

УДК 616.91/93-079.4-085-053.2

Островський М.М., Стівбан М.П.

Оцінка стану проблеми гарячки неясного генезу у клінічній практиціКафедра фізіотерії і пульмонології з курсом професійних хвороб (зав. каф. - проф. Островський М.М.)
ДВНЗ «Вано-Франківський національний медичний університет»

Резюме. Проблема гарячки неясного генезу, що виникає у клінічній практиці, залишається актуальною й в умовах сьогодення. Адже це стан, коли підвищення температури тіла є основним або єдиним симптомом різних захворювань, а діагноз залишається неясним після проведення рутинного, а у ряді випадків, і додаткового обстеження. В основі такої гарячки може бути широкий спектр захворювань як інфекційного, так і неінфекційного генезу.

Діагностичний пошук виникнення гарячки неясного генезу включає виявлення клініко-лабораторних ознак, які зумовлюють особливості цілеспрямованого обстеження пацієнтів із використання найбільш інформативних для конкретної клінічної ситуації діагностичних методів.

Питання ж про доцільність призначення лікування, в тому числі й «пробного», до розшифровки гарячки неясного генезу має вирішуватися лікарем строго індивідуально, в залежності від конкретної клінічної ситуації.

Ключові слова: гарячки неясного генезу, диференційна діагностика, лікування.

Одним із приводів звернення хворого до лікаря є підвищення температури тіла, як ізольоване, так і в поєднанні з іншими ознаками (загальне нездужання, кашель, больовий синдром різної локалізації та ін.) Завдання ж лікаря в даній ситуації зводиться до визначення причини гарячки і, за потреби, призначення лікування. У більшості випадків питання діагностики гіпертермії успішно вирішуються на підставі звичного обстеження хворого (дані анамнезу, огляду, клінічного аналізу крові та сечі, рентгенологічного дослідження грудної клітини), а лікувальна тактика визначається трактуванням отриманих даних. Проте, у ряді випадків клінічна ситуація виявляється діагностично не настільки очевидною і викликає у лікаря труднощі в діагностиці гарячки та прийнятті адекватного рішення. На жаль, найбільш частим рішенням у подібних ситуаціях, своєрідним «поганим тоном» є призначення такому хворому антибактеріальних препаратів, незважаючи на те, що причина гарячки для лікаря залишається неясною, а її інфекційна природа вкрай сумнівною!

Ще однією закономірністю є те, що в процесі ідентифікації природи гарячки лікар виявляється лімітованим як тимчасовими рамками, так і діагностичними можливостями. Тому досить важливим для лікаря є проходження певного алгоритму ведення гарячкового хворого у вигляді виконання, в оптимальній послідовності, найбільш доступних і, головне, інформативних діагностичних операцій. Саме тому для прийняття рішення про тактику ведення такого хворого лікар обов'язково повинен мати наступну інформацію про пацієнта (див. рис. 1) [1, 2].

У силу роками сформованого менталітету ряд лікарів вважає обов'язковим призначення симптоматичного лікування з приводу будь-якого симптому чи скарги, з якими звертається хворий. Така терапія проводиться без урахування стану хворого, при відсутності даних про причини і механізми того чи іншого симптому, а також при не верифікованому діагнозі. Це відноситься, в першу чергу, до призначення антибактеріальних середників при гарячці. Адже у подібних ситуаціях лікарі враховують швидше бажання хворого (кожен хворий вимагає якомога раннього призначення лікування), ніж реальну ситуацію і обгрунтованість вибору терапії. Крім того, багато лікарів психологічно відчують себе більш комфортно, якщо хворому призначається який-небудь медикаментозний препарат, навіть якщо немає внутрішньої переконаності в його необхідності.

Гарячка неясного генезу (ГНГ) (код МКХ-10: R 50) – патологічний стан, основним проявом якого є гарячка 38,3°C (багаторазові підйоми) та вище, протягом 3 тижнів і більше,

причина якої залишається невідомою після проведення рутинних клініко-лабораторних досліджень [3].

Незважаючи на чіткі критерії встановлення діагнозу ГНГ [3], спостереження свідчать про досить вільну інтерпретацію та використання цього терміну лікарями, як на догоспітальному, так і на госпітальному рівнях. Встановлення цього діагнозу призводить до виникнення цілого ряду медико-соціальних та навіть психологічних проблем. Адже, неясність причини гарячки призводить до затримки лікування, вимагає призначення додаткових, фінансово затратних, обстежень та викликає втрату довіри пацієнта до лікаря.

