

ния дифференциального диагноза, чтобы не увеличивать размеров статьи.

Литература. 1. Вопросы трудоспособности, клиники и этиогенеза и т. д., Труды ин-та по изучению профболезней им. В. А. Обуха, 1933.—2. Проблема субфебрилитета и трудоспособность, Труды научно-исслед. ин-та эс-тертизы трудоспособности ВЦСПС, 1934.—3. Затяжная субфебрильная температура и т. д. Труды Басманной образцовой больницы, 1935.—4. Бок М. М., Пробл. туб. 1936, № 5.—5. Бревдо Б. С., Каз. м. ж., 1928, № 4.—6. Вайнштейн Г. И., Труды ин-та ВЦСПС.—7. Зимницкий С. С., Лекции по серд. бол., 1923.—8. Золотарева Е. Н., Труды ин-та им. Обуха.—9. Карпиловский Д. А., Труды ин-та ВЦСПС.—10. Кутырин М. М., Клин. мед., 1928, № 21.—11. Марцинковский Б. И., Труды ин-та им. Обуха.—12. Розенблюм, Тер. арх., 1935, XIII, 5.—13. Рубель А. Н., Врач. газ., 1927, № 18 и 19.—14. Рубинштейн Г. Р., Б. М. Э., т. 33.—15. Рубинштейн Г. Р., Клиническая группировка легочного туберкулеза, 1936.—16. Тареев Е. М., Сов. врач. г., 1932, № 21—22.—17. Alt. a. Barker, J. Amer. Med. Ass. Vol. 94, № 19.—18. Grenet, Levent et Pellissier, Les syphilis viscérales tardives, 1927.—19. Hollo, B. z. Kl. d. Tub. Bd. 69, H. 2, 1928; W. kl. Woch., 1929, № 12.—20. Kintner a. Rowntree, J. Am. Med. Ass. Vol. 102, № 12.—21. Mayrhofer, W. kl. Woch., 1929, № 4.—22. Unverricht, D. med. Woch. 1931, № 34.—23. Weltmann, Med. Klin., 1929, № 43.—24. Wilson, Lancet, 1931, 17/X, 874.—25. Zimmermann, M. med. Woch. 1930, № 48.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ДЛИТЕЛЬНЫХ СУБФЕБРИЛЬНЫХ ТЕМПЕРАТУР И ИХ ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ¹⁾.

Проф. В. И. Катеров.

Вопрос о затяжных субфебрильных состояниях (субфебрилитах) представляет громадный теоретический интерес и имеет большое практическое значение. Каждому врачу, в особенности интернисту, в своей повседневной работе нередко приходится встречать больных с длительной субфебрильной температурой и решать вопрос об этиопатогенезе температуры и о трудоспособности данных больных. Насколько часты подобные случаи, видно, напр., по материалу научно-исслед. института эксп. трудосп. ВЦСПС (см. сборн. «Проблема субфебрилитета и трудосп.», Медгиз, 1934 г.). В этом институте на 3492 б-ных, прошедших через стационар за 2 года, было 805 человек с длительной субфебрильной температурой, что составляет по отношению к общему числу 23%, а по отношению к числу терапевтических б-ных — 34%. Правда, надо оговориться, что этот материал не может быть критерием для суждения об общей распространенности субфебрилитетов, т. к. данный институт концентрирует у себя, вероятно, главную массу таких б-ных, но тем не менее, я думаю, что каждый врач, работающий в различных стационарных учреждениях, имел у себя достаточное количество таких случаев. Мы нередко видим, что такие б-ные обнаруживаются случайно; например, когда они поступают для производства какой-нибудь операции в холодном периоде. Такой б-ной выдерживается обычно перед операцией 2—3 дня, и тут у него обнаруживается субфебрильная температура. Врач подозревает какую-нибудь скрытую инфекцию,

¹⁾ Доклад на V научном съезде врачей АТССР 21/VI 1936 г.

