

Современное состояние, вопросы
о диагностике ^{гипертермической} ~~длительного~~ субфебриль-
~~тета~~ вегетативной болезни.

Проблема длительного субфебрилитета до-
по обращает на себя внимание и заслуживает
большого интереса как с теоретической, так
и с практической точки зрения т.к. его генез
пока еще продолжает быть загадкой. Поэтому,
лечащие врачи становятся перед большими диа-
гностическими затруднениями. Между тем, довольно
много больных с субфебрильным состоянием
(*Status subfebrilis ventus*), где самое тщательное
клиническое исследование не может выявить на-
личие какой-либо инфекции. Поэтому, мы ре-
шили в пределах наших возможностей ознако-
мить широкую массу врачей и других медработ-
ников с методами исследования этих больных как
в стационарной, так и амбулаторной обстановке,
чтобы отличить субфебрилитет как симптом
легкой или тяжелой болезни от субфебрилитета
неинфекционного - своеобразного синдрома, т.к. прог-
ноз и трудоспособность далеко не одинаковы в том
и другом случае.

Повышенная температура - лихорадка предстает
сложный процесс, который возникает в резу-
льтате расстройства терморегуляции и указывает
на общепатологическое состояние организма.

В подавляющем большинстве случаев, лихорад-
ка инфекционного происхождения. Между тем,
встречаются и такие лихорадки, которые возникают
без участия инфекции, вследствие нарушения
сложного механизма терморегуляции.

В сложном процессе терморегуляции принимают
участие несколько систем нашего организма и
заболевание любой из них может дать колебание
температуры в ту или иную сторону а именно
понижение температуры при атрофическом цир-
розе печени, на котором в норме падает 30%
теплопродукции, при сахарном диабете и голода-
нии вследствие понижения углеводного обмена.
Повышение температуры при физической нагрузке
или после питья горячего чая.

При асептических или неинфекционных рас-
стройствах терморегуляции, каждому клиницисту
или практическому врачу, очень трудно решить

3. II. 1954г. доложено на научной конференции врачей
Уч. ком. Минздрава М. В. В.

Вопрос о причине длительных затяжных по-
вышений температуры тела.)

Субфебрильная температура (вообще как лихорадка) в первую очередь обязана своим возникнове-
нием расстройству терморегуляции (соотношение
между теплопродукцией и теплоотдачей), происхо-
дящему под воздействием инфекционного и токси-
ческого агента. Но экспериментально полученные
лихорадки при помощи физических и химических
раздражителей промежуточного мозга и симпати-
ческого нерва убеждают нас в возможности возникно-
вения ее и без инфекции и без интоксикации.

Кратковременная асептическая гипертер-
мия, длящаяся не дальше нескольких десятков
часов, может возникнуть при эмоциях, при дли-
тельной переутомлении, под влиянием которых
нарушается координация механизмов терморегу-
ляции, особенно у психо-невротиков вследствие
их эmotivной лабильности.

Встречаются гипертермии без инфекции
также при органических вмешательствах
на головном мозге, при лямбдовом пункции,
при закрытых переломах, после наркоза.

При кровоизлиянии в мозг или тромбозе
мозгового ствола вблизи предполагаемого тепло-
вого центра. О том же говорит травматиче-
ская лихорадка, происходящая вследствие
возбуждения терморегуляторных центров про-
дуктами белкового распада, которые образуются
при распаде тканей, лихорадка после травме-
н, разрыва крови, инъекции сыроватки, молока и пр.
Наконец на почве эндокринного расстройства
при базедовой болезни.

Часто после перенесения какой-либо ин-
фекционной болезни, длительно держится суб-
фебрильная температура а инфекция как та-
ковая в организме больше не обнаруживается.
В таких случаях нужно полагать, что после
воздействия инфекции, долго не восстанавливается
координация механизмов терморегуляции.

Под влиянием воздействия тех или иных
фармакологических веществ на терморегу-
лирующие приборы, изменяется температур-
ная кривая. Например: адреналин суживает
сосуды и уменьшает теплоотдачу, вследствие
чего температура тела повышается.

Тирондин повышает температуру вследствие усиления окислительных процессов в организме. Инсулин, наоборот, в известных условиях оказывает гипотермическое действие. От значительных доз алкоголя температура тела снижается, вследствие расширения кожных сосудов и усиления теплоотдачи. Синильная кислота даже в минимальных дозах снижает температуру, главным образом от понижения теплопродукции.