Коло захворювань, які можуть проявлятися гарячкою неясного генезу досить широке й включає в себе різноманітні за етіологією, патогенезом, лікуванням та прогнозом хвороби. Залежно від причини виникнення виділяють наступні варіанти гарячки неясного генезу [4]:

1. Класичний варіант ГНГ;
2. ГНГ на фоні нейтропенії;
3. Нозокоміальні ГНГ;
4. ГНГ при ВІЛ-інфекції.

Виділяють також групи захворювань, які визначаються ГНГ [4]:

1. Генералізовані або локальні інфекційні процеси (сепсис, абсцеси, туберкульоз, інфекційний ендокардит та ін.) – 30-40 % всіх неясних випадків;
2. Злоякісні пухлини, в тому числі і гемобластози – 20-30 %;
3. Системні захворювання сполучної тканини – 10-20%;
4. Інші, різноманітні за своїм походженням захворювання – 10-15 %

Дуже важливим фактором успішного проведення диференціально-діагностичного пошуку за синдромом ГНГ із дотриманням таких вимог (И. Н. Бокарев, В. С. Смоленский, 1996) [5]:

1. Виключення симуляції та агравації гарячки;
2. Впевненість в тому, що хворий не вживає антипіретиків;
3. Утримання від застосування антибактеріальних засобів; якщо ж хворий їх вживає, не пов'язувати нормалізацію температури тіла з успіхом антибактеріальної терапії.

Крім симуляції та агравації, існують й інші ситуації, при яких гіпертермія не є проявом якого-небудь захворювання, а відображенням компенсаторної або патологічної реакції організму на зміни балансу між внутрішньою теплопродукцією та тепловіддачею, зокрема:

1. Збільшення температури тіла на фоні або після інтенсивних фізичних навантажень; може досягати 40°C та більше. Але впродовж кількох годин у стані спокою, особливо при зниженні температури повітря навколишнього середовища, температура тіла нормалізується. Такий стан не відповідає критеріям ГНГ, але теж потребує уваги;
2. Перегрівання організму. Може проявитись у вигляді теплової травми або теплового удару. Виникають при високій температурі повітря та високій відносній вологості.

У практиці лікаря нерідко зустрічаються хворі, у яких найбільш яскравим, першим та основним проявом хвороби є підвищена температура тіла. Синдром ГНГ виділяють як проміжний, тимчасовий на шляху діагностичного пошуку. Це можливо на тому етапі обстеження, коли інші синдроми відсутні, а хворобу, що криється за гарячкою, ще не можна діагностувати. Однак, якщо у хворого одночасно з гарячкою наявні інші синдроми, то диференційно-діагностичний пошук виконують за іншими синдромами, а не за ГНГ (див. рис. 2, 3) [7, 8].

