

А.А. Иванов, Ю.С. Лашкова, И.С. Кузнецов, Т.В. Куличенко

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация

Многоликая лихорадка: клинический случай

Автор, ответственный за переписку:

Иванов Артем Александрович, врач-педиатр, эксперт-аналитик управления по реализации функций НМИЦ по педиатрии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова (Пироговский Университет)

Адрес: 117513, Москва, ул. Островитянова, д. 1, **e-mail:** trt.iy@yandex.ru

Обоснование. Лихорадка неясного генеза (как вирусная, так и бактериальная) всегда вызывает диагностические сложности у врачей-педиатров, поскольку может сопровождать различные состояния. Обычно при поиске причин лихорадки рассматривают только инфекционные и соматические, забывая, что она может оказаться проявлением нежелательных реакций на лекарственные препараты (ЛП). Наш клинический случай демонстрирует пример лекарственной лихорадки, возникшей на фоне приема тейкопланина. **Описание клинического случая.** Мальчик, 13 лет, обследовался в педиатрическом диагностическом отделении ввиду наличия лихорадки, цитопении. В процессе диагностики у него были исключены частые причины лихорадки — вирусные и бактериальные инфекции. Учитывая отсутствие «красных флагов» (выраженная слабость и вялость, отказ от еды, нарушение дыхания, очаговая и менингеальная симптоматика) в состоянии пациента и факт длительной терапии в стационаре, была рассмотрена гипотеза о лекарственно-индуцированной лихорадке на фоне приема тейкопланина, что впоследствии и подтвердилось. После отмены ЛП все симптомы самостоятельно купировались и в дальнейшем не возникали. **Заключение.** При проведении дифференциальной диагностики между причинами лихорадки необходимо помнить, что она может быть вызвана такими ятрогенными факторами, как прием некоторых ЛП. Полипрагмазия и нерациональное назначение ЛП — факторы риска развития подобных реакций. Соблюдение принципов рациональной фармакотерапии поможет избежать подобных «рукотворных» осложнений лечения у пациентов.

Ключевые слова: дети, лихорадка, антибактериальная терапия, нежелательные реакции, тейкопланин, клинический случай

Для цитирования: Иванов А.А., Лашкова Ю.С., Кузнецов И.С., Куличенко Т.В. Многоликая лихорадка: клинический случай. Педиатрическая фармакология. 2026;23(1):14–18. doi: <https://doi.org/10.15690/pf.v23i1.2999>

ОБОСНОВАНИЕ

Лихорадка является одним из наиболее частых состояний, требующих проведения диагностических мероприятий как на амбулаторном, так и на стационарном уровне [1–3]. Пациенты с длительной лихорадкой — особая категория больных, зачастую приводящая врачей в диагностический тупик в связи с неспецифичностью клини-

ческой симптоматики, которая может быть характерна для большого спектра нозологий [3–5].

Основной диагностический фокус врачей при диагностике лихорадки неясного генеза направлен на выявление тяжелой бактериальной инфекции, что в некоторых случаях, особенно при отсутствии тщательного анализа анамнеза и клинической картины, приводит к избы-

Artem A. Ivanov, Julia S. Lashkova, Ivan S. Kuznetsov, Tatiana V. Kulichenko

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

The Many Faces of Fever: Case Report

Background. Fever of unknown origin (viral or bacterial) always presents diagnostic challenges for pediatricians, as it can accompany various conditions. Typically, when searching for the causes of fever, only infectious and somatic causes are considered, forgetting that it can be a manifestation of adverse drug reactions of drug products (DP). Our case report demonstrates an example of drug-induced fever that occurred during teicoplanin therapy. **Case report:** A 13-year-old boy was examined in the pediatric diagnostics department due to the presence of fever and cytopenia. During the diagnostic process, common causes of fever—viral and bacterial infections—were ruled out. Considering the absence of “red flags” (severe weakness and lethargy, refusal to eat, breathing difficulties, focal and meningeal symptoms) in the patient’s condition, and the fact of prolonged hospital therapy, the hypothesis of a drug-induced fever associated with teicoplanin use was considered and subsequently confirmed. After discontinuation of the drug, all symptoms resolved spontaneously and did not recur. **Conclusion.** When conducting a differential diagnosis for the causes of fever, it is crucial to remember that fever can be caused by iatrogenic factors, such as the usage of certain DP. Polypharmacy and irrational prescription of DP are risk factors for the development of such reactions. Adherence to the principles of rational pharmacotherapy can help avoid such “human-made” complications in patient treatment.