Температура тела снижается от применения наркотических веществ и алкалоидов.

Для правильного толкования результатов термометрии, необходимо учесть индивидуальный уровень температуры тела в каждом отдельном случае.

Говоря об индивидуальном уровне температуры у женщин, необходимо иметь в виду колебания его в связи с менструальной функцией и беременностью.

Хотя редко но все же можно встретить людей у которых температура тела находится всегда на уровне между 36,5 и 37,5. Эта температура является нормальной для данного лица, согласно его тепловому балансу и ни на какие заболевания не указывает.

Проф. Вайнберг упоминает 5 случаев, где температура тела начиная с двенадцатилетнего возраста была выше 37° от 37,0 до 37,5, несмотря на самые тщательные поиски в течение ряда лет у данных лиц никаких заболеваний обнаружено не было.

Проф. Вайнберг (ленингр. институт врачей и трудовой экспертизы) изучая нормальный уровень температуры тела у 15 тыс. человек, пришел к выводу, что индивидуальный уровень температуры тела может быть и выше 37°, оставаясь тем не менее вполне физиологическим.

Не говоря об очень редких и исключительных случаях "врожденной гипертермии" если так можно выразиться, в нашей практической работе нередко нам приходится решать довольно трудный вопрос о причине длительного затяжного субфебрилитета, особенно в тех случаях, когда в организме исключается наличие инфекции.

При поисках причин этих гипертермий в каждом отдельном случае необходима любительская работа врачей всех специальностей и каждый из них должен стараться найти причину этой

гипертермии в органах, входящих в круг ведения данной специальности. Как выше было указано субфебрилитет в большинстве случаев является симптомом различных заболеваний и делая его на четыре группы (Бархони).

1. Субфебрилитет на почве наличия в организме одного инфекционного очага.

2. Субфебрилитет на почве незакончившейся острой или хронической общей инфекции или затяжного системного заболевания, вследствие чего может возникнуть в организме несколько стойких инфекционно-токсических очагов.

3. Субфебрилитет на почве анатомического поражения теплого центра (геморрагия, опухоль и другие изменения этого центра).

4. Субфебрилитет на почве эндокринных расстройств (гипертиреозизм, реже поражение гипофиза). В.

Все эти виды субфебрилитета можно назвать симптоматическим субфебрилитетом.

Со времени появления учения о фокальной инфекции, ее считали одним из существенных факторов субфебрилитета. Заболевание носоглотки, поражение зубов, миндалин и др. которые иногда могут быть причиной длительного субфебрильного состояния (Егоров, Корицкий, Крылов и многие др.)

Наряду указанных инфекционных очагов, необходимо иметь ввиду "дремлющую инфекцию" желчного пузыря и желчных ходов, хр. аппендицит, пиелит и др.

Обращаясь к субфебрилитету, зависящему от наличия инфекции в организме, необходимо остановиться прежде всего на туберкулезе, т.к. по статистике различных авторов, туберкулез легких как причина субфебрилитета встречается от 16-30%.

Поэтому, в каждом случае субфебрилитета, мы производили тщательные исследования легких всеми доступными нам методами а именно: неоднократное флюорографическое исследование, повторные просвечивания и рентгенограммы легких, многократное исследование мокроты на ВК, реакция Пирке и реакция оседания эритроцитов. При обнаружении инфильтрата или другого активного очага, мы относили субфебрилитет легочному процессу.

Кроме поражения легких причиной субфебрилитета может стать туберкулез любого органа.

5
(почек, кишечника, гениталий, суставов, костей и пр.)

Конечно, в наших случаях исключались перечисленные заболевания клиническими наблюдениями и соответствующими исследованиями.

Среди причин длительных субфебрильных состояний, ревматический эндокардит занимает определенное место, независимо от соотношения суставных явлений.

В наших случаях при тщательном освещении анамнестических данных не удалось установить какую-нибудь связь между субфебрилитетом и предшествовавшей инфекцией, чаще всех тонзиллитом, постольку поражение миндалин является самым ранним проявлением острого ревматизма.

Кроме того, в процессе клинического наблюдения над течением болезни как правило наблюдаются лабильность со стороны сердечно-сосудистой системы; боли в обл. сердца, ощущение сердцебиения, изменения тембра и звучности тонов или появления шумов различного характера.

