

К вопросу о диагностическом и прогностическом значении длительных субфебрильных температур.

Пр.-доц. Б. С. Бревдо (Н.-Новгород).

Изучение длительных субфебрильных температур имеет большое практическое значение, ибо клиника этих температур весьма мало изучена, мы не знаем генеза этого явления, и в связи с этим наши терапевтические мероприятия у такого рода больных отличаются большой хаотичностью. Воспитанная на представлениях, что субфебрильная температура является почти исключительным проявлением хронической инфекции, наша мысль не хочет мириться с возможностью иного происхождения ее. Имея перед собою больного с длительной субфебрильной температурой, практический врач старается связать ее с какой-нибудь хронической инфекцией, чаще всего с хронической малярией или туберкулезом,—тем более, что жалобы подобного рода больных зачастую легко укладываются в клиническую картину того или другого из этих заболеваний.

Если у больного диагностируется малярия, пускается в ход весь арсенал противомаларийных средств, но обычно без результата. Бесплодными остаются и многочисленные поиски плазмодиев в мазках и толстой капле. Всевозможные методы провокации малярии также ни к чему не приводят. Наконец, терпение и врача, и больного истощается, больной или бросает лечение и остается предоставленным самому себе, или, по предложению врача, направляется в тубдиспансер.

В диспансере наличие длительной субфебрильной температуры при наличии некоторого уплотнения одной из верхушек или выдохе в ней диагностируется, как субкомпенсированный туберкулез I стадии (B_1). Если же легкие оказываются безукоризненно чистыми, то болезнь квалифицируется, как активный туберкулезный бронхоаденит. Больной берется на учет и попечение диспансера. Раньше или позже последний устраивает его в санаторий, или на курорт. Санаторное или курортное лечение часто оказывает некоторое влияние на общее состояние больного, он начинает чувствовать себя бодрее, лучше, но основной симптом болезни—длительная субфебрильная температура—ни в санатории, ни после санаторного лечения не изменяется. Санаторная поправка быстро сходит на нет. Больной остается на учете диспансера, добывается вторичной отправки куда-нибудь, а если это ему не удастся, все же не порывает с диспансером, ибо последний, не в пример малярийной станции, может предоставить ему те или иные льготы, порою очень ценные в настоящее время.

Иногда бывает и так, что больной, отчаявшись в бесплодности диспансерного лечения, возвращается на малярийную станцию. Таков чаще всего у нас путь подобного рода больных: от малярийной станции к диспансеру и обратно. С другой стороны и врачи диспансера, хорошо

помня идеи Ranke, всегда стараются допустить возможность генерализации туберкулезного процесса из quasi-невинного туберкулеза бронхиальных желез и поэтому не упускают таких больных из виду. В итоге наши диспансеры и малярийные станции заполняются большим контингентом больных с длительными субфебрильными температурами. Особенно резко это сказывается на контингенте больных в диспансерах: количество лиц с диагнозом B_1 и tbc бронхиальных желез здесь бывает непропорционально велико. Между тем при длительном наблюдении за такими температурающими больными приходится выносить твердое убеждение, что температура в этих случаях не является инфекционной и не имеет никакого отношения ни к малярии, ни к tbc.

Прежде всего у подобных больных обращает на себя внимание характер температурной кривой,—последняя бывает стойкой, не спадает и не снижается даже при длительном лежании в то время, как температура при легочном туберкулезе обладает большою лабильностью, при хронической же малярии температурная кривая дает иногда внезапные подъемы под влиянием тех или иных провокационных моментов. Второй особенностью подобного рода температур является незначительная разница между утренней и вечерней температурой,—разница эта достигает максимум 0,5 градуса, а чаще всего равняется 0,1, 0,2, 0,3 градуса, причем утренняя температура редко бывает ниже 37° .

За последние четыре года, проработав вначале год на малярийной станции, а затем три года в городском тубдиспансере, я наблюдал много сотен таких температурающих больных, которые квалифицировались нами так же, как и другими врачами, то как хронические малярики, то как страдающие легочным или железистым туберкулезом. В отношении туберкулеза это казалось тем более правдоподобным, что среди этих больных было много таких, которые раньше бывали в тубинститутах или у авторитетных физиологов.