Keywords: children, fever, antibacterial therapy, adverse drug reactions, teicoplanin, case report

For citation: Ivanov Artem A., Lashkova Julia S., Kuznetsov Ivan S., Kulichenko Tatiana V. The Many Faces of Fever: Case Report. *Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology*. 2026;23(1):14–18. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.15690/pf.v23i1.2999>

точному назначению лабораторных и инструментальных исследований [2, 6, 7]. В части случаев это можно оправдать высоким риском развития неблагоприятных исходов у пациентов с тяжелой инфекцией [6, 7], однако необходимо помнить, что существуют и другие, менее опасные состояния, проявляющиеся лихорадкой (респираторные инфекции различной этиологии, инфекционный мононуклеоз, отит и др.), которые требуют более сдержанных подходов к диагностике и тактике ведения пациента [3, 6, 7]. В клиническом случае представлена менее распространенная, но не редкая причина лихорадки у детей, которая зачастую упускается врачами. Клинический случай нацелен напомнить врачам различных специальностей, что не только инфекционные агенты способны вызывать лихорадку, но и некоторые лекарственные препараты (ЛП).

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

О пациенте

Мальчик Я., возраст 13 лет, в августе 2024 г. в связи с появлением лихорадки был переведен в педиатрическое диагностическое отделение из отделения травматологии и ортопедии, где проходил лечение по поводу гематогенного остеомиелита.

Анамнез жизни. Ребенок от первой беременности, протекавшей без осложнений, первых самостоятельных родов на 40-й нед. Масса тела при рождении — 3450 г, длина тела — 51 см, оценка по шкале APGAR — 8/9 баллов. Период новорожденности протекал без особенностей. Физическое и психомоторное развитие — без отклонений. Семейный анамнез отягощен по эндокринной патологии (у матери аутоиммунный тиреоидит). Пациент наблюдается у дерматолога в связи с наличием витилиго.

Анамнез болезни. Во время лечения в травматологическом отделении у пациента появились лихорадка, головная боль и болезненность в области шеи. В клиническом анализе крови обнаружены лейко-, лимфо- и нейтропения. Также отмечено умеренное (до 30 мг/л при норме до 5 мг/л) повышение концентрации С-реактивного белка при незначительном (0,13 нг/мл при норме до 0,5 нг/мл) повышении содержания прокальцитонина в сыворотке крови. Динамика лабораторных показателей представлена в таблице.

Изначально было заподозрено течение респираторной патологии, в связи с чем выполнена идентификация нуклеиновых кислот респираторных агентов (риновирус, грипп А и В, парагрипп, аденовирус) методом полимеразной цепной реакции: получены отрицательные результаты. В связи с сохраняющейся болью в области шеи и однократным эпизодом боли в околоушной области

по рекомендации невролога была проведена магнитно-резонансная томография шеи и головного мозга: патологии (в том числе мастоидита) не обнаружено. Учитывая, что появление лихорадки нельзя было связать с течением основного заболевания (пациент находился на этапе пластического закрытия раневой поверхности, ребенка перевели для обследования в педиатрическое отделение).

Физикальная диагностика

Самочувствие пациента не было изменено, он был активен, аппетит не ухудшался. При осмотре не обнаружено катаральных явлений, как и видимых признаков течения инфекционного процесса (экзантема, энантема, лимфаденопатия, диарея, рвота, изменение мочи отсутствовали). Витальные показатели оставались в пределах нормальных значений. Аускультативных изменений при исследовании дыхательной и сердечно-сосудистой систем не установлено. Очаговых и менингеальных симптомов зафиксировано не было. При этом у пациента сохранялась лихорадка до 2–3 эпизодов в сутки.

Предварительный диагноз

Лихорадка неясного генеза. Мы не рассматривали течение инфекционного процесса как причину лихорадки. Дифференциальная диагностика была сильно ограничена отсутствием сопутствующих патологических симптомов. Наличие односторонней цитопении в отсутствие признаков лимфопролиферативного процесса не позволяло заподозрить дебют гемобластоза. Смена венозного катетера ввиду длительного стояния не привела к купированию лихорадки, а результаты посева катетера и крови роста флоры не дали. В связи с этим мы рассматривали альтернативные причины возникновения лихорадки, одной из которых стал прием ЛП.