Температурная кривая у ревматиков отличается исключительной неустойчивостью вообще и особенно неустойчивая при пиримидиновой пробе, РОЭ ускорена, со стороны крови — гипохромная анемия, эозинофилия, лимфоцитоз и моноцитоз.

С целью исключения эндоскулита, который предшествует и сопровождает ревматическому процессу, мы во всех наших случаях проводили баночную пробу Вальдмана и провокационную пробу путем облучения кварцем и во всех случаях получили отрицательные результаты.

На основании перечисленных данных мы исключили наличие ревматического заболевания.

Причиной длительного субфебрилитета может быть и затяжной септический эндокардит (*Endocarditis lenta*) который рассматривается как хронический (Ланг, Стражеско, Зимницкий, Захарович и др.) Характерными признаками септического эндокардита являются ознобы (как ярко выраженные потрясающие, так и в виде познобливания). Холодные изнуряющие больного пототделения не приносящие облег-

13
ченія. Прогрессивно развивающееся малокровие, как за счет уменьшения гемоглобина так и за счет уменьшения числа эритроцитов, лимфоцитоз и моноцитоз, артериальная гипотония, увеличение селезенки, очаговый септический некроз. Атрофия миндалин, изменение структуры сосудистой стенки (склонность к эмболиям, геморрагии кожные, слизистых оболочках и во внутренних органах, положительные промолочные пробы и др.)

Отсутствие этих явлений в наших случаях дало нам возможность исключить указанное заболевание.

Далее представляется вполне естественным и понятным субфебрилитет в некоторых случаях на почве энцефалита.

Подбугровая или гипоталамическая область является энцефальной вегетативной областью. Она страдает при многих заболеваниях организма, при общих интоксикациях, травмах и опухолях. Исходя из этого, заболевания гипоталамической области именуют энцефалитами.

Основными признаками этих заболеваний является нарушение терморегуляции. Энцефальные гипертермии иногда достигают до $39-40^{\circ}$, чаще наблюдается длительная субфебрильная температура в пределах $37-37,5^{\circ}$.

Гипертермия при подбугровых поражениях несколько снижается после приема препаратов опиума под влиянием жаропонижающих средств не изменяется.

С другой стороны заболевания энцефальной области клинически характеризуется следующими признаками: изменение сна, нарушение половой функции, водно-солевого и углеводного обмена, изменения психики, изменение состава крови и кровяного давления, угнетение реакции на ультра-фиолетовое облучение (Шедер), нарушение дыхания типа замедления или чередования, усиления и ослабления дыхания, изменение деятельности желудочно-кишечного тракта (диспепсия), нарушение мочеиспускания. Из вегетативных признаков: миозизм или небольшой экзозтальзм и усиленное слюноотечение, извращение ритма суточной температурной кривой и предшествующие ознобы.

На основании изложенной клинической картины, проведение реакции ультра-фиолетового облучения и опийной пробы, мы исключали

поражения диссеребральной области в наших случаях длительного субфебрилитета.

12
04.10.53
003-0010033

Когда длительное стационарное наблюдение и многочисленные методы исследования не обнаруживает никакого индексирующего очага и так же нет никаких признаков органического поражения центральной нервной системы, и нарушения корреляции органов внутренней секреции а субфебрильная температура держится месяцами и даже годами, в таких случаях причина длительной гипертермии либо остается без объяснения либо приписывается нарушениям терморегуляции со стороны нервной системы и называют ее "терморегулирующим сдвигом" или "термоневрозом".

Начиная с января месяца 1949г. в б-це "Ветлосян" мы имели 36 случаев длительного асептического субфебрилитета. Из них 27 женщин и 9 мужчин т.е. женщин в 3 раза больше чем мужчин. В больнице же в целом мужчин было втрое больше чем женщин. Таким образом, исходя из нашего материала, расстройство неиндексирующей терморегуляции среди женщин встречается в 9 раз чаще чем у мужчин.

Эти данные вполне подтверждают мнения Черногоубова и Рубеля, которые указывают, что расстройства терморегуляции неиндексирующего характера неизмеримо чаще встречаются у женщин чем у мужчин. Они также приводят свои наблюдения, что многие женщины, страдавшие расстройствами терморегуляции во второй половине беременности и после родов разрешения выравнивали температуру тела до нормы.