М. А. Вильямин. Импертерилизм — неврастения или инфекция

б-ной остается лежать, температура держится, оперировать не решаются и б-ного выписывают. Спустя некоторое время б-ной поступает на операцию вторично. Снова у него такая же субфебрильная температура, и операция опять откладывается. В результате б-ной задерживается в стационаре излишнее время и не получает необходимой помощи. Наблюдаются также случаи и такого порядка: б-ной направляется на стационарное лечение с диагнозом — затяжной грипп или туберкулез с неясной локализацией, хроническая упорная малярия и т. п. Предварительно такие б-ные в течение длительного времени (1 — 3 месяца) лечатся амбулаторно, пользуясь больничным листом. «Эти б-ные, — как говорит проф. Гельман, — в огромном большинстве молодые женщины, бродят от врача к врачу и несут на себе груз многих устрашающих диагнозов (туберкулез, хронический сепсис, эндокардит и т. п.)», а между тем оказывается, что эти б-ные, напр., по материалам института, опубликованным в вышеуказанном сборнике, в 75% оказываются трудоспособными: в 41% — полная трудоспособность и в 34% — трудоспособность при измененных условиях.

Если принять во внимание эти данные, то надо согласиться с мнением Кечкера, который в предисловии к сборнику «Затяжная субфебрильная температура» (см. Труды Басманной б-цы, вып. 1, 1935 г.) говорит: «С точки зрения практического значения этих работ определяется, прежде всего, громадным распространением затяжной субфебрильной температуры среди населения и тем колоссальным ущербом, который наносится как самим б-ным, так и всему народному хозяйству, вследствие неправильной трактовки подобного рода б-ных широкими кругами врачей». Кроме того, здесь надо указать еще и на психотравму б-ных, являющуюся источником так назыв. ятрогенных заболеваний. Мне известен ряд случаев, где эта психотравма при подобных состояниях (субфебрилитете) была особенно значительна, т. к. б-ные были сами врачи. На основании главным образом длительной субфебрильной температуры поставлен был, напр., диагноз — острый эндокардит, или острый миокардит.

Проблеме субфебрилитета за последние годы у нас уделяется большое внимание: появилось много работ, издан ряд специальных сборников (ин-та ВЦСПС, Басман. б-цы, ин-та им. Обуха), вопрос обсуждается в заседаниях научных обществ. Надо сказать, что в данном вопросе мы имеем еще очень много неясного, точно не установленного, и, как обычно бывает при каждом «модном» вопросе, у ряда авторов имеются известные перегибы и увлечения.

Я не буду излагать подробной характеристики различных болезненных состояний, которые могут сопровождаться длительным субфебрильным состоянием, только вкратце укажу, с чем мы можем иметь дело, или над чем должны при таком состоянии подумать. Тут прежде всего речь может идти о 1) так называемых скрытых фокальных инфекциях, которые сами себя не выявляют

ввиду слабой выраженности местных явлений и которые приходится выискивать. Это: тонзиллиты, синуситы, альвеолярная пиоррея; хронический холецистит, хронический аппендицит, пиелит, аднекситы и т. д.; 2) длительные субфебрильные состояния могут дать также различные общие хронические инфекции: туберкулез без ясной локализации (туб. бронхоаденит, железисто-плевральная форма), висцеральный сифилис, хронический *endocarditis lenta*, бруцеллез; 3) кроме того, повышенной температурой, как известно, могут сопровождаться и некоторые не инфекционные заболевания, как-то: злокачественные опухоли, злокачественные заболевания органов кроветворения (пернициозная анемия, лейкоз, лимфогранулематоз), иногда Базедова болезнь. Наряду с этими заболеваниями, при которых имеется тот или иной анатомический субстрат, наблюдаются и, повидимому, нередко такие субфебрильные состояния, при которых тщательное изучение не позволяет найти каких-либо патолого-анатомических изменений или установить наличие какой-либо инфекции и при которых субфебрильная температура является лишь следствием нарушения функции терморегуляции в организме («термо-невроз», «эссенциальный субфебрилитет»).

Надо сказать, что если существование такой группы субфебрилитета в настоящее время признается подавляющим большинством клиницистов, то далее мнения значительно расходятся. Если судить по опубликованным материалам об удельном весе первых трех групп и последней группы, то некоторые авторы считают, что из всех субфебрилитетов 80—90% будут субфебрилитетами неинфекционного происхождения (Марцинковский—80%, Черногоубов—93,7%). По другим данным, однако, этот процент неинфекционного субфебрилитета значительно ниже. Так, по данным Бархаша (ин-т ВЦСПС) на 326 случаев субфебрильных состояний неинфекционный субфебрилитет оказался в 51 случае, т. е. в 15%. Правда, автор, кроме того, считает возможным присоединить к ним еще группу б-ных (65 человек — 20%) с хроническим тонзиллитом, «где изменения в миндалинах были нерезко выражены и температуру нельзя было отнести за счет тонзиллита, или те случаи, где тонзиллэктомия не дала должного эффекта». Таким образом, и у Бархаша, подходящего наиболее осторожно к оценке субфебрилитетов и дающего наименьшие цифры, получается 35% неинфекционного субфебрилитета, т. е. цифра также достаточно большая.

Здесь встает следующий чрезвычайно важный принципиальный вопрос: всегда ли можно считать наличие субфебрильной температуры патологическим состоянием. Напомню, что говорил по этому поводу всем известный клиницист Сали: «Максимальная вечерняя температура, лежащая еще в физиологических пределах, составляет 37,4°. Вундерлих считает нормальной температурой 37—37,2°, а Береншпрунг для молодых лиц до 20 лет дает 37,45—37,19°. Профессор Яновский говорит, что «у каждого, даже здорового человека, своя собственная температура, у одного,

напр., 36° , у другого $37,5^{\circ}$ ». Я должен сказать, что мы в процессе преподавания нередко об этом забываем и говорим, что всякая температура выше 37° это — патология, не учитывая вышеуказанных заявлений и не подчеркивая, что это касается условий стационарного, большей частью постельного, режима наблюдаемого субъекта. А между тем достаточно известно, что в обычных весьма разнообразных условиях жизни и работы имеется целый ряд факторов, влияющих на уровень температуры тела и обуславливающих различные физиологические колебания ее. Так, значительная физическая работа, вследствие повышения теплообразования в организме может вести к повышению температуры тела на несколько десятых градуса, а если к тому же теплоотдача затруднена (работа в горячих, особенно влажных, цехах), то температура тела у здорового человека может временно подняться даже на $1—1,5^{\circ}$ и более. Мы знаем также, что в детском возрасте нормальная температура тела несколько выше, чем у взрослых. Наконец, у значительного числа женщин наблюдается несомненное влияние на температуру полового цикла, а именно: в течение предменструального периода устанавливается субфебрильная температура (за 2 недели до начала менструации) при нормальной температуре во время месячных и в послеменструальном периоде. Этот факт был установлен еще в 1870 году Рабюто, затем подтвержден и рядом других авторов (Белов, Ганзен и др.). Мои личные наблюдения над значительным количеством женщин в условиях санаторной обстановки (у женщин — «практически здоровых») также вполне подтверждают эти данные. Влияние полового цикла на температуру у женщин сказывается также и во время беременности: в первую половину беременности нередко наблюдается субфебрильная температура без каких-либо патологических изменений.

Если принять все сказанное во внимание, то следует признать, что, с одной стороны, имеется ряд лиц, у которых в силу их конституциональных анатомо-физиологических особенностей уровень нормальной температуры оказывается постоянно несколько выше обычной, с другой стороны — имеются лица, у которых терморегуляция оказывается более лабильной, и под влиянием различных внешних или внутренних факторов при здоровом состоянии уровень их нормальной температуры часто длительно устанавливается на цифрах несколько выше условной нормы.

Известное представление о количестве таких лиц среди здорового населения (вне лечебных заведений) дают специально проведенные наблюдения. Так, Черногубов и сотрудники обследовали население одного дома в количестве 1908 человек и нашли субфебрильную температуру в среднем у 9,3% лиц. Преимущественно это были люди молодые, в возрасте 20—30 лет; женщины дали 12,3%, мужчины — 5,5%. Среди всех обследованных лиц субфебрилитет инфекционного происхождения был найден всего лишь в 5,3%, а в 94,7% был субфебрилитет неинфекционного характера. Марцинковский с бригадой института им. Обуха также об-

следовал на производстве 1270 здоровых рабочих, преимущественно женщин (1058 чел.), причем температура выше $37,1^{\circ}$ оказалась у мужчин — в 6,5%, у женщин — 10,1% (главным образом в возрасте 18—35 лет). Можно было привести еще ряд аналогичных обследований (Гельман, Раутман), подтверждающих эти данные, а именно, что в условиях бытовых и производственных у значительного числа здоровых лиц температура может быть несколько выше, чем 37° . Таким образом, при наличии среди населения значительного процента носителей неинфекционного субфебрилитета встает следующий практически важный вопрос: следует ли считать этих лиц практически здоровыми или больными. Несомненно, что среди этой группы есть немало лиц, у которых, помимо субфебрильной температуры неинфекционного характера, имеется еще целый ряд и других субъективных и объективных симптомов, слагающихся в определенную клиническую картину, которую ряд авторов (Черногузов, Гельман) предлагает выделить в самостоятельную нозологическую единицу (термoneвроз, генуинные затяжные гипертермии, эссенциальный субфебрилитет и т. п.).

Для того, чтобы лучше понять и правильнее подойти к диагнозу этих субфебрилитетов неинфекционного происхождения, я приведу характеристику их состояния, данную Черногузовым: «Клиническая картина состояний с этой своеобразной температурой на фоне многочисленных субъективных ощущений определяется двумя кардинальными признаками: это — затяжной монотонной пирамидон-устойчивой субфебрильной температурой и состоянием длительного экзогенного необусловленного и трудно обратимого почти постоянного утомления, каковое ощущение сопровождает всякую работу и усиливается при ней, давая или симулируя картину сниженной работоспособности, что позволяет говорить о крайне своеобразной форме астении, как бы о своего рода неврозе утомления».

Гельман следующим образом характеризует это своеобразное состояние: «Обыкновенно наряду с субфебрильной температурой ($38,3 — 37,5^{\circ}$) мы отмечаем у таких б-ных ряд вегетативных расстройств (тахикардия, потливость, вазомоторная лабильность) и явления общей астении (слабость, склонность к ипохондрическим настроениям, раздражительность, истощаемость и т. п.)».

В дополнение к этим определениям можно привести следующие детали, характеризующие состояние эссенциального субфебрилитета (термо-невроза). Среди лиц с длительным субфебрилитетом женщины заметно преобладают: по Черногузову в 2—3 раза больше, чем мужчины; Варшавер на своем материале устанавливает процент женщин равным 61,5%, Харин — 84%. По этому поводу Карпиловский говорит: «Нельзя было не заметить того разительного факта, что все эти «туберкулозоиды» — настоящая женская, хотя и не гинекологическая болезнь. И это, — продолжает Карпиловский, — подметил в нашей литературе одним из первых проф. Рубель. Так как из статистики нам известно, что

туберкулез распределяется довольно равномерно у обоих полов (с небольшим преобладанием его среди мужчин в городском населении), то колоссальное преобладание одной его формы, и при этом очень обыкновенной, у женщины становится совершенно невероятным» (Карпиловский). Другой характерной особенностью этой группы субфебрилитетов является молодой возраст: 20—30 лет (до 60%); очень небольшой процент лиц относится к возрасту свыше 40 лет. В ряде случаев отмечается наследственно-семейное предрасположение (Харин, Черногоубов), когда в семье, например, встречаются 2—3 человека с длительным субфебрилитетом. Варшавер нашел, что 30,8% б-ных это астеники; Левенштейн отмечает, что среди его материала (37 случ.) большинство б-ных — блондинки.

В анамнезе таких б-ных с длительной субфебрильной температурой часто имеются указания на перенесенный грипп, ангину и др. инфекционные заболевания. Варшавер на материале института ВЦСПС приводит: грипп — в 49%, ангина — в 31%, в 10,4% случаев субфебрилитет возник незаметно. При этом надо указать, что перенесенная инфекция рассматривается в этих случаях лишь как момент, вызвавший сдвиг температуры на более высокий уровень (температура сдвига по Черногоубову), а сама по себе инфекция остается затем только как исторический момент, но не как длящаяся много месяцев хроническая инфекция. Нередко поводом к возникновению длительного субфебрилитета является какая-нибудь психотравма (по Харину — 16%).

В клинической картине такого эссенциального субфебрилитета или термоневроза обращает на себя внимание выраженная диспропорция между обилием разнообразных субъективных жалоб и скудостью объективных изменений со стороны внутренних органов. Жалобы сводятся, главным образом, к следующему: общая слабость, утомляемость; иногда — головные боли и головокружения; сердцебиения, боли в области сердца, одышка; в ряде случаев — опасения за свое здоровье (результат психотравмы от неправильного диагноза). Объективно большей частью наблюдаются: бледность кожных покровов, конечности большей частью холодны, влажны; нередко имеется пастозность голеней (Варшавер пробой Мак-Клур-Олдрича установил у 78% повышение гидрофильности кожи); питание у многих понижено. Как правило, наблюдается повышенная возбудимость нервной системы и (сердечно-сосудистой деятельности. Последнее обстоятельство часто (в 40%) и дает повод к неправильному диагнозу у таких б-ных Endocarditis lenta; в большинстве случаев (65%) наблюдается выраженный красный дермографизм и мраморность кожи. Эти б-ные склонны обычно к вазомоторному насморку. Кровяное давление большей частью нормально (по Варшаверу в 69%) или понижено (в 26%). Со стороны крови — большей частью умеренная анемия, лейкоцитоз и лейкоцитарная формула у большинства нормальны, РОЭ — б. ч. нормальна.

Наиболее характерной для данных б-ных является, однако, их температурная кривая; она длительно монотонна, как выражается Черногубов, — «скучна эта температура». Особым свойством, позволяющим наряду с другими методами обследования установить неинфекционную природу этой температуры, является ее устойчивость по отношению к пирамидону: она не снижается в противоположность температуре инфекционного происхождения от приема 1,0 пирамидона (по Вельтману) или 1,5 в день (по Голло).

Как же мы смотрим на этиопатогенез этой субфебрильной температуры? До настоящего времени в этом вопросе пока нет достаточной ясности и единства взглядов. Здесь имеется целый ряд предположений. Вопрос этот изучался, главным образом, в отношении детского возраста, и только в последние годы он привлек к себе внимание и у взрослых. Голло (1917 г.) и Моро (1918 г.), а затем и Финкельштейн, Феер рассматривают эссенциальный субфебрилитет как «привычную гипертермию», «конституциональный субфебрилитет», видя причину его в неустойчивости терморегулирующего аппарата в детском возрасте, вследствие неустойчивости вегетативной нервной системы: «Вегетативно-лабильные», «вегетативно-стигматизированные» — обычные обозначения таких детей. Действительно, всем известна крайняя неустойчивость температуры в детском возрасте: температура легко повышается часто от незначительных причин. Так, описываются лихорадки от движения, лихорадка от крика (Schreiefieber), лихорадка от жажды (Durstfieber), лихорадка от подвоза больших количеств соли (Salzfieber) и т. п. Филатов, описывая еще в 1899 г. хроническую инфлюенцу, указывал на возможность возникновения длительной субфебрильной температуры вследствие расстройства нервного терморегулирующего центра (термический невроз). Черногубов и его сотрудники видят причину длительного субфебрилитета в сдвиге общей установки организма на новый лад и, в частности, в сдвиге уровня температуры (терморегуляторный невроз); причем поводом для такого сдвига температуры часто может быть какая-нибудь легкая инфекция. Черногубов удачно сравнивает этот сдвиг с переведенными часами: часы идут правильно, нормально, ими можно пользоваться, но они идут, напр., на час вперед. Он говорит, что эта температура не инфекционная, что в остальном здесь все обстоит нормально, но у данного субъекта температура устанавливается на уровне выше обычного. Марцинковский говорит о функциональных изменениях и сдвиге в нервно-эндокринной и психоневротической системах. Гельман также говорит о нервно-сосудистых расстройствах (синдром вегетативной истощаемости), подчеркивая весьма важное обстоятельство, а именно: отсутствие повышения основного обмена при этих субфебрилитетах: «Мы не имеем здесь основного признака, — говорит Гельман, — истинного лихорадочного процесса — повышения теплообразования». Бархаш склонен видеть в субфебрилитете проявление аллергического со-

стояния. Имеется и еще целый ряд объяснений, а вернее, терминов, по существу не раскрывающих нам истинного этиопатогенеза длительных субфебрилитетов, но общее во всех взглядах и самое существенное то, что всеми признается бесспорное существование длительных субфебрилитетов неинфекционного происхождения.

Во всей этой весьма сложной проблеме мы должны разделять два основных вопроса: первый — существует ли действительно субфебрильная температура неинфекционного происхождения и второй — если существует, то как часто встречается. В отношении первого вопроса, мне кажется, в настоящее время можно считать несомненно установленным существование длительного субфебрилитета неинфекционной природы. Я позволю себе привести здесь мнение Яновской (Б. с. тбк, 1934, № 8). Это один из серьезных работников, человек весьма критически настроен к вопросу о субфебрильных температурах, — и она пишет: «Существование затяжной субфебрильной температуры неинфекционного происхождения бесспорный факт. Но в этой группе следует провести резкую грань между б-ными, не только страдающими затяжной субфебрильной температурой, но дающими определенную клиническую картину, обуславливаемую их причинным заболеванием, и здоровыми, имеющими свою индивидуальную температурную кривую, отличающуюся от температуры, которую в настоящее время принято считать нормой». Вот мнение крупного авторитета Дрезеля, который пишет: «Если в настоящее время идут споры о значении вегетативной нервной системы для лихорадки, то дело сводится, главным образом, к вопросу о том, каким именно путем вегетативная нервная система может приводить к повышению температуры. Основной же факт едва ли кем-либо оспаривается». Напомню еще, что такие авторитеты, как Раймонд, Дежерин, Даркшевич признавали «нервную» лихорадку. Следовательно, старая формула, говорящая о том, что всякое повышение температуры свидетельствует о наличии инфекции в организме, отжила свой век. Правда, известный Штрюмпель, на учебнике которого мы все воспитывались, до конца своей жизни не признавал отступления от этой формулы и иронически говорил: «Истинная лихорадка — специальность французская и русская».

Второй вопрос: как часто встречается неинфекционная субфебрильная температура. Я приводил выше данные разных авторов по вопросу о процентном соотношении инфекционного и неинфекционного субфебрилитета, и здесь мы видели очень резкие расхождения (15—90%). Мне кажется, что цифры, приводимые Черногубовым (93,7%) и Марцинковским (80%), требуют к себе осторожного отношения. При внимательном изучении представленных ими материалов в целом ряде случаев можно сделать возражения. Однако, если взять даже наименьшую цифру, приводимую Бархашем (сб. ВЦСПС) — 15% (а автор склонен присоединить к ним еще группу в 20%), то все же получается весьма зна-

чительная цифра (35%), чтобы уделить изучению неинфекционного субфебрилитета серьезное внимание.

Вкратце остановлюсь на возможных объяснениях механизма такого «неврогенного» субфебрилитета. Описаны, например, случаи (Гвильфорд, Тендлау, Леви, Рябов и др.) отсутствия потовых желез у человека, и у таких лиц выпитый стакан горячего чая или физическая работа легко повышают температуру до 39°. Надо полагать, что развитие потовых желез индивидуально может быть весьма различно, и в случаях их слабого развития, естественно, будет затруднена теплоотдача, а это обстоятельство может повести к нарушению терморегуляции, т. е. к повышению температуры. В недавно вышедшей работе (Тер. арх., 1935, вып. 5) Розенблум путем сопоставления температуры кожи и внутри желудка показал, что в ряде случаев субфебрильная температура может обуславливаться перераспределением крови между внутренним и наружным кругом кровообращения. В частности, автор нашел, что «у части б-ных с субфебрильной температурой неясной этиологии температура кожи почти равна или иногда даже выше полостной температуры». (Обычно бывает наоборот). Во втором сообщении (там же) автор делает вывод: «Расстройства кровообращения, связанные с неправильным и неравномерным перераспределением крови, могут быть причиной патологических изменений температуры тела». Эти данные вполне согласуются с предположением некоторых авторов, что «механизм нарушения терморегуляции при генуинных затяжных гипертермиях связан с нервно-сосудистыми расстройствами» (Гельман).

В заключение я позволю себе высказать несколько личных соображений, касающихся линии поведения практического врача в вопросе диагноза, прогноза и определения трудоспособности в случаях эссенциального субфебрилитета. Если, зная о существовании нередких случаев неинфекционного субфебрилитета, не следует необоснованно ставить устрашающих б-ного диагнозов (эндокардит, туберкулез и т. п.), то, с другой стороны, в каждом случае длительного субфебрилитета в первую очередь надо думать все же о возможности какой-либо скрытой общей или фокальной инфекции. Необходимо проводить строгий дифференциальный диагноз, применяя весь арсенал общих и специальных клинических методов исследования (повторное наблюдение, рентген, лабораторные исследования, консультация с различными специалистами). И только исключив в данном случае инфекционную природу субфебрилитета, можно ставить диагноз субфебрилитета эссенциального. Конечно, лучше обследование подобных б-ных производить в условиях стационарной обстановки. Необходимо помнить, что поспешный и неправильный диагноз эссенциального субфебрилитета грозит значительно большими последствиями для б-ного, чем обратная ошибка: можно просмотреть начинающийся туберкулез, хронический сепсис и т. п.

При несомненно установленном диагнозе эссенциального субфебрилитета вопрос о прогнозе и трудоспособности в каждом

отдельном случае должен решаться также весьма осторожно, в зависимости и от других имеющихся симптомов. Не надо забывать, что значительное число лиц с эссенциальным субфебрилитетом является действительно больными, нуждающимися часто в отдыхе, общеукрепляющем лечении или в специальном лечении у невропатолога. В ряде случаев приходится переводить таких лиц на работу в облегченных условиях.

Вопрос о затяжных субфебрилитетах еще далек от окончательного разрешения, необходимо наблюдать и изучать соответствующих б-ных, необходимо изучать всю проблему в целом, принимая во внимание ее большое практическое значение, ибо, как говорит Гельман, «правильная оценка затяжных гипертермий вооружает врача к правильным терапевтическим мероприятиям».

Из лаборатории клинической электрофизиологии (зав. проф. М. А. Киселев) Гос. ин-та усовершенствования врачей им. В. И. Ленина, в Казани.

ВСЕГДА ЛИ ГЛУБОКИЙ ЗУБЕЦ Q ТРЕТЬЕГО ОТВЕДЕНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ «QIII ПАРДИ» ЯВЛЯЕТСЯ ПАТО- ЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ?

Доц. Л. М. Рахлин.

В анализе заболеваний сердечной мышцы электрокардиограмма приобретает все большее и большее значение.

Так, в клинике острых и хронических нарушений коронарного кровообращения диагностика является часто невозможной без помощи электрокардиографии.

Электрокардиограмма в этих случаях позволяет понять и объединить клинические симптомы, неясные сами по себе, в определенный симптомокомплекс того или иного заболевания. Достаточно упомянуть о скрытых инфарктах миокарда. Но вместе с тем встречаются и такие случаи, когда при отсутствии каких-либо других симптомов поражения сердца, получается электрокардиографическая кривая с изменениями, считающимися патологическими.

В этих случаях изменения кривой «токов действия» сердца уже не являются симптомом, хотя бы и «ведущим» в общем симптомокомплексе, а резко расходятся с остальными клиническими данными. Таким «изолированным» электрокардиографическим симптомом явился в нашем материале «второй коронарный симптом» Парди, глубокий зубец Q в третьем отведении.

Появление увеличения первого зубца (Q) желудочкового комплекса электрокардиограммы после инфаркта миокарда отмечалось многими авторами. В частности у нас на это указывал в 1929 г. Гротэль. Заслугой Парди, посвятившего в 1930 г. диагностическому значению глубокого зубца Q специальную работу,