**«ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА» У ДЕТЕЙ – ДИАГНОЗ ИСКЛЮЧЕНИЯ**

*Губарь С.О., Жаркова Т.С, Осьмачко И.Е.\*, Бойко О.Н.\**

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра педиатрии № 2

Кафедра детских инфекционных болезней,

\*КУОЗ «Харьковская городская клиническая детская больница №16»

Лихорадка неясного генеза (ЛНГ) у детей в качестве первичного диагноза звучит достаточно часто. Основанием для постановки такого диагноза является длительное повышение температуры тела ребенка при отсутствии жалоб и клинических проявлений заболевания, либо они не постоянные, не выражены и остаются не учтенными родителями и медиками. Сложности в диагностике ЛНГ на современном этапе обусловлены необходимостью расширения диагностической программы, что значительно повышает стоимость лечения.

Цель работы – выяснение причинных факторов в развитии ЛНГ. По материалам историй болезни проведен анализ развития заболевания у 62 детей находившихся на обследовании в стационаре (n=38) и амбулаторно (n=24). Длительность зарегистрированной лихорадки до начала обследования составляла 1– 6 месяцев. Более 60% больных неоднократно обращались за медицинской помощью на догоспитальном этапе, 15% - лечились в стационарах. У 55 детей температура тела не повышалась выше 38 С. У больных с лихорадкой инфекционного генеза температура повышалась в вечернее время или не выявляла закономерности. Больные обследовались по программе исключения инфекционной природы лихорадки –бактериологические (кровь, моча, мазки из носоглотки), вирусологические, ИФА, ПЦР исследования. Общеклинические исследования крови, мочи, острофазовые показатели, углеводный, белковый, пуриновый, липидный обмен, иммунограмма, органоспецифические ферменты, маркеры системных заболеваний соединительной ткани, рентгенологические, УЗ-исследования, по-показаниям ЯМРТ, КТ, исследование костного мозга, трепанобиоптата, лейкоконцентратрата, гормональный профиль. Привлекались специалисты: детские инфекционисты, паразитологи, ЛОР, гематологи, эндокринологи, гинекологи, фтизиатры. У 42 детей диагностировали лихорадку инфекционного происхождения. Доминировали больные с хроническими очагами носоглоточной инфекции – хронические тонзиллит и аденоидит, среди которых у 34 доказана роль бета-гемолитического стрептококка (бак. посевы и высокие титры АСЛ-О в крови). У 19 больных выявлена хроническая, персистирующая герпесвирусная инфекция (ВЭБ, ЦМВ, герпес 6 типа) в сочетании со стрепто-и стафилококками, у 2 – хронический пиелонефрит (клебсиелла и ешерихия).

Причиной длительной неинфекционной лихорадки у 18 больных были дети с нарушением пуринового обмена – 5, аутовоспалительным синдромом, к которому относят и субсепсис Висслера-Фанкони – 4, диффузными заболеваниями соединительной ткани (ДЗСТ) – 5, эндокринными заболеваниями – 2 (аутоиммунный тиреоидит, феохромоцитома). В разработку не вошли, но следует помнить о возможности длительной лихорадки в дебюте многих гематологических лимфопролиферативных заболеваний.

Результаты анализа причин так называемой «лихорадки неясного генеза» свидетельствуют о доминировании инфекции в ее происхождении, что делает возможным излечение больного или контроль за патологическим процессом. Особое значение для прогноза имеет своевременная расшифровка причины неинфекционной ЛНГ в дебюте ДЗСТ и у онкогематологических больных.