Эти авторы считают противопоказанным искусственное прерывание беременности таким больным.

В доступной мне литературе, я не мог найти указания на значение возрастного фактора по отношению к расстройствам терморегуляции, но судя по нашим материалам, асептическим субфебрилитетом страдают люди молодого возраста напр: до 20 лет - 11 человек от 20 до 30 лет - 20 чел.; от 31-35 лет - 5 чел. Случаев заболевания выше 35 лет у нас не было.

Всем нам известно, что данные термометрии важны не только для установления

диагнозы но и отражают в значительной части динамику патологического процесса, и до известной степени дают нам возможность судить об эффективности проводимой терапии.

Между тем, надо признать, что наша практика в данной области изобилует многочисленными примерами диагностических ошибок. В большинстве случаев асептической гипертермии, не только в амбулаториях но и в больших больницах наблюдается неправильная интерпретация результатов термометрии.

Неправильное толкование, скорее всего, недостаточная осведомленность многих врачей в результатах термометрии, особенно в случаях асептической гипертермии и у нас послужили поводом следующих диагностических ошибок: из 36 больных к нам поступили 21 с диагнозом "туберкулез легких", трое холеристиком, дв. аппендицитом и остальные с указанием "для клинического обследования". Итак ни в одном случае не был установлен ясный и правильный диагноз, несмотря на длительность нахождения больных на местах: от 2-х месяцев до 1 года - 12 человек, от 1-2 лет - 19, от 2-3 лет - 5 человек. Из них больные Васелюк, Баркуте и Примас лечились в центральных больницах и 7 лет, а от двух до трех лет по поводу туберкулеза легких и лимфатических желез.

Не говоря о других больных, эти три случая ясно указывают на нашу недостаточную осведомленность в вопросах терморегуляции.

В сложном процессе терморегуляции участвуют многие звенья организма: центральные отделы - диэнцефальный, стриарный, продолговатый мозг, передерический отдел вегетативной нервной системы, гуморальный механизм, железы внутренней секреции (щитовидная железа), внешней секреции (печень) и обмен веществ.

Нарушение или выпадение функции того или другого отдела указанных систем, могут быть в различных сочетаниях, в различных компенсаторных и ирритативных состояниях и поэтому при современном состоянии наших знаний в этой части, практически врачу очень трудно определенно сказать что либо о причине длительной затяжной субфебрильной температуре, но с другой стороны

на основании клинического наблюдения и ряда исследований в большинстве случаев можно установить наличие гипертермии неинфекционного происхождения.

Поэтому, в пределах наших возможностей мы производили всестороннее и детальное обследование больных с участием других специалистов, чтобы исключить интоксикацию и в каждом отдельном случае установить наличие асептического субфебрилитета.

У наших 36 б-ных, несмотря на длительность лихорадки, в течении ряда месяцев и даже лет, только у двоих отмечалось некоторое понижение питания, остальные были хорошо упитаны. Можно самое можно сказать относительно окраски кожных покровов и слизистых. Таким образом, бросается в глаза несоответствие хорошего внешнего вида, самочувствия и общего состояния больных с наблюдаемой у них длительной повышенной температурой.

Второй положительный признак указанной болезни это отсутствие параллелизма между температурой с одной стороны, пульсом с другой. Например, во всех наших случаях в те периоды, когда температура наблюдаемых больных была нормальной, пульс у них был учащен от 85 до 110 ударов в минуту; по мере повышения температуры учащался и пульс, однако не соответствовал динамики повышения температуры.

Относительно частоты дыхания можно сказать, что нарушения соотношения с температурой не было.

На основании литературных данных (де - Мартель, Кешинг) и собственного опыта Андре Момм придает диагностическое значение нарушению нормальной температурной топографии для установления наличия неинфекционного субфебрилитета.

Исходя из нашего наблюдения следует обратить внимание на термониверсии т.е. понижение ректальной температуры по сравнению с аксиллярной: у 5 больных ректальная температура превышала аксиллярную на $0,2^{\circ}$, у 8 на $0,3^{\circ}$, у других 5 $^{\text{ти}}$ на $0,5^{\circ}$, у 10 на $0,6^{\circ}$, у 4 $^{\text{х}}$ на $0,8^{\circ}$.

10
У оставшихся троих больных наблюдалось 16-
ление изотермии т.е. равенство аксиллярной
и ректальной температур.