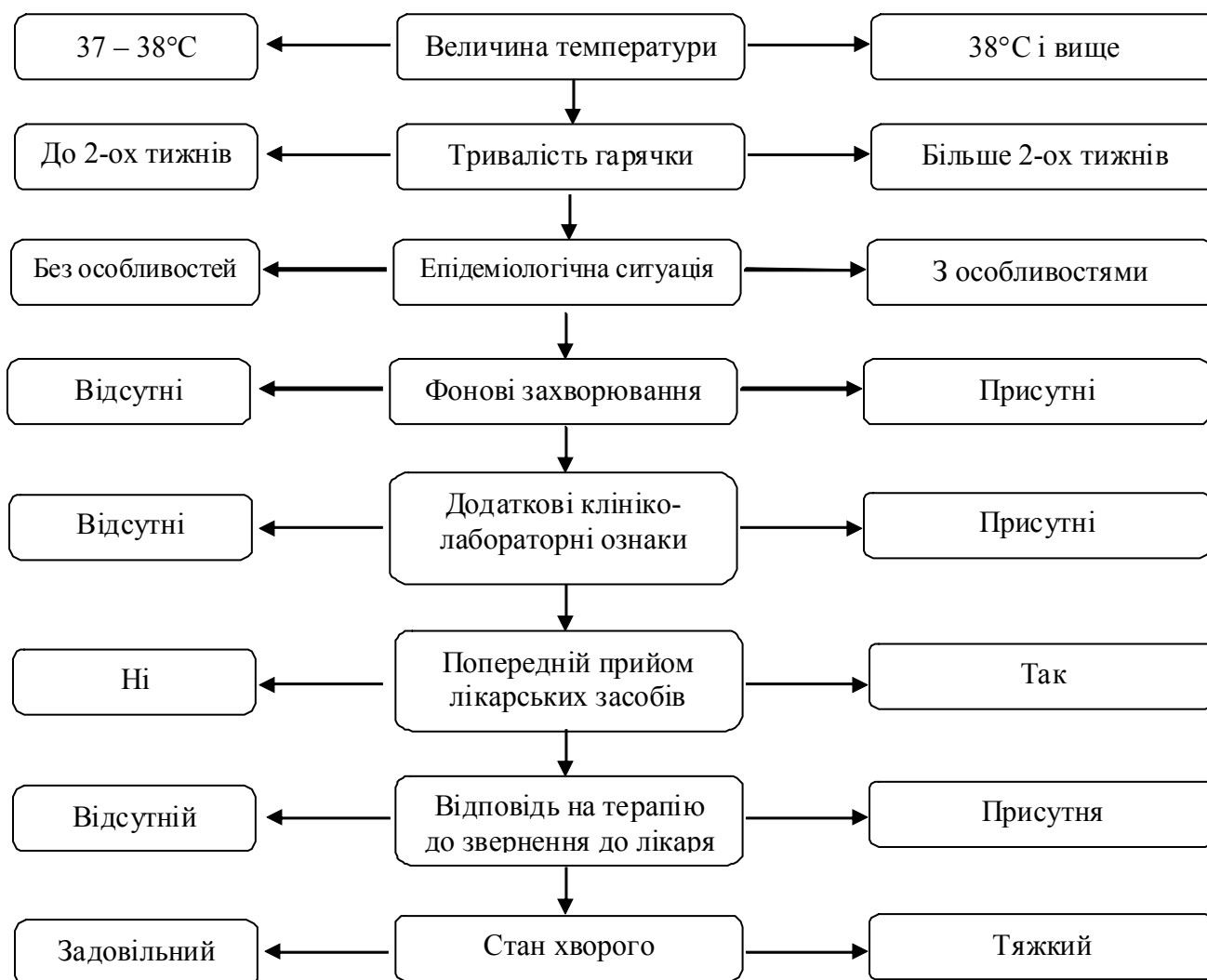


Рис. 1. Основні клініко-діагностичні орієнтири у гарячкового хворого

Загальні принципи термометрії. Торкаючись фізіологічних аспектів термогенеза слід зазначити, що нормальною вважається температура тіла людини менше 37°C при вимірюванні в пахвовій западині і менше 37,5°C при вимірюванні в порожнині рота або в прямій кишці. Звичайний діапазон нормальної аксілярної температури дорівнює 35,8-37,0°C, ректальної - 36,0-37,8°C, оральної - 35,8-37,3°C. Гарячкою вважається підвищення ректальної температури вище 38°C, а аксілярної – вище 37,1°C.

Зазвичай, аксілярна температура нижче ректальної на 0,5-0,6°C, але фебрильна аксілярна температура, як правило, відповідає фебрильній ректальній [1, 2]. Відзначаються добові коливання температури тіла: температура тіла падає вночі, досягаючи нижчої точки до 3-5 години і поступово наростає до піку, що відзначається до 17-18 години.

Добові коливання температури залежать від:

віку (у немовлят температура нестійка: у дітей раннього неонатального періоду коливання складають 0,3°C, у віці 2-3 місяців - 0,6°C і до 3-5 років досягають 1°C [1], а у людей похилого віку - нижча, ніж у міцних молодих людей) [6];

- часу доби (рано вранці - нижча, вдень - вища);
- фізичної активності;
- вологості середовища;
- фізіологічного стану людини (наприклад - овуляція).

Дуже теплий одяг, висока температура навколишнього середовища, гаряча ванна, фізичні вправи, збільшеного, підвищують температуру на 1 - 1,5°C. Гаряча їжа або напої підвищують температуру в порожнині рота, тому оральну

температуру слід вимірювати через 30 хв. після їди.

Максимально точне вимірювання температури тіла можливе тільки при визначенні «температури ядра», тобто температури глибоких тканин. Ртутні термометри та вимірювання температури в аксілярній ямці дозволяють визначити температуру поверхневих тканин. Для реєстрації температури тіла з їх допомогою необхідно час, стерилізація після кожного використання, у неспокійних дітей та осіб похилого віку вони травмонебезпечні. Ртутні термометри можуть використовуватися для контролю показників електронних термометрів.

Вимірювання температури тіла за допомогою рідкокристалічних смужок, які прикладаються до чола, дозволяє отримати показники тільки з поверхневих структур. Точність такого вимірювання невисока, оскільки в ряді випадків не вдається зафіксувати помірне підвищення температури. Температура в ротовій порожнині значно ближча до істинної температури глибоких тканин. Температура в прямій кишці практично повністю відповідає «температурі ядра». Однак пацієнти реагують на таку процедуру негативно, а наявність калових мас в прямій кишці позначається на точності вимірювання.

На сьогоднішній день, «золотим стандартом» в медицині є вимірювання температури тіла тимпанічним термометром, який фіксує інфрачервоне випромінювання барабанної перетинки. Точність вимірювання відповідає ректальній температурі, а сама процедура триває не більше 2 с та не вимагає кооперації хворого [1, 2].