Динамика и исходы

С целью окончательного исключения очагов бактериальной инфекции проведен ряд диагностических исследований (рентгенологическое исследование органов грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и эхокардиография), по результатам которых признаков инфекционного процесса обнаружено не было. Необходимо отметить, что пациент длительно находился в стационаре и получал многокомпонентную терапию по поводу хронического остеомиелита, что служит одним из факторов риска развития ятрогенных осложнений. При анализе лекарственной терапии было установлено, что за 9 дней до появления симптомов ребенку осуществили смену антибактериальной терапии: комбинацию цефотаксим + сульбактам

Таблица. Динамика лабораторных показателей пациента Я.

Table. Dynamics of laboratory parameters of patient Ya.

| Показатель | Результаты | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--|--|------|------|
| | До терапии тейкоплатином | После назначения тейкоплатина (через 9 дней от назначения) | После отмены тейкоплатина (на 3, 5 и 15-е сут после отмены соответственно) | | |
| Лейкоциты, 10 ⁹ клеток/л | 9,40 | 2,16 | 2,35 | 2,38 | 5,53 |
| Лимфоциты, 10 ⁹ клеток/л | 2,42 | 1,30 | 1,03 | 1,12 | 1,91 |
| Нейтрофилы, 10 ⁹ клеток/л | 5,67 | 0,48 | 0,70 | 0,74 | 2,5 |
| СРБ, мг/л | 1,3 | 30,0 | 14,6 | – | 4,5 |

Примечание. СРБ — С-реактивный белок, «–» — показатель не определялся.

Note. CRP — C-reactive protein, “–” — not determined.

и линезолид сменили на тейкопланин. В связи с этим мы расценили клиническую картину (лихорадка, лейкопения) как проявление нежелательной реакции на прием этого ЛП. После отмены тейкопланина у пациента купировалась лихорадка и нормализовались лабораторные показатели (см. таблицу), что также подтверждает диагноз патологической реакции на его прием (лекарственно-индуцированная лихорадка, лейкопения, агранулоцитоз). Совместно с клиническим фармакологом была зарегистрирована нежелательная побочная реакция на препарат тейкопланин. Оценка по шкале Наранжо — 7 баллов, что соответствует вероятной связи.

Прогноз

Прогноз благоприятный. При наблюдении пациента в катамнезе (в течение 1 мес) и через 6 мес (пациент был повторно госпитализирован в отделение травматологии и ортопедии) эпизодов лихорадки без явной причины и цитопении в клиническом анализе крови отмечено не было. На фоне терапии признаки воспалительных изменений в костной ткани разрешились, рецидивов остеомиелита не отмечалось.

Временная шкала

Хронология развития заболевания представлена на рисунке.

ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящее время среди врачей растет уровень осведомленности о нежелательных лекарственных реакциях (НЛР) как причинах возникновения различных патологических состояний у пациентов [8]. При этом чаще эти представления охватывают лишь ограниченный круг возможных неблагоприятных реакций при применении ЛП. В основном в качестве таких симптомов рассматривают аллергические проявления (высыпания, отеки, анафилаксию), различные цитопении и поражения печени (гепатит, холестаз и др.) [9, 10]. Однако симптомы НЛР охватывают более широкий круг клинических признаков, одним из которых выступает лихорадка, как и представлено в нашем клиническом наблюдении [9, 10].

В литературе уже описаны случаи развития лихорадки и лейкопении при приеме тейкопланина [11, 12]. Возникновение лихорадки, как правило, происходит

в отсроченный (до 4–10 дней) период и может сохраняться в течение нескольких дней после отмены тейкопланина в связи с удлиненным периодом его полувыведения [13]. В некоторых случаях применение тейкопланина также вызывает повышение концентрации С-реактивного белка, что не следует рассматривать как признак бактериальной инфекции [11–14].

Общепринятых критериев лекарственно-индуцированной лихорадки не разработано. При этом в литературе можно встретить следующие признаки, характеризующие данный тип лихорадки [15]:

- 1) связь появления лихорадки с началом приема ЛП;
- 2) самостоятельное купирование лихорадки в течение 72 ч после отмены ЛП;
- 3) отсутствие повторного появления лихорадки после ее купирования;
- 4) исключение альтернативных причин лихорадки.

Также для лихорадки лекарственного генеза могут быть характерны общее удовлетворительное самочувствие пациента (то есть отсутствие признаков интоксикации), брадикардия (при других видах лихорадки, как правило, происходит учащение пульса, так называемое правило Либермейстера) и появление высыпаний (чаще пятнисто-папулезных, частота 15–30%) [2, 15].

В основе патофизиологии лекарственно-индуцированной лихорадки лежит III тип реакций гиперчувствительности — иммунокомплексный [15]. Важно отличать лекарственно-индуцированную лихорадку от лихорадки, вызванной развитием осложнений от инвазивных устройств или манипуляций, так как в основе последней лежит образование очага бактериальной инфекции в связи с дефектами ухода за пациентом, а не иммунологические реакции [15]. Частота встречаемости лекарственно-индуцированной лихорадки составляет 0,001%, а среди других НЛР ее доля составляет 2–10% [16–18]. В большинстве случаев этот тип НЛР носит благоприятный характер, симптомы исчезают сразу или через некоторое время после отмены ЛП [15].

Кроме этого, важно рассмотреть целесообразность назначения тейкопланина пациенту. Смена антибактериальной терапии произошла из-за необходимости ее пролонгирования, так как обычно курс лечения остеомиелита должен продолжаться 3–6 нед, что и послужило причиной назначения тейкопланина (по рекомендации



Рисунок. Пациент Я.: хронология развития болезни, ключевые события и прогноз

Figure. Patient Ya.: chronology of disease development, key events and prognosis

клинического фармаколога). С одной стороны, у данного назначения есть обоснование: инфекции костей и суставов входят в показания при назначении тейкоплатина; также спектр его активности включает грамположительные микроорганизмы, которые являются частой причиной остеомиелита (*S. aureus*). При этом тейкоплатин не фигурирует в качестве антибактериального препарата первой или второй линии при лечении остеомиелита у детей и обладает рядом часто встречающихся побочных эффектов, что может свидетельствовать о сомнительности его назначения [19, 20].

В целом проблема развития НЛР является крайне актуальной. По разным оценкам, до 4% всех госпитализаций у детей вызвано развитием лекарственно-индуцированных состояний [21]. Среди госпитализированных пациентов 10–14% подвергаются развитию НЛР, что требует большей осведомленности медицинского персонала в этом вопросе [22, 23].

Также важно понимать и применять в клинической практике современные алгоритмы диагностики неясных лихорадок у детей [24, 25]. Только использование клинического мышления способно сузить круг предполагаемых диагнозов, чего не способны обеспечить ни лабораторные, ни инструментальные методы исследования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лекарственный генез — не очевидная, но и не редкая причина лихорадки, особенно у госпитализированных пациентов, получающих множественную лекарственную терапию. При всей простоте диагностики ее зачастую упускают из поля зрения, что, в свою очередь, приводит к назначению пациенту множества дополнительных исследований, результаты которых не влияют на верификацию диагноза. Напротив, помня о возможности развития лекарственно-индуцированной лихорадки, врач может пойти по самому простому и короткому пути — изменить терапию, что в большинстве случаев приведет к исчезновению симптомов и не потребует дополнительной диагностики. Поэтому в фокус внимания врачей обязательно должен входить лекарственный генез лихорадки, особенно если пациент находится на стационарном лечении. Поводом рассматривать ее в качестве диагноза могут быть следующие критерии: вновь появившаяся в период лечения лихорадка, которую нельзя объяснить другими причинами (например, присоединением внутрибольничной инфекции), отсутствие эффекта от антибактериальной терапии, купирование лихорадки после отмены ЛП.

Также необходимо избегать полипрагмазии при лечении пациента, поскольку она является одним из факторов, увеличивающих риск развития НЛР. Понимание этих

принципов поможет избежать непреднамеренного причинения вреда здоровью пациентов и улучшить качество клинической практики.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

При поступлении в стационар законным представителем пациента было подписано информированное добровольное согласие на использование результатов обследования и лечения в научных целях (дата подписания: 12.06.2024).

INFORMED CONSENT

Upon admission to the hospital, the patient's legal representative signed an informed voluntary consent to use the results of the examination and treatment for scientific purposes (signed on 06/12/2024).

ВКЛАД АВТОРОВ

А.А. Иванов — концептуализация, создание рукописи и ее редактирование, визуализация, поиск и анализ литературных источников.

Ю.С. Лашкова — участие в написании черновика рукописи.

И.С. Кузнецов — участие в написании черновика рукописи.

Т.В. Куличенко — редактирование рукописи, руководство исследованием.

AUTHORS' CONTRIBUTION

Artem A. Ivanov — conceptualization, creation of a manuscript, editing, visualization, search and analysis of literary sources.

Julia S. Lashkova — writing.

Ivan S. Kuznetsov — writing.

Tatiana V. Kulichenko — editing, research management.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Отсутствует.

FINANCING SOURCE

Not specified.

РАСКРЫТИЕ ИНТЕРЕСОВ

Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

DISCLOSURE OF INTEREST

Not declared.

ORCID

А.А. Иванов

<https://orcid.org/0000-0002-6137-6138>

Т.В. Куличенко

<https://orcid.org/0000-0002-7447-0625>

Ю.С. Лашкова

<https://orcid.org/0009-0009-9443-0485>

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Piller S, Herzog D. The Burden Of Visits For Fever At A Paediatric Emergency Room: A Retrospective Study On Patients Presenting At The Cantons Hospital Of Fribourg, A Peripheral Public Hospital Of Switzerland. *Pediatric Health Med Ther.* 2019;10:147–152. doi: <https://doi.org/10.2147/PHMT.S219759>
2. Намазова-Баранова Л.С., Баранов А.А., Булгакова В.А. и др. *Лихорадка у детей: руководство для врачей.* — 2-е изд., испр. и доп. — М.: ПедиатрЪ; 2022. — 76 с. — (Болезни детского возраста от А до Я; вып. 21). [Namazova-Baranova LS, Baranov AA, Bulgakova VA, et al. *Likhoradka u detei: A guide for doctors.* 2nd edn. Moscow: PEDIATR; 2022. 76 p. (Bolezni detskogo vozrasta ot A do YA; Issue 21). (In Russ).]
3. *Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ): клинические рекомендации / Союз педиатров России.* — Минздрав

- России; 2022. — 42 с. [*Ostraya respiratornaya virusnaya infektsiya (ORVI): Clinical guidelines.* Union of Pediatricians of Russia. Ministry of Health of Russia; 2022. 42 p. (In Russ).] Доступно по: https://cr.minzdrav.gov.ru/previewcr/25_2. Ссылка активна на 26.01.2026.
4. Trapani S, Fiordelisi A, Stinco M, Resti M. Update on Fever of Unknown Origin in Children: Focus on Etiologies and Clinical Approach. *Children (Basel).* 2023;11(1):20. doi: <https://doi.org/10.3390/children11010020>
5. Antoon JW, Potisek NM, Lohr JA. Pediatric Fever of Unknown Origin. *Pediatr Rev.* 2015;36(9):380–391. doi: <https://doi.org/10.1542/pir.36-9-380>
6. Nijman RG, Tan CD, Hagedoorn NN, et al. Are children with prolonged fever at a higher risk for serious illness? A prospective