Для контроля мы взяли 20 человек с нор-
мальной температурой и из них только четверо
показали разницу между ректальной и аксилляр-
ной температурой на 1° и у остальных раз-
ница была меньше 1° но не ниже $0,5^{\circ}$.

Оказывается, не всегда ректальная температу-
ра бывает выше аксиллярной на 1° , как это
прицудто считалось вообще. А это явление
необходимо учесть для правильного толкова-
ния результатов термометрии.

В контрольной группе, случаев изотермии
не было а также разницы между ректальной
и аксиллярной температурой ниже пяти деце-
ний т.е. $0,5^{\circ}$.

Таким образом, наличие изотермии, ~~чаще~~
~~наблюдается~~ понятие ректальной температуры
ниже $0,5^{\circ}$ по отношению аксиллярной, до извест-
ной степени характерно для асептического
субфебрилитета.

В оценке абсолютных величин аксилляр-
ной температуры, нужно иметь ввиду и аксил-
лярную термоасимметрию.

При двустороннем аксиллярном измерении
температуры у наших больных термоасимет-
рия выразилась в следующем:

в 16 случаях	получена	разница	на	$0,1^{\circ}$
" 8 "	"	"	"	$0,2^{\circ}$
" 5 "	"	"	"	$0,3^{\circ}$

В 7 случаях в обеих подмышечных впади-
нах была отмечена равномерная температу-
ра. Судя по результатам нашей термометрии,
такая минимальная термоасимметрия особен-
ного диагностического значения не имеет
т.к. термоасимметрия в этих пределах на
несколько десятых градуса встречается и
при лихорадках индифференциального происхожде-
ния, в чем мы убедились при контрольных
биаксиллярных измерениях температуры у
больных с острым катарром верхних дыха-
тельных путей.

Мнение Ротнера о том, что у лиц с
неинфекционным расстройством терморегу-
ляции наблюдаются выраженная аксилляр-
ная термоасимметрия, на нашем материале
не подтверждается.

Следующим характерным признаком
инфекционных расстройств терморегуляции

нейндрекционного характера, является монотонный так называемый „монотермический“ температурной кривой, т.е. совсем незначительные колебания между утренней и вечерней температурой, как на это указывают Черногубов и Рубель.

Наши наблюдения вполне подтверждают мнение указанных авторов т.к. суточные колебания температуры ни в одном случае среди наших больных не доходило до 1° , как это наблюдается вообще при гипертермиях индрекционного характера.

Черногубов и Рубель также указывают, что монотермический тип температурной кривой характерен только для женщин, страдающих расстройствами терморегуляции индрекционного характера. А в наших случаях такой тип температуры наблюдался как у женщин так и у мужчин.

Ратнер и Черногубов приводят свои наблюдения о том, что в случаях нейндрекционной гипертермии наблюдается замедленное оседание эритроцитов.

Правильность наблюдения указанных авторов нашли полное подтверждение на нашем материале а именно: реакция оседания эритроцитов

до 5 мм в час	была получена у 18 больных
до 10 "	" " " 13 "
до 15 "	" " " 5 больных

Таким образом, ни у одного больного при асептической гипертермии РОЭ не была ускорена наоборот, в половине случаев реакция оседания эритроцитов была замедлена.

Указанное явление имеет большое диагностическое значение для исключения индрекционной природы гипертермии.

Наши наблюдения в течении нескольких лет также дают основание утверждать, что в случаях асептического субфебрилитета с присоединением какой-либо индрекции в частности туберкулезной, реакция оседания эритроцитов может оставаться нормальной.

В сборнике под ред. Черногубова „затяжная субфебрильная температура“ (1934г.) авторы различают четыре вида субфебрильных температур:

- 1) индрекционную (пирамидоно-позитивную или неустойчивую.)
- 2) нейндрекционную (пирамидоно-негативную)

или устойчивую)

3) постинфекционную (пирамидо-позитивную)

4) смешанную, когда налицо неинфекционная с наслывшейся на нее инфекционной температурой.

Авторы сборника предлагают определять характер температуры по влиянию на нее жаропонижающих средств, главным образом recommending пирамидон, как наименее токсический и безобидно действующий препарат, для выяснения инфекционной природы субфебрильных состояний.