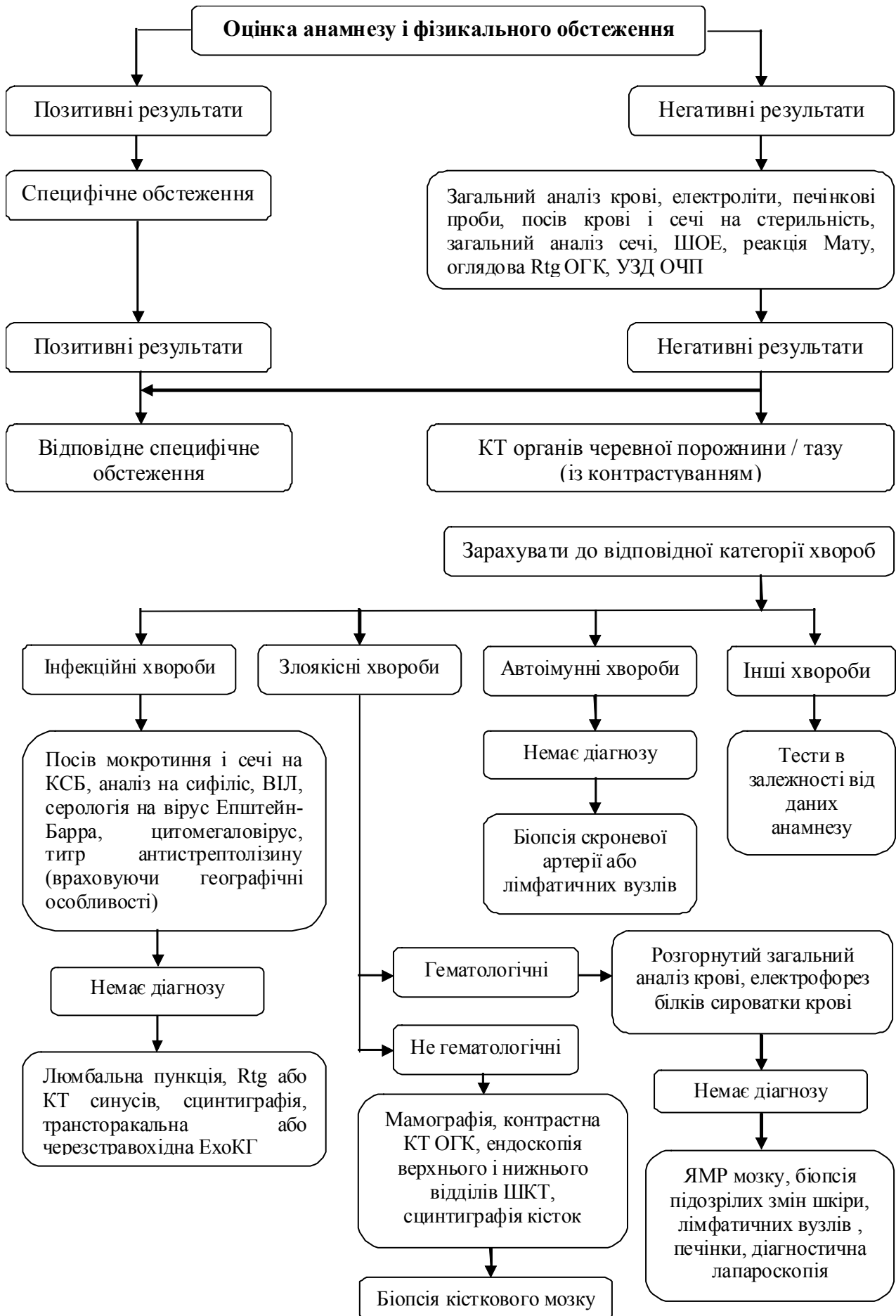


Рис. 2. Алгоритм виявлення гарячки неясного генезу



Рис. 3. Діагностичний пошук при класичній гарячці неясного генезу

Механізми гарячки. Гарячка - це захисно-приспосувальна реакція організму, що виникає у відповідь на вплив патогенних подразників, та характеризується перебудовою процесів терморегуляції, що призводить до підвищення температури тіла і стимулювання природної реактивності організму. Гарячка являє собою неспецифічну реакцію на пірогени бактеріальної та не бактеріальної природи. Пірогени підрозділяють на ендогенні (діють на центр терморегуляції) і екзогенні. Ендогенні пірогени містяться в основному в цитоплазмі клітин, які їх продукують (макрофаги, нейтрофіли, моноцити, еозинофіли). Здатністю до вироблення ендогенних пірогенів володіють деякі пухлини.