- observational study. *Arch Dis Child*. 2023;108(8):632–639. doi: <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-325343>
7. Reynolds S, Kadambari S, Calton E, Roland D. The child with prolonged fever: when to think zebras. *Paediatrics and Child Health*. 2025;35(3). doi: <https://doi.org/10.1016/j.paed.2024.12.001>
8. Elzagallaai AA, Greff M, Rieder MJ. Adverse Drug Reactions in Children: The Double-Edged Sword of Therapeutics. *Clin Pharmacol Ther*. 2017;101(6):725–735. doi: <https://doi.org/10.1002/cpt.677>
9. Leitzen S, Dubrall D, Toni I, et al. Adverse Drug Reactions in Children: Comparison of Reports Collected in a Pharmacovigilance Project Versus Spontaneously Collected ADR Reports. *Paediatr Drugs*. 2023;25(2):203–215. doi: <https://doi.org/10.1007/s40272-022-00540-z>
10. Smyth RM, Gargon E, Kirkham J, et al. Adverse drug reactions in children — a systematic review. *PLoS One*. 2012;7(3):e24061. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0024061>
11. Ochi H, Wada K, Okada H, et al. The persistence of drug-induced fever by teicoplanin — a case report. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2011;49(5):339–343. doi: <https://doi.org/10.5414/cp201430>
12. Perrett CM, McBride SR. Teicoplanin induced drug hypersensitivity syndrome. *BMJ*. 2004;328(7451):1292. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7451.1292>
13. Kim BK, Kim JH, Sohn KH, et al. Incidence of teicoplanin adverse drug reactions among patients with vancomycin-associated adverse drug reactions and its risk factors. *Korean J Intern Med*. 2020;35(3):714–722. doi: <https://doi.org/10.3904/kjim.2018.404>
14. Labbus K, Junkmann JK, Perka C, et al. Antibiotic-induced fever in orthopaedic patients—a diagnostic challenge. *Int Orthop*. 2018;42(8):1775–1781. doi: <https://doi.org/10.1007/s00264-018-3909-8>
15. Someko H, Kataoka Y, Obara T. Drug fever: a narrative review. *Ann Clin Epidemiol*. 2023;5(4):95–106. doi: <https://doi.org/10.37737/ace.23013>
16. Han J, Ye YM, Lee S. Epidemiology of drug hypersensitivity reactions using 6-year national health insurance claim data from Korea. *Int J Clin Pharm*. 2018;40(5):1359–1371. doi: <https://doi.org/10.1007/s11096-018-0625-9>
17. Bigi C, Tuccori M, Bocci G. Healthcare professionals and pharmacovigilance of pediatric adverse drug reactions: a 5-year analysis of Adverse Events Reporting System Database of the Food and Drug Administration. *Minerva Pediatr (Torino)*. 2022;74(3):272–280. doi: <https://doi.org/10.23736/S2724-5276.17.04733-8>
18. Uwai Y, Nabekura T. Analysis of adverse drug events in patients with bipolar disorders using the Japanese Adverse Drug Event Report database. *Pharmazie*. 2022;77(7):255–261. doi: <https://doi.org/10.1691/ph.2022.2386>
19. Lorrot M, Gillet Y, Gras Le Guen C, et al. Antibiotic therapy of bone and joint infections in children: proposals of the French Pediatric Infectious Disease Group. *Arch Pediatr*. 2017;24(12S):S36–S41. doi: [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(17\)30517-1](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(17)30517-1)
20. Gornitzky AL, Kim AE, O'Donnell JM, Swarup I. Diagnosis and Management of Osteomyelitis in Children: A Critical Analysis Review. *JBJS Rev*. 2020;8(6):e1900202. doi: <https://doi.org/10.2106/JBJS.RVW.19.00202>
21. Gallagher RM, Bird KA, Mason JR, et al. Adverse drug reactions causing admission to a paediatric hospital: a pilot study. *J Clin Pharm Ther*. 2011;36(2):194–199. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2710.2010.01194.x>
22. Haffner S, von Laue N, Wirth S, Thürmann PA. Detecting adverse drug reactions on paediatric wards: intensified surveillance versus computerised screening of laboratory values. *Drug Saf*. 2005;28(5):453–464. doi: <https://doi.org/10.2165/00002018-200528050-00008>
23. Rashed AN, Wong IC, Cranswick N, et al. Adverse Drug Reactions in Children—International Surveillance and Evaluation (ADVISE): a multicentre cohort study. *Drug Saf*. 2012;35(6):481–494. doi: <https://doi.org/10.2165/11597920-000000000-00000>
24. Velasco R, Gomez B, Labiano I, et al. Performance of Febrile Infant Algorithms by Duration of Fever. *Pediatrics*. 2024;153(5):e2023064342. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2023-064342>
25. Hamilton JL, Evans SG, Bakshi M. Management of Fever in Infants and Young Children. *Am Fam Physician*. 2020;101(12):721–729.

Статья поступила: 28.08.2025, принята к печати: 02.02.2026

The article was submitted 28.08.2025, accepted for publication 02.02.2026

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Иванов Артем Александрович [Artem A. Ivanov, MD]; адрес: 119049, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1 [address: 1, Ostrovityanova Str., Moscow, 119049, Russian Federation]; **e-mail:** trt.iy@yandex.ru; **eLibrary SPIN:** 3679-7889

Лашкова Юлия Сергеевна, к.м.н. [Julia S. Lashkova, MD, PhD]; e-mail: yupatr@gmail.com; **eLibrary SPIN:** 9522-5520

Кузнецов Иван Спартакович [Ivan S. Kuznetsov, MD]; e-mail: vane1995@yandex.ru

Куличенко Татьяна Владимировна, д.м.н., профессор РАН [Tatyana V. Kulichenko, MD, PhD, Professor of the RAS]; e-mail: tkulichenko@yandex.ru; **eLibrary SPIN:** 9054-4560