С этой целью применяют пирамидоновую пробу Голло, которая производится следующим образом: в течение четырех дней ежедневно измеряется температура тела с 6 ч. утра до 9 ч. вечера. Первый и третий дни как контрольные предназначены для измерения температуры, во второй день, кроме измерения температуры, также начиная с 6 ч. утра до 6 ч. вечера включительно, ежедневно принимается по 20 см³ 0,5% раствора пирамидона (0,1 пирамид.), за исключением 6 ч. утра, когда принимается 60 см³ такого же раствора (0,3 пирамидона).

При высоких субфебрильных температурах автор рекомендует давать ежедневно по 0,15 пирамидона, оставляя первоначальную дозу в 6 ч. утра без изменений (0,3). При субфебрильной инфекционной температуре последняя падает уже от первого доз пирамидона (ниже 37°) и таковой остается во все часы его приема.

На следующий день а иногда на второй, на третий, инфекционная температура опять поднимается до прежних цифр а иногда и выше.

В некоторых случаях температура, оставшаяся иногда после инфекции, снижается также как и инфекционная, в день дачи пирамидона, но в отличие от последней, снизившись, остается нормальной уже в последующие дни.

Для большей точности пробы, рекомендуется в течение трех дней, о которых идет речь, держать больного в постели.

Если температура неинфекционного характера она не изменяется в день приема пирамидона и ничем не отличается от контрольных дней. Такую температуру называют пирамидо-устойчивой, она характерна для термочевротиков.

К сожалению, ни один из авторов не объясняет почему пирамидон снижает инфекционную

13
температуру и применение пирометра ^{осуществляется}
в таких случаях эмпирически, требующих
дальнейших объяснений. Несмотря на это, она
имеет очень важное значение для установле-
ния диагноза неинфекционного характера дли-
тельного субфебрилитета, в чем мы убедились
во всех вышеприведенных 36 случаях.

Все авторы указывают, что больные с рас-
стройством терморегуляции неинфекционного
характера, обладают более или менее богатой
симптоматикой вегетативных расстройств.

Действительно, во всех наших случаях
наблюдались вазомоторные расстройства (легко
наступающее покраснение лица, субъективное
ощущение жара — горячие руки, лицо и т.д.);
тахикардия, выраженный акроцианоз, красный
разлитой дермографизм, усиленное потоотде-
ление и прочее.

~~По мере увеличения знаний наши зна-
ния, все больше и больше бояться роль перв-
ной регуляции, которая сохраняет темпе-
ратуру организма на определенном уровне.~~

Длительная субфебрильная температу-
ра асептического характера, возникшая в орга-
низме на почве нарушения нервного механиз-
ма терморегуляции, почти все цитируемые
нами авторы называют „термоневрозом“.

Проф. Черногубов („медицинский работник“
№ 13 1948г.) находит более целесообразным на-
зывать указанное состояние организма
„гипертермической вегетативной болезнью“.
Мы полагаем, последнее наименование более
соответствует и отражает существо про-
цесса, поскольку нарушение терморегуляции
почти всегда сочетается симптомами вегета-
тивных расстройств.

Как выше было указано, очень трудно
разобраться в сложном механизме нарушения
терморегуляции, тем более когда этот вопрос
находится в начальной стадии изучения.

Между тем, священной обязанностью
врача интерниста является применение все-
возможных методов обследования больных с
нарушением терморегуляции неизвестной этио-
логии, чтобы исключить наличие инфекции,
выявить ряд симптомов, характерных для
гипертермической вегетативной болезни, во
избежание тех диагностических ошибок, ко-
торые сплошь и рядом наблюдаются в
нашей практике.

Трудовой прогноз

Институт труда и трудовой экспертизы давно проявляет особый интерес по вопросам установления трудоспособности у лиц, страдающих длительным субребрилитетом. Но с сожалением, до сего времени еще не установлен точный генез субребрильных состояний. Еще нет четкой позиции по этому вопросу и Институт ВТЭК ищет компромиссов.

Нередко из-за "субребрилитета" снимаются с работы на месяцы и даже переводятся в инвалиды лица, у которых кроме субребрильной температуры, других определенных признаков заболевания обнаружить не удается.

Особенно, в данном случае, при определении трудоспособности решающую роль играет лечащий врач, который длительно наблюдает за больным и если он признает больного не трудоспособным, то эксперт видящий впервые, при отсутствии у него отчетливых объективных признаков, не может себе создать ясное представление о болезни и принужден согласиться с лечащим врачом.