До екзогенних пірогенів відносять речовини, які самі по собі не подразнюють центр терморегуляції, але стимулюють вироблення ендогенних пірогенів. До таких пірогенів відносять бактерії, віруси, патогенні грибки, антигени, сенсibilізовані Т-лімфоцити, що запускають вироблення розчинних медіаторів - лімфокінів, а також - імунні комплекси «антиген - антитіло», певні полісахариди і лікарські

речовини, кристали, ендотоксини (ліпополісахариди), стероїдні гормони (андроген), жовчні кислоти, латекс. Латентний період від попадання в організм екзогенних пірогенів до розвитку температурної реакції варіабельний: від декількох хвилин, для ендотоксинів, до тривалого, при бактеріальній інфекції.

Температура тіла підвищується при наступних умовах:

1. Подразнення центру терморегуляції в передній долі гіпоталамуса ендогенними і екзогенними пірогенами (інфекція, новоутворення, васкуліти, лікарські препарати, тощо).

2. Порушення співвідношення між тепловіддачею та виробленням тепла (злоякісна гіпертермія) або поступлення тепла із зовнішнього середовища.

3. Порушення здатності до тепловіддачі (ектодермальна дисплазія).

Найбільш часті гарячкові стани мають інфекційне походження. До загальних ознак вірусних захворювань відносять:

1. Відсутність гнійного запалення, що часто проявляється

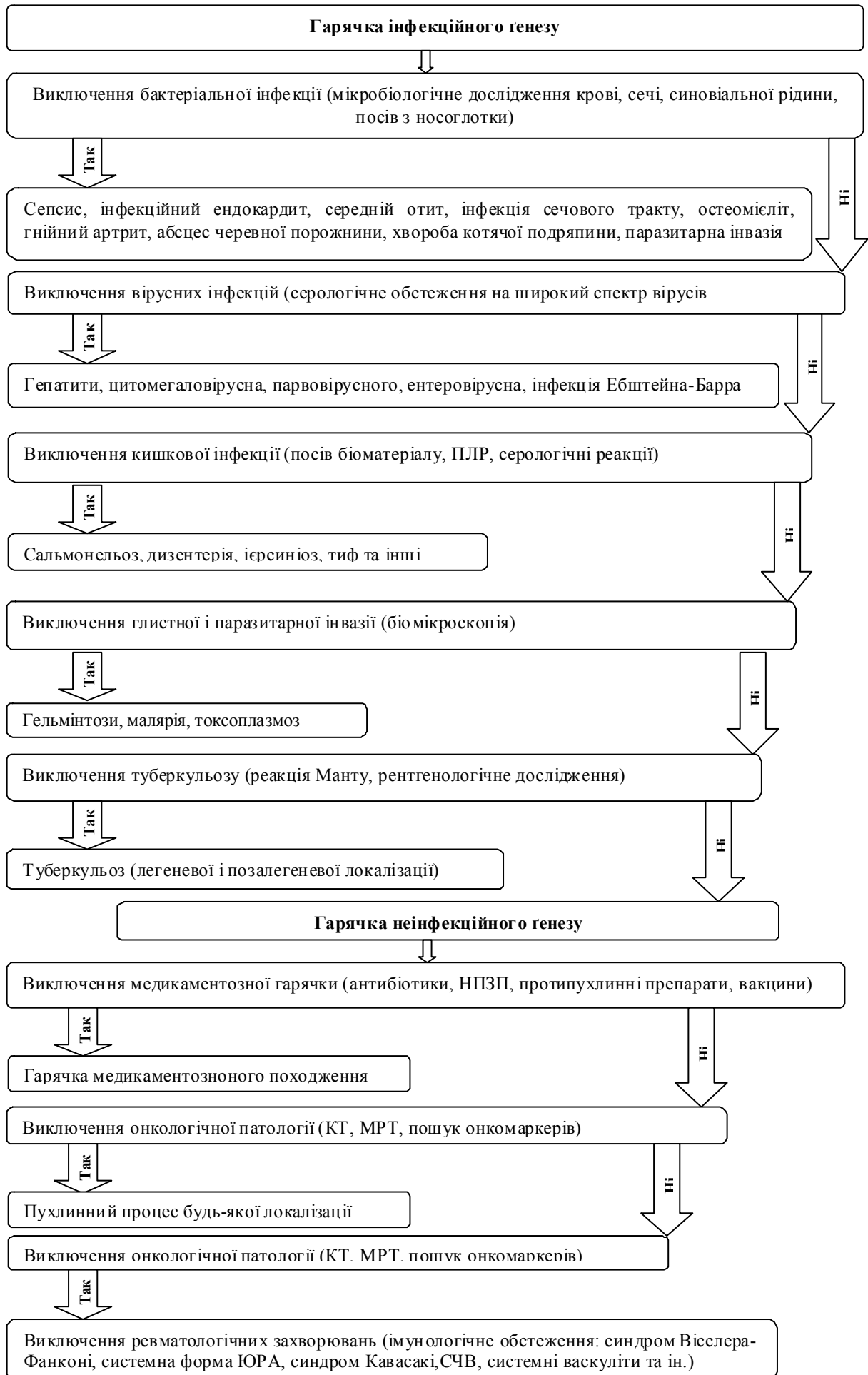


Рис. 4. Алгоритм пошуку гарячки неясного генезу

лейкопенією, нормальним або, рідко, підвищеним числом лейкоцитів без зсуву формули вліво, а також токсичною зернистістю нейтрофілів.

2. Лімфоцитарна реакція, яка найбільш виразна при інфекційному мононуклеозі. Виразений лімфоцитоз виявляється також при вірусних гепатитах, епідемічному паротиті, краснусі, корі, цитомегалії.

3. У клінічній картині вірусних захворювань переважають неспецифічні зміни у вигляді розбитості, млявості, нудоти, артралгій. Вказані зміни можуть проявлятися задовго до маніфестації основних симптомів.

4. Переважне ураження певних органів при деяких вірусних інфекціях, наприклад для вірусу грипу А - С, кору і т.д.

Серед вірусних захворювань основне місце за поширеністю, безумовно, належить інфекціям верхніх дихальних шляхів. Це гострі, зазвичай афебрильні, вірусні інфекції респіраторного тракту із запаленням певного відділу або усього респіраторного тракту, включаючи порожнину носа, додаткових пазух, глотку, гортань, трахею і бронхи.

Бактеріальне ураження верхніх дихальних шляхів, легенів, інших органів настає за вірусним. Така ймовірність дуже висока у дітей молодшого віку, у пацієнтів із недостатністю імунітету, у людей з надмірною вагою, вагітних, у осіб із хронічною патологією органів дихання, ендокринними порушеннями. На користь бактеріальної інфекції свідчать:

- гіпертермія;
- ознаки інфекційного захворювання (гарячка, циклічність паребігу, характерні лабораторні порушення);
- наявність місцевого вогнища гнійної інфекції (пневмонія, менінгіт, отит тощо);
- лейкоцитоз із нейтрофіліозом і зсувом формули вліво;
- підвищення ШОЕ;
- позитивна проба на С-реактивний білок;
- висів флори, яка, з точки зору клініциста, може бути причиною відповідної клінічної картини.

У сучасних умовах все більшого значення набуває умовно-патогенна флора. Розроблені критерії діагностичної значимості умовно-патогенної флори, яку виділили із стерильних середовищ організму. Згідно з цими критеріями, необхідно виявити хоча б одну з ознак (апное, брадикардія, порушення терморегуляції - температура тіла $> 38^{\circ}\text{C}$ або $< 36^{\circ}\text{C}$) для підтвердження того, що виділений умовно-патогенний мікроорганізм є етіологічним фактором, а не контамінуючим. Дані ознаки повинні поєднуватися з одним із нижче перелічених параметрів:

- повторний позитивний посів крові протягом 24 годин після першої позитивної гемокультури;
- наявність внутрішньосудинного катетеру;
- проведення антибактеріальної терапії протягом 96 годин до першого позитивного посіву крові.

Особливо підкреслюється необхідність забору крові для повторного дослідження гемокультури не пізніше 24 год. після першого дослідження і тільки з периферійної вени шляхом венопункції, так як при взятті крові з катетера існує ризик контамінації умовно-патогенними мікроорганізмами, які колонізували катетер.

Гарячка неясного генезу - це 4 і більше епізодів підвищення температури тіла до $38,3^{\circ}\text{C}$ та вище протягом 3 тижнів, які не можуть бути пояснені анамнезом і фізикальним обстеженням. Ці критерії дозволяють відсіяти ряд гарячко-вих вірусних станів.

Підвищення температури тіла може бути симульоване самим хворим. Невідповідність між частотою пульсу і показаннями термометра, відсутність органних і системних змін служать підставою для одночасної термометрії в паховій западині та прямій кишці в присутності лікаря.

У одних хворих ГНГ не перевищує 38°C , і тоді говорять про субфебрилітет, а у інших - вище 38°C , що позначається як гарячка. Остання, перш за все, свідчить про присутність в організмі людини інфекції (бактерій, вірусів, грибків, най-

простіших або гельмінтів). Рідше причиною гарячки є імунодефіцитні стани (але, і вони в підсумку прозводять до виникнення інфекції), імунні захворювання (однак, і на них легко нашаровується інфекція). Якщо ж у хворого ГНГ, то кваліфікований лікар повинен перш за все відповісти на запитання: «Чи небезпечний такий хворий для оточуючих?». Тобто, насамперед потрібно виключити інфекційні контагіозні хвороби. Таким чином, на першому етапі диференціальної діагностики всі захворювання, що проявляються синдромом ГНГ, розділяють на дві групи — інфекційні та не інфекційні.

Неінфекційна гарячка може бути центрального (крововиливи в мозок, його травма, пухлина, набряк), психогенного (невроз, хронічне емоційне напруження), рефлекторного (біль), ендокринного (гіпертиреоз), резорбтивного (некроз, забій) та лікарського генезу (антибіотики) (див. рис. 4) [9].

Принципи трактування результатів вимірювання та обстеження.

При інфекційних захворюваннях центр терморегуляції не дозволяє, навіть не лікуваній, температурі тіла піднятися вище $41,1^{\circ}\text{C}$, а гіпертермічне ураження мозку розвивається при температурі вище $41,7^{\circ}\text{C}$ [1, 2].

Існує особливість, яка полягає в тому, що чим швидше піднімається температура тіла, тим вище ймовірність фебрильних судом. Причому, чим у ранішому віці був судомний епізод, тим більша ймовірність його повторення. При першому епізоді фебрильних судом у віці до 1 року вони повторюються в 50 % випадків, а при першому епізоді у віці 2 років - у 30 %. До фебрильних судом схильні часто хворіючі діти з високою гіпертермією в кожен епізод хвороби, діти з супутньою патологією або хронічними захворюваннями. Якщо фебрильні судоми були в дитинстві у одного з батьків, ризик судом у дитини зростає на 10-20 %. Якщо фебрильні судоми були в дитинстві у двох батьків і однієї з їхніх дітей, ймовірність судом у іншої дитини зростає на 30-40 % [1, 2].

Ймовірність афебрильних судом (епілепсії) в майбутньому висока при наявності епілепсії в сімейному анамнезі, порушеннях нервово-психічного розвитку, черепно-лицевих аномаліях, атипичних фебрильних судомомах (тривалі, фокальні), епізоди фебрильних судом при температурі нижче 39°C [1, 2].

Серед осіб, що гарячкують, до групи високого ризику [1] з великою ймовірністю розвитку життєво-загрозливих станів відносяться:

- діти віком до 3 місяців життя;
- діти з гарячкою більше 40°C (понад 38°C для дітей перших 3 міс. життя);
- з тяжким загальним станом;
- з наявністю в анамнезі тяжкої гіпоксії в родах, недоношеності, травми голови і / або епізоду судом; ригідністю потиличних м'язів;
- з серцево-судинною або дихальною недостатністю II ст.;
- з дегідратацією;
- з високою температурою, що зберігається більше однієї доби.

Лікування гарячки. Слід пам'ятати, що гарячка - це не хвороба, а її прояв, фізіологічна реакція, яка скерована на боротьбу з інфекцією. Гарячка гальмує ріст і розмноження бактерій та вірусів, прискорює продукцію нейтрофілів і проліферацію Т-лімфоцитів.

Лікування гарячки зазвичай симптоматичне і передбачає визначення термінів початку лікування, його інтенсивність, поєднання фізичних і хімічних методів. Реакція на антипіретики визначається віком, ступенем гіпертермії і основним захворюванням. Діти старше 6 років, з високою гарячкою, з токсикозом та ексикозом слабо реагують на жарознижувальні препарати.

Мета лікування гарячки - відновлення комфорту пацієнта (в першу чергу), так як при гіпертермії пацієнт стає млявим, неспокійним, відмовляється від їжі і пиття, що, на тлі поси-

леної втрати рідини, призводить до зневоднення організму. І тільки у другу чергу лікування скеровується попередження гіпертермічного ушкодження тканин.

Ризик зниження температури полягає в маскуванні симптомів хвороби, подовженні часу діагностики хвороби, запізненні лікування. Слід пам'ятати, що жарознижуючі засоби не впливають на причину гарячки та не скорочують загальну її тривалість. Кожен пацієнт із ГНГ вимагає до себе індивідуального підходу, використання ж узагальнених алгоритмів нерационально.

Антипіретики не повинні призначатися для регулярного, курсового прийому, незалежно від рівня температури. За такого призначення різко спотворюється істинна температурна крива, що утруднює виявлення причин гарячки або оцінку перебігу патологічного процесу. Особливо обережно треба підходити до призначення жарознижуючих препаратів пацієнтам, котрі отримують антибіотики, оскільки утруднюється оцінка ефективності останніх.

Питання терапії пацієнтів із ГНГ, на сьогоднішній день, залишаються дискусійними. По-перше, застосування пробного лікування при відсутності певного діагнозу являється некоректним по відношенню до пацієнта. У разі позитивного ефекту діагноз залишається неясним. Призначення антибактеріальних препаратів спотворює результати бактеріологічного дослідження, затримує діагностичний пошук. Застосування лікарських препаратів завжди пов'язане з ризиком розвитку побічних ефектів, а антибіотиків – з антибіотикорезистентністю.

Підвищення температури тіла викликає посилене випаровування рідини зі слизових дихальних шляхів і з шкіри. На кожен градус підвищення температури тіла людина повинна отримувати рідини на 20 % більше повсякденної норми.

Висновки

Таким чином, правильне трактування неясного тривалого підвищення температури (більше 3 тижнів) складне, а вирішення цього питання можна розглядати як тест на мислення медика, адже здатність до правильної оцінки характеру гарячки вимагає від лікаря широкого медичного кругозору та грамотної інтерпретації при якісному клініко-лабораторному дослідженні. Проте, в 10 % випадків причину ГНГ розшифрувати так і не вдається.

І на завершення нашої бесіди про складності розгадки діагнозу «гарячка неясного генезу» та потреби її лікування, нам би хотілося пригадати слова великого Гіппократа: «*Opoted quod natura facied et fiat* — поступай згідно з велінням природи».

Література

1. Делягин В.М. Лихорадка. Многообразие Причин и сложность решения // Здоровье ребёнка. 2012. - № 6 (41). – С. 171-176.
2. Самсон А.А. Лихорадка неясного генеза: прошлое, настоящее, будущее // Медицина неотложных состояний. – 2005. - № 1 (1). – С. 5-9.
3. Наказ МОЗ України 08.10.2007 № 626 Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим з гарячкою невідомого поход-

ження.

4. Дворецкий Л.И. Лихорадка неясного генеза в клинике внутренних болезней. - М., 1997 – 238 с.
5. Руководство по внутренним болезням «Дифференциальная диагностика и терапия» И.Н. Бокарев, В.С. Смоленский, М., Издательство РОУ 1996.
6. Дворецкий Л.И., Яковлев С.В. Пожилой больной и инфекция: руководство для врачей – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008 - 53 с.
7. М.М. Зарецкий, Н.М. Черникова. Лихорадка неясного генеза: новые аспекты старой проблемы // Здоров'я України. - 2011. - № 18 (271). – С. 56.
8. Никонов В.В., Никонова В.В. Лихорадочные состояния в клинической практике (Диагностические подходы) // Медицина неотложных состояний. – 2009. - № 6 (25). – С. 21-31.
9. Н.Н. Кузьмина, Г.Р. Мовсисян. Лихорадка неясного генеза в практике педиатра и детского ревматолога // Педиатрия. – 2009. - Том 88, №5. - С. 120-127.

Островский Н.Н., Стовбан Н.П.

Оценка состояния проблемы лихорадка неясного генеза в клинической практике

Резюме. Проблема лихорадки неясного генеза, которая возникает в клинической практике, остается актуальной и в условиях современности. Ведь это состояние, когда повышение температуры тела является основным или единственным симптомом различных заболеваний, а диагноз остается неясным после проведения рутинного, а в ряде случаев, и дополнительного обследования. В основе такой лихорадки может быть широкий спектр заболеваний как инфекционного, так и неинфекционного генеза.

Диагностический поиск возникновения лихорадки неясного генеза включает выявление клинико-лабораторных признаков, обуславливающих особенности целенаправленного обследования пациентов с использованием наиболее информативных для конкретной клинической ситуации диагностических методов.

Вопрос же о целесообразности назначения лечения, в том числе и «пробного», к расшифровке лихорадки неясного генеза должен решаться врачом строго индивидуально, в зависимости от конкретной клинической ситуации.

Ключевые слова: лихорадки неясного генеза, дифференциальная диагностика, лечение.

M.M. Ostrovskyy, M.P. Stovban

Assessment of Problems of Fever of Unknown Origin in Clinical Practice

Summary. The problem of fever of unknown origin, occurring in clinical practice remains very important. It is a condition where fever is the main or only symptom of various diseases, and the diagnosis remains unclear after routine, and in some cases, even after additional tests. The basis of this fever can be a wide variety of diseases of both infectious and noninfectious origin.

Diagnostics of fever of unknown origin requires identification of clinical and laboratory signs that lead to particular purposeful examination of patients with the use of the most informative for the clinical situation of diagnostic methods.

The question of the advisability of treatment, including the “test” treatment of fever of unknown origin should be decided by your doctor strictly individually, depending on the clinical situation.

Keywords: fever of unknown origin, differential diagnosis and treatment.

Надійшла 04.04.2013 року.