Однако с течением времени у нас стали накапливаться факты, которые заставили нас пересмотреть правильность подобной диагностики. Среди наших больных стали попадаться такие, у которых, хотя клиническая картина болезни вполне укладывалась в понятие туберкулеза бронхиальных желез, но реакции Pirquet и Mantoux получались, у некоторых неизменно, отрицательными. Для иллюстрации приведем одну из таких историй болезней:

Больная Н., 22 лет, по профессии счетовод, девица, обратилась в тубдиспансер 6/VII 1925 г. с жалобами на слабость, головокружение, отсутствие аппетита, бессонницу и поты. Поты бывали не только днем, но и ночью. Кашля и мокроты не было. Наблюдались быстрая утомляемость и раздражительность. Все эти явления стали уже давно беспокоить больную, за последнее же время усилились. По этому поводу она обратилась в амбулаторию, где у нее признали малярию и направили на малярийную станцию. Там исследовали кровь, но ничего не нашли: пробовали лечить впрыскиваниями хинина, но улучшения не наступало, и больные посоветовали обратиться в тубдиспансер. Наследственность—дед со стороны матери был болен туберкулезом. В анамнезе самой больной коклюш и воспаление легких в детстве; менструации с 15 лет, правильные. Объективное исследование дало следующую картину: рост—155 сант., вес—45,1 кило, слизистые и кожные покровы нормальны, со стороны зева, носа, ушей, легких, сердца, органов брюшной полости никаких отклонений от нормы также не найдено. Пульс 84 в минуту, легко возбудимый. Температура до $37,8^{\circ}$, постоянного типа, с колебаниями в 0,3 градуса. Со стороны нервной системы—повышенные сухожильные рефлексы, красный дермографизм. Реакции Pirquet дважды и Mantoux один раз, с чистым ту-

беркулином Косч'a, отрицательные. Моча нормальна. Кровь: Hb 70%, эритроцитов 4,400,000, цветной коэффициент—0,8; лейкоцитов—6,000, из них лимфоцитов 45, моноцитов—7, сегментированных—40, палочковидных—5, эозинофилов—2, РОЭ—м.м. в час. Больная все время находилась под моим наблюдением и не прекращала своей обычной работы. Повторное исследование крови в конце 1926 г. дало те же результаты. Те явления, которые беспокоили больную раньше, выражены теперь в меньшей степени, но основной симптом—температура—остался без изменения.

Следующий случай, который окончился летально и был подвергнут патолого-анатомическому вскрытию, окончательно убедил меня в том, что такие длительные субфебрильные температуры—не инфекционного происхождения и не имеют никакого отношения ни к туберкулезу, ни к малярии. Этот случай в сущности и послужил причиной, почему я решил опубликовать свои наблюдения. История болезни здесь такова:

Больная Т., 25 лет, домашняя прислуга одного из нижегородских врачей, была направлена последним в тубдиспансер 6/III 1925 г. по поводу кашля с мокротой, причем в мокроте наблюдались временами жилки крови. Кашлять больная стала с тех пор, как в 1920 году перенесла испанку; временами кашель исчезает. Кроме кашля больную беспокоят слабость, частые головные боли, отсутствие аппетита и поты. Наследственность—благоприятная. Кроме испанки Т. болела малярией, но из распросов выяснилось, что типичных приступов последней у нее никогда не было, а часто бывает познабливание. Объективное исследование показало, что Т.—женщина среднего телосложения и питания, рост ее—158 сант., вес—53,1 кило, слизистые и кожные покровы без изменений, со стороны легких приглушение перкуторного звука над верхушками, при аускультации рассеянные сухие хрипы. Сердце нормально, пульс 96, удовлетворительного наполнения и напряжения. Органы живота нормальные, селезенка и печень не прощупываются. Температура утренняя 37°—37,3°, вечерняя—37,2°—37,5°. Реакция Pirquet положительная с чистым и 30% разведением туберкулина Косч'a. В мокроте палочек Косч'a при многократных исследованиях на протяжении 2½ лет ни разу обнаружено не было. РОЭ—4 м.м. в час.

В середине 1925 г. больная перешла на службу в тубдиспансер уборщицей. В июне следующего 1926 года она болела в течение 4 дней инфлуенцией, причем температура была значительно повышена, и были явления общего недомогания. 1/XII 1926 г. была отправлена в санаторий «Старая Пустынь», где пробыла два месяца; за время пребывания в санатории прибывала в весе на 3 кило, общее самочувствие улучшилось, но температура не снизилась. В течение 2 лет службы в диспансере не работала только во время инфлуенцы (5 дней) и пребывания в санатории. 4/VIII 1927 г. внезапно заболела,—появились озноб, головная боль, боль в животе, и усилился кашель; температура резко повысилась, несколько раз была рвота. На следующий день была диагностирована крупозная пневмония в нижней доле левого легкого, и больная была отправлена в больницу, куда попала, однако, только 8/VIII. Вечером того же дня больная впала в бредовое состояние и, будучи в уборной, выбросилась из окна второго этажа. При падении произошел перелом правого бедра, и образовались значительные кровоподтеки на руках, на лице и на ягодицах. На правую ногу была наложена гипсовая повязка, больная была переведена в Госпитальную Терапевтическую клинику Нижегородского Университета и попала под мое наблюдение. Пневмония приняла затяжной характер, развились бронхопневмонические явления в нижней доле правого легкого, и больная скончалась 22/VIII при явлениях нарастающей сердечной слабости. Патолого-анатомическое вскрытие (И. И. Сенин) подтвердило клинический диагноз, но ответа на вопрос о причине длительной субфебрильной температуры дать не могло. В легких и железах туберкулезных бугорков макроскопически обнаружено не было.

Этот случай и целый ряд других, попадавших мне в довольно значительном количестве на протяжении последних двух лет, заставили меня критически относиться к диагностической оценке длительных субфебрильных температур. Приходилось искать, помимо длительной t°, еще каких-нибудь объективных данных, характеризующих данный симпто-

комплексе. У женщин наши поиски начались со стороны половой сферы, но они оказались у описываемой группы больных тщетными. Мы искали и другие хронические инфекции (аппендицит, холецистит и другие хронические сепсисы), но также напрасно. В порядке текущей работы стали вырисовываться лишь два довольно постоянных признака: однотипная картина лейкоцитарной формулы и низкие цифры реакции оседания эритроцитов,—при почти нормальном или слегка повышенном общем количестве лейкоцитов, в лейкоцитарной формуле мы имели у больных этого рода значительное увеличение лимфоцитов без сдвига ядра.

Таким образом диагностика означенного симптомокомплекса представлялась весьма нетрудной: ряд неопределенных жалоб, главным образом в виде явлений неустойчивости вегетативной нервной системы, выражавшихся в потах, вазомоторной возбудимости и т. д., при отсутствии объективных данных со стороны всех органов и наличии длительной, стойкой субфебрильной температуры вышеуказанного типа и характерных изменений со стороны крови (лейкоцитарная формула и РОЭ),—не оставлял сомнений в правильности диагноза. Длительное наблюдение обычно подтверждало высказанное предположение. Довольно трудно было дифференцировать разбираемый симптомокомплекс от плевральных форм туберкулеза, подробно описанных в русской литературе В. Хольцманом и Н. Беляевой (Вопросы Туберкулеза, 1925, т. 3, № 5), клиническая картина которых весьма сходна с описываемым симптомокомплексом; в этих случаях вырвали анамнез, наличие физических симптомов адгезивного плеврита и рентгеноскопия. Еще труднее было дифференцировать данный симптомокомплекс в тех случаях, когда, наряду со всеми вышеописанными явлениями его, у больных отмечались какие-нибудь изменения в легких, напоминавшие легочный туберкулез. В этих случаях только длительное наблюдение могло выяснить диагноз. Для иллюстрации приведу следующую историю болезни:

Больной А., 41 года, учитель, был направлен 20/II 1925 г. лечащим врачом в тубдиспансер по поводу туберкулеза легких. Из анамнеза выяснилось, что А. в 1904 г. болел туберкулезом правой верхушки, по поводу чего в течение нескольких месяцев лечился в Крыму. С тех пор считал себя вполне здоровым и ничем никогда не болел вплоть до начала 1925 г., когда простудился и заболел гриппом. Явления общего недомогания при гриппе в несколько дней прошли, остались небольшая слабость и повышение температуры до $37,7^{\circ}$ с суточными колебаниями максимум в $0,5^{\circ}$. Кашля и мокроты нет. Со стороны наследственности—ничего. Больной удовлетворительного телосложения, среднего питания, рост—172 сантиметра, вес—62 кило, в легких приглушение перкуторного звука над правой верхушкой и под ключицей до II ребра, там же резкий выдох с бронхиальным оттенком. Сердце нормально, пульс 76 в минуту, правильный, хорошего наполнения и напряжения, дыханий 20 в 1 мин. Органы пищеварения нормальны, селезенка и печень не прощупываются. Нервная система: оживленные рефлексы, тремор рук. Моча нормальна. Кровь: лейкоцитов 8,400, из них эозинофилов—3%, палочковидных—4%, сегмент.—38,5%, лимф.—49%, моноцитов—4,5%, РОЭ—4 м.м. в час. При исследовании рентгеном потемнение правой верхушки и вуаль левой. Диссеминация соединительнотканых тяжей в различных направлениях. Предполагаемый диагноз—туберкулез В. Больной, будучи чрезвычайно аккуратным и исполнительным, стал дома строго проводить санаторный режим. В течение 4 месяцев он прибыл в вес на $7\frac{1}{2}$ кило, но температура не обнаружила никакой тенденции к снижению. Настроение у него оставалось подавленным, и неизвестно, сколько времени он продолжал бы так следить за собой, если бы жизнь и служба не заставили его вновь взяться за работу. С тех пор прошло $2\frac{1}{2}$ года. Материальное положение больного значительно ухудшилось, питание стало неудовлетворительным, вес упал до 63 кило, но в легких явления остались те же; в частности кашля и мокроты

за все это время не было. Больной все время работал, и за эти 2½ года не было дня, чтобы температура у него была нормальной; но, за исключением этого, за все 2½ года он ничем не болел.

Из этой истории ясно, что субфебрильная температура в данном случае не есть результат предполагаемого легочного тbc, ибо невозможно представить себе легочный активный тbc процесс без движения в ту или другую сторону, в сторону затихания или прогрессирования, а всякое поступательное движение вперед или назад в течение столь длительного времени должно было проявиться усилением или ослаблением если не местных явлений, то, по крайней мере, общих. Ничего подобного мы здесь не видим. Трудно предположить в данном случае и какую-либо другую хроническую инфекцию, ибо она на протяжении 2½ лет не проявилась ни в каких ни местных, ни общих симптомах, ни в субъективных жалобах. Под мое наблюдение нередко попадали подобные случаи, диагностированные, как тbc верхушек, в которых, однако, судя по анамнезу, длительная субфебрильная температура держалась в течение 7—8 лет и более с теми же симптомами, какие описаны были выше.

Из всего вышеизложенного вытекает заключение, что длительные субфебрильные температуры вышеописанного типа, повидимому, могут быть и неинфекционного происхождения. Если допустить, что это так на самом деле и есть, то возникает вопрос о генезе этого явления. К сожалению, весь наш материал был амбулаторный, и подвергнуть его детальному обследованию в силу особенностей амбулаторной работы не представлялось возможным. Приходится говорить только о своих впечатлениях.

Просматривая оставшиеся в моем распоряжении истории болезней, нельзя не обратить внимания на то, что почти во всех случаях были налицо те или иные расстройства вегетативной нервной системы, довольно ярко выделявшиеся на скудном фоне объективных явлений у данной группы больных. Иногда нам приходилось наблюдать у этих последних *pulsus irregularis perpetuus*; в некоторых случаях оказывался налицо симптом *Aschner'a*; в случаях, где было производимо исследование желудочного сока, мы находили зачастую довольно значительную *hyperaciditas*, реже *hypoaciditas*. Поты, посинение рук, *tremor* рук, временами тахикардия—были, далее, обычными явлениями у таких лиц, а субъективные жалобы в виде раздражительности, головных болей, ознобов дополняли объективные данные. Если к этому прибавить лимфоцитоз, который мы находили у этих больных, как постоянное явление, и который обычно бывает при вегетативных неврозах, то не будет странным наше предположение о нарушении вегетативной нервной системы, как о причине описываемой клинической картины.

Вспомнив, что именно вегетативная нервная система является системой, которая ведает терморегуляцией нашего организма, мы признаем высказанное предположение еще более правдоподобным. Так-ли это, или не так,—вопрос будущего. Во всяком случае умение ориентироваться в подобного рода температурных кривых имеет большое практическое значение в нашей повседневной амбулаторной работе, ибо оно дает возможность практическому врачу призадуматься и отличить невинную субфебрильную температуру от серьезной, чреватой последствиями гипертермии.

Когда настоящая работа была уже закончена, я ознакомился с весьма интересной статьей проф. Рубеля по тому же вопросу (Вра-

чебная Газета, 1927 г., №№ 18 и 19). Проф. Рубель воспроизводит с мельчайшими подробностями всю ту клиническую картину, которая заставляла меня задумываться в течение последних двух лет. Однако есть и разница в наших наблюдениях: во-первых, проф. Рубель говорит о субфебрильных температурах исключительно у женщин, у меня же из сохранившихся 82 историй болезней 12, или 15%, относятся к мужчинам; во-вторых, не всегда можно было у нас заметить циклическое течение температурной кривой и связать эту цикличность с менструальным периодом у женщин, как то описывает проф. Рубель. Точно так же не всегда нам приходилось наблюдать, чтобы беременность или период кормления оказывали какое-либо влияние на характер температурной кривой. Приведем для примера пару кратких выдержек из историй болезней.

Больная А., 21 года, девица, по профессии статистик, обратилась в тубдиспансер 21/VIII 1924 г. с жалобами на боли в груди, слабость, отсутствие аппетита, небольшое покашливание, ознобы днем, ночные поты, повышение температуры и посинение конечностей, наступавшее спорадически. Это посинение конечностей нам приходилось неоднократно наблюдать у нее во время приема; оно обычно длилось несколько минут и потом исчезало. Все эти явления беспокоили пациентку уже около 7 месяцев. Во время поголовного обследования всех служащих она пожаловалась на них врачу и последний посоветовал ей померить температуру; к ее удивлению последняя оказалась субфебрильной. Менструации с 15 лет приходят во время и длятся пять дней. Со стороны внутренних органов никаких отклонений от нормы, кроме крайне незначительного увеличения щитовидной железы, нет. Больная долго и упорно лечилась в Нижнем и в Москве, дважды была в санатории, но безрезультатно. Температура у ней, как показали наблюдения, не обнаруживала никакой тенденции к снижению ни перед, ни во время, ни после менструации.

Другой пример относится к больной С., 24 лет, замужней, дочери врача, больной с 1920 года. Лечилась в Алушке и в санатории «Подсолнечное» под Москвой. Дважды была беременна, имеет двух здоровых детей, которых кормила грудью; последние роды в 1924 г. Температура, по словам больной, ни во время беременности, ни во время кормления грудью не снижалась. По утрам она колебалась от 36,9° до 37,4°, по вечерам — от 37,5° до 37,7°.

Таким образом мы видим, что не всегда можно связать эти длительные субфебрильные температуры с циклической функцией яичников, позато у больных всегда имеются те или иные расстройства вегетативной нервной системы. Поэтому я обозначил бы описываемый симптомокомплекс, как вегетативный невроз.

Желание опубликовать наши наблюдения исходило не из стремления дать исчерпывающее объяснение генеза данного симптомокомплекса, — происхождение последнего спорно и неясно, оно требует длительного и детального изучения. Нами руководило желание указать пути диагностики одной из форм длительных субфебрильных температур. Хотелось показать также, что прогностика при этих формах, как то видно из вышеизложенного, благоприятна и не дает права врачу прибегать к экстренным мероприятиям, освобождать больного от его обычной работы и изменять его уклад жизни. Мне хотелось, далее, отметить, что диагноз тbc и хронической малярии у нас ставится слишком часто, и это ведет к нерациональным мероприятиям, выбивает больного из его колеи, нарушает его душевный покой и заполняет санаторные койки неподходящим материалом.