Только при тесном контакте с амбулаториями и поликлиниками, стационары могут внести ясность в понимание и трактовку в данном вопросе, чтобы не расценивать трудоспособность механически по градуснику.

По мнению проф. Вальдмана грешат страховые врачи, т.к. они приучили врачей поликлиник и амбулаторий к тому, что законным считается больничный лист при всяком повышении температуры, сколько бы она не продолжалась и чем бы она не была вызвана.

Точно установить диагноз при субребрильных состояниях ^{некоторых} ~~в некоторых~~ случаях, нелегко и не всегда возможно даже при длительном наблюдении или клиническом обследовании, особенно при наличии в организме заглохших очагов инфекции в частности туберкулезной этиологии.

Вообще при гипертермической вегетативной болезни, даже в сочетании со старыми закончившимися очагами бывшей инфекции, есть возможность определения трудоспособности.

Организм, при затяжных субребрильных

состояниях в большинстве случаев хорошо адаптируется к повышенному уровню температуры, когда нет признаков интоксикации, нет анемии, пониженного питания и реакция оседания эритроцитов нормальна. В таких случаях трудоспособность сохранена и нет основания удерживать таких лиц на длительном стационарном лечении и даже на больничном листке.

Нет необходимости им запрещать работу, наоборот, как об этом говорит Вальдман, их нужно вернуть к работе и установить известное наблюдение.

Во многих случаях приходится временно менять характер работы пока они хорошо не адаптируются к своей субфебрильной температуре. Лица, с субфебрильной температурой, часто не замечают ее. Они на вид здоровы. Вес не падает. Только имеются жалобы функционального характера, но не серьезные.

Вопрос о трудоспособности людей с длительными субфебрильными температурами должен решаться не в особую очередь, а самими лечащими врачами а в трудных условиях консультативно. Чаще следует практиковать "пробную выписку на работу" с установлением амбулаторного наблюдения.

Исходя из всего вышеизложенного, можно суммировать следующие выводы:

1. Ввиду того, что причиной длительной тяжелой субфебрильной температуры неинфекционного происхождения в основном является нарушение нервного механизма терморегуляции, которое сочетается признаками расстройства функции вегетативной нервной системы, более целесообразно называть болезнь не "Термоневрозом" а "гипертермической вегетативной болезнью" т.к. последнее наименование более соответствует и лучше отражает существо процесса.

2. Для установления диагноза "гипертермической вегетативной болезни", прежде всего нужно исключить наличие инфекции при помощи консультации врачей почти всех специальностей и каждый из них обязан стараться найти причину гипертермии в органах, входящих в круг ведения данной специальности.

3. Гипертермическая вегетативная болезнь

В СЛУЧАЯХ ГНОЙНОГО ПЕРИКАРДИТА СЛЕДУЕТ БЫТЬ БОЛЕЕ ОСТОРОЖ-
НЫМ, ЧТОБЫ ПРИ ПЕРИОДИЧЕСКОМ УДАЛЕНИИ СОДЕРЖИМОГО И
ВЕДЕНИИ РАСТВОРА ПЕНИЦИЛЛИНА В СЛУЧАЕ ПОРАЖЕНИЯ СЕР-
ДЦА НЕ ЗАНЕСТИ ИНФЕКЦИИ. В ИНСТРУКЦИЯХ О ПЕНИЦИЛ-
ЛИНОМ УКАЗАНЫ ВСЕ ВИДЫ ВВЕДЕНИЯ В ОРГАНИЗМ
ПЕНИЦИЛЛИНА В ТОМ ЧИСЛЕ В АРИПИНОЙ И ПЛЕВРАЛЬНОЙ
ОБЛАСТИ, НО ОТНОСИТЕЛЬНО ЕГО ПРИМЕНЕНИЯ В ПЕРИ-
КАРДИАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ, НИЧЕГО НЕ СКАЗАНО, А МЫ ПРИ-
МЕНИЛИ В ТАКИХ-ЖЕ ДОЗАХ, КАКИЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИ
ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ И ПОЛУЧИЛИ ОЧЕНЬ ХОРОШИЙ
РЕЗУЛЬТАТ, ВЕРОЯТНО ПОТОМУ, ЧТО НАШ СЛУЧАЙ ЯВЛЯ-
ЕТСЯ КАК ПЕРВИЧНОЕ ИЗОЛИРОВАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ.