпизоды повышения температуры до 41,5, утомляемость, слабость, головные боли, головокружение

Анамнез заболевания: Со слов матери, отмечает фебрилитет периодически с 31.01.17. С 06.03.17 по 15.03.17 стацлечение в ООД с дз. подчелюстной лимфаденит. Стацлечение в ПОКЦСВМП с 20.03.17 по 27.03.17 с диагнозом фарингит. Гипертермия ежедневно (до 6 раз/сут), внезапно, ощущение озноба, головная боль, сонливость, зевота, температура снижается самостоятельно в течение 2-5 минут, АД и пульс не изменяются. Ребенок обследован на спектр инфекционных заболеваний, дважды проведена МРТ головного мозга, УЗИ внутренних органов. Соматической и инфекционной патологии не выявлено.

Анамнез жизни: Ребенок от 2 беременности, протекающей на фоне токсикоза, срочных родов, с весом 2700, закричал сразу. Ребенок рос и развивался по возрасту. Привит по возрасту. Аллергологический анамнез отягощен – отек Квинке на цефтриаксон. Наследственность – у матери язвенная болезнь желудка, у деда по линии матери карцинома простаты. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, инфекционный мононуклеоз (2012г), ОРВИ не часто. Травм и операций не было.

Состояние при поступлении: Соматический статус без особенностей.

Неврологический статус: Сознание ясное, на осмотр реагирует адекватно. Эмоционально лабилен, психологически привязан к матери. ЧМН-глазные щели D=S. Движения глазных яблок в полном объеме. Зрачки D=S, фотореакция сохранена, конвергенция не нарушена. Язык - по средней линии. Глотание, фонация не нарушены. Мышечный тонус сохранен. Чувствительность не расстроена.

Сухожильные рефлексy живые, D=S. Патологические знаки, менингеальные симптомы отрицательные. Дефанс шейно- затылочных мышц.

Ребенок осматривался во время и сразу после гипертермической реакции - очаговой неврологической патологии не выявлено.

Проведенное обследование: Биохимический анализ крови

Общий анализ крови, Общий анализ мочи - без особенностей

ЭЭГ: Умеренные диффузные изменения БЭА г/мозга регуляторного и ирритативного характера с признаками усиления восходящих активирующих влияний неспецифических срединных структур головного мозга. На РФС 3 и 5 Гц зарегистрирована региональная ирритация нейронов теменно — затылочно - задневисочной области справа с признаками условной эпилептизации в виде островолновой активности и тенденцией к формированию гармоник. Изменения носили субклинический характер .

ЭКГ: Предсердный ритм. ЧСС =70 уд. в мин. Вертикальное положение ЭОС.

Комплексное ультразвуковое исследование органов брюшной полости При УЗ исследовании органов брюшной полости и почек структурных изменений не выявлено

Р-графия шейного отдела позвоночника: Признаки нестабильности С1-С2 с левосторонним ротационным подвывихом С1 и с признаками транслигаментозного подвывиха. Нестабильность сегмента С2-С3. Неполная аномалия Киммерли .

Консультации: Консультация врача ревматолога Заключение: Термоневроз.

Вегетативная дисфункция с нарушением терморегуляции? обследование

Консультация врача офтальмолога Заключение: Оптические среды прозрачные. Глазное дно ОУ: ДЗН бледно-розовый с четкими границами. Умеренное венозное полнокровие.

Консультация врача эндокринолога Гормональный профиль без патологических изменений. Заключение: Гинекомастия

Проведено лечение: глицин, диакарб, аспаркам, финлепсин

Массаж: воротниковая зона

Во время нахождения в стационаре у ребенка отмечается ежедневно (до 6 раз в день) резкое повышение температуры тела до 38- 41 *С в течении 2-5 мин, с последующим снижением до нормальных цифр. Самочувствие ребенка при этом может не меняться, либо отмечаются кратковременные ощущение жара, головная боль.

Рекомендовано направление в Федеральный центр для определения дальнейшей тактики ведения.

Катамнез неизвестен.