

точника). Двое больных имеют инвалидность третьей группы. Один больной умер спустя 7 лет 8 мес. после операции от туберкулеза оставшейся почки.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гаспарян А. М. Урология, 1955, 2. — 2. Жукова М. Н. Урология, 1958, 1. — 3. Миловидов В. Е. Урология, 1958, 3. — 4. Он же. Урология, 1958, 4. — 5. Фрумкин А. П. Урология, 1957, 3. — 6. Эпштейн И. М. Урология, 1955, 2. — 7. Он же. Урология, 1956, 4.

Поступила 22 января 1959 г.

## ЗАТЯЖНАЯ СУБФЕБРИЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА И ЕЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

*Проф. А. М. Сигал*

(Одесса)

Затяжная субфебрильная температура как симптом имеет большое и в то же время различное клиническое значение. Неправильное истолкование его всегда чревато нежелательными для больного последствиями, так как либо влечет за собой запоздалый диагноз в тех случаях, где требуется своевременная энергичная терапия, либо приводит к так называемой гипердиагностике, то есть постановке несоответствующего более серьезного диагноза с продолжительным отрывом больного от работы, длительным постельным режимом и неизбежной в таких случаях психической и ятрогенной травматизацией.

За последние 30 лет было несколько периодов, когда такую длительную субфебрильную температуру неправильно и односторонне связывали поочередно с тем или иным заболеванием. Так, в 20-х годах после спадения пандемии сыпного и возвратного тифов широко наблюдавшуюся субфебрильную температуру, являвшуюся, как это позже выяснилось, симптомом значительной по своим размерам вспышки туберкулеза легких, относили за счет «хронической малярии». Позже значительно участились и привлекли внимание заболевания септическим и другими формами эндокардитов, хотя затяжную субфебрильную температуру у таких больных продолжали еще некоторое время относить за счет туберкулеза легких. В дальнейшем постановка диагноза эндокардита, базировавшаяся главным образом на симптоме длительной субфебрильной температуры и жалобах больных на неприятные субъективные ощущения со стороны сердца, приняла неоправданно массовый характер. В настоящее время затяжная субфебрильная температура чаще, чем это следовало бы, приводит к безоговорочной постановке диагноза ревмокардита и проч.

Правильное истолкование затяжной субфебрильной температуры долгое время упиралось в дискуссионный когда-то вопрос о возможности повышенной температуры неинфекционного происхождения, то есть не связанной с тем или иным скрытым инфекционным очагом. Еще С. П. Боткин писал об «эссенциальных лихорадках». В настоящее время общепризнанным является взгляд, согласно которому повышенная субфебрильная температура может быть и на почве нарушения терморегуляторных центров, то есть неинфекционного происхождения.

Определение характера затяжных субфебрильных температур, как показывает опыт, нередко представляет большие трудности. Предлагаемая нами методика распознавания природы затяжных гипертермий, выработанная на основании многолетнего опыта, как нам представляется, может облегчить эту задачу. Методика эта включает два этапа: 1) всестороннее углубленное обследование больного, направленное на выявление какого-либо скрытого воспалительного очага (табл. 1); 2) при отсутствии последнего выяснение, в какой мере жалобы и симптоматика соответствуют характеру неврогенных гипертермий (табл. 2).

В табл. 1 помещены лишь заболевания, наиболее часто связанные с очагами дремлющей инфекции и сопровождающиеся длительной субфебрильной температурой, о которых чаще всего приходится думать при постановке дифференциального диагноза. Как известно, субфебрильная температура может наблюдаться и при начальной стадии рака желудка, при пернициозной анемии и мн. др. Однако эти заболевания обладают специфической симптоматикой, и, кроме того, симптом относительно длительной субфебрильной температуры в таких случаях является не основным, а лишь сопровождающим признаком диагностически определившегося уже заболевания. В нашей таблице помечено совершенно необходимое, с нашей точки зрения, указание на обращение к специалисту, причем оно должно носить выборочный характер, сооб-

## Схема распознавания природы затяжных гипертермий

Углубленное всестороннее обследование больного для обнаружения скрытого воспалительного очага

Заболевания	Основные подтверждающие или опровергающие методы исследований (помимо особенностей температуры)
Туберкулез (главным образом, легких) и др. заболевания легких (напр., бронхоэктатическая болезнь)	а) физикальное исследование; б) анализы крови, в частности РОЭ; в) рентгеновское исследование
Ревмокардит: эндокардит (доброкачественный) и подострый миокардит.	а) физикальное исследование; б) сопоставление длительности заболевания с наличием или отсутствием органического клапанного поражения; в) пределы частоты сердечной деятельности; г) дыхательная проба с задержкой дыхания на вдохе и ее влияние на темп сердечной деятельности; клино-ортостатическая проба; д) РОЭ; симптом жгута; е) результаты пирамидоносовой пробы; ж) электрокардиографическое исследование
Тонзиллит (и заболевания придаточных полостей носа)	а) исследование специалистом; б) в сомнительных случаях — пробная тонзиллэктомия
Заболевания гинекологической сферы беременность	Исследование специалистом:
Холецистит (или скрытый ангиохолит)	а) субъективные жалобы и физикальное исследование; б) лабораторные данные; в) дуоденальное зондирование
Кариозные зубы и нагноительные процессы в области корней зубов	Исследование специалистом

разно индивидуальным особенностям случая, например: констатация тонзиллита либо воспалительного гинекологического заболевания, вполне объясняющего субфебрильную температуру. Это не исключает, разумеется, и того, что при неопределенном или отрицательном ответе консультанта ведущему врачу приходится, критически оценивая обстановку, самому принимать меры для более полного обследования.

Скрыто протекающий туберкулез и некоторые другие заболевания легких поставлены на возглавляющее место в таблице не только в силу большой их частоты, но главным образом с той целью, чтобы эта причина субфебрильной температуры при дифференциальной диагностике никогда не выпадала из поля внимания лечащего врача. В сомнительных случаях, например, в молодом возрасте и при астеническом телосложении больного, в семье и среди близких которого имелись больные туберкулезом, следует использовать и направление к специалисту-фтизиатру для периодических контрольных исследований.

Можно безошибочно утверждать, что за вычетом случаев, где длительная субфебрильная температура обусловлена заболеваниями легких, чаще всего практически приходится сталкиваться с необходимостью решать нередко трудную диагностическую альтернативу — «эндокардит», «тонзиллит» или «терморегуляторный невроз», так как больным со всеми перечисленными только что заболеваниями, наряду с субфебрильной температурой, присущи жалобы на неприятные ощущения со стороны сердечной деятельности, а также ряд нервных симптомов, связанных часто с беспокойством, вызванным самим фактом длительно повышенной у них температуры. Что касается РОЭ, то при всех этих заболеваниях она может оставаться в пределах нормы или быть лишь незначительно ускоренной.

При резко увеличенных миндалинах или гнойных пробках, видимых на глаз или появляющихся при их выдавливании из лакун, а также в отношении заболеваний со сравнительно небольшой давностью и начавшихся ангиной такая задача большей частью без труда решается в сторону тонзиллита с соответствующими рекомендациями (тонзиллэктомия). Имеется, впрочем, немало случаев, где миндалины с виду мало подозрительны, и на этом основании консультанты-ларингологи отклоняют показанность к оперативному вмешательству. Однако и в таких случаях, при продолжающей оставаться неясной картине заболевания и пр., терапевту нередко приходится все же проявить известную настойчивость в отношении оперативного вмешательства: нам известны случаи, где небольшие и «невинные» как будто с виду миндалины при их разрезе после удаления оказались пропитанными гноем. Особенно уместна и оправдана такая настойчивость, в частности, в случаях, где у больного уже имеется сформировавшийся порок сердца: здесь удаление инфекционного очага в тонзиллах может предупредить возможность возникновения возвратного эндокардита. Но и помимо сказанного, тонзиллэктомия в ряде случаев показана «ex juvantibus» или для исключения подозреваемого заболевания: например, если после удаления миндалин температура у больного нормализуется, это доказывает, что в данном случае действительно имелся тонзиллит, который и был причиной длительной субфебрильной температуры; отрицательные же ее результаты, как сказано, облегчают дальнейшую постановку диагноза.

Но и после исключения тонзиллита из числа возможных заболеваний решение вопроса о том, идет ли речь об эндокардите или о неврозе с нарушением также и терморегуляции, представляет еще большие затруднения, так как в обоих случаях, наряду с длительной субфебрильной температурой, нередко имеется одновременно ряд схожих как кардиальных, так и нервных симптомов.

Нам приходилось наблюдать множество больных с диагнозом эндокардита, где при субфебрильной температуре, продолжавшейся месяцами, не определялся порок сердца ни клинически, ни рентгенологически (левое предсердие не расширено) или же оставался неизменным имевшийся раньше порок (напр., недостаточность митрального клапана), без присоединения к нему стеноза левого венозного отверстия или недостаточности аортальных клапанов. Общеизвестно, что, помимо эндокардита, поражающего клапаны сердца (вместе с сухожильными нитями или без этого), существует и так называемый паритетальный эндокардит, то есть воспаление эндокарда, выстилающего полости сердца. Встречается он чрезвычайно редко и протекает без шумовых явлений. Но за месяцы продолжающегося заболевания с субфебрильной температурой он не может не распространиться и на клапаны сердца и не дать, следовательно, клинического симптомокомплекса, характерного для клапанного поражения. Поэтому длительная, в течение месяцев, субфебрильная температура при отсутствии сформированного клапанного порока сердца является доводом против отнесения ее за счет эндокардита.

Заслуживает внимания и частота сердечной деятельности, присущая как эндокардиту, так и вегетативной дистонии, протекающей с субфебрильной температурой. Здесь следует иметь в виду, что тахикардия, превышающая 100—110, а тем более и 120 сокращений в минуту, переменчивость темпа сердечной деятельности в различные часы дня или периоды и резко выпадающая клино-ортостатическая проба, то есть разница свыше 10—12 в мин. между частотой пульса в стоячем (сидячем) и лежащем положениях, более характерны для лиц с неустойчивой вегетативной нервной системой, чем для больных с воспалительным процессом в эндокарде, при котором, как правило, наблюдается более умеренный и относительно постоянный темп сердечной деятельности.

Еще в 1934 г. мы обратили внимание на важный дифференциальный признак, отличающий тахикардию на почве эндокардита от тахикардии нейрогенного характера. Заключается он в резком изменении (большей частью, замедлении) темпа сердечной деятельности у лиц с вегетативной дистонией под влиянием нарочито медленного и глубокого вдоха больного с последующей задержкой дыхания и возвращением его к норме в период последующей дыхательной паузы. При воспалительном же процессе в эндокарде, так же как и, например, при выраженном тиреотоксикозе, имеется стойкое и постоянное раздражение симпатической нервной системы и ее окончаний, вследствие чего указанная проба не вызывает никаких сдвигов в темпе сердечной деятельности. За последующие годы мы имели возможность убедиться в большой ценности и пригодности этого признака, который у больного с эндокардитом наблюдается лишь в период затихания процесса. Поэтому мы сочли необходимым обратить на него внимание, включив его в перечень ценных дифференциальнодиагностических признаков между эндокардитом и нейрогенной гипертермией.

Не останавливаясь здесь на РОЭ, имеющей в случаях ее ускорения несомненное диагностическое значение для эндокардита и для отличия его от нейрогенных гипертермий, и на симптоме жгута, характерном обычно лишь для относительно более далеко зашедших и выраженных форм эндокардита, мы считаем необходимым кратко коснуться так называемой «пирамидоносовой пробы», значащейся в нашей таблице. Эта проба Голло пользовалась одно время широким признанием, как дифференцирующая будто во всех случаях инфекционную гипертермию от неинфекционной. Но за последние годы в этом отношении произошла значительная эволюция взглядов —

вплоть до полного отрицания всякого ее значения. Нам представляется, что истина лежит здесь посередине. Проба эта, действительно, не имеет того всеобъемлющего значения, которое ей раньше приписывалось; она, в частности, совершенно не оправдала себя с дифференциальнодиагностической точки зрения, например, при туберкулезе легких, при хронических холециститах и пр.; на субфебрильную температуру при этих заболеваниях она, как и при субфебрилитете неврогенного характера, не оказывает никакого влияния. Однако несколько видоизмененная (те же 1,5 пирамидона в сутки, но не один только день, а в течение нескольких дней кряду) и примененная, например, при эндокардите или подостром миокардите ревматической этиологии, она имеет несомненное значение и полезна при решении диагностической альтернативы — субфебрилитет на почве эндокардита или неврогенных нарушений термических центров: в первом случае температура либо нормализуется, либо заметно снижается<sup>1</sup>.

Что касается субфебрильной температуры, вызываемой подострым ревмокардитом, то, помимо многого из приведенного только что в отношении эндокардита, здесь имеет значение та или иная комбинация патологических черт ЭКГ: сниженный вольтаж во всех стандартных отведениях, патологические зубцы Т в тех или иных отведениях, иногда выраженный зубец Q, удлинение интервала P—Q, расширение желудочкового комплекса QRS, иногда нарушение ритма и др.

Не должен ускользнуть от внимания врача при субфебрилитете и холецистит. Как показывает опыт, не так уж редки случаи, большей частью у женщин в возрасте 25—40 лет, где длительная субфебрильная температура обусловлена именно этим заболеванием. Указанных в таблице 1 (2-й ее графе) несложных методов исследования оказывается в большинстве случаев вполне достаточно для точной постановки этого диагноза и объяснения, следовательно, симптома длительно повышенной температуры.

Необходимо, наконец, остановиться еще на вопросе о так называемом одонтогенном сепсисе как причине затяжной субфебрильной температуры, все еще имеющем своих горячих приверженцев. В свое время им очень увлекался Б. А. Егоров (1930), а в последующие годы — В. А. Вальдман («Латентная одонтогенная инфекция», 1940). Мы нисколько не отрицаем того факта, что кариозные зубы и периостит челюсти могут вызывать повышение температуры; однако такая субфебрильная температура редко бывает столь «затяжной», как при других заболеваниях, о которых здесь идет речь; еще реже такая температура остается долгое время скрытой. Поэтому на основании нашего опыта мы относимся к одонтогенному сепсису как причине затяжной субфебрильной температуры более сдержанно: случаи, благополучно заканчивающиеся вслед за соответствующей хирургической санацией полости рта, исключительно редки. Мы с трудом можем вспомнить 2—3 таких случая, но зато видели немало жертв увлечения этим диагнозом, когда и после энергичного удаления десятка и больше зубов субфебрильная температура оставалась все же неизменной. Таким образом, истинная причина помещения в нашей таблице «нагноительных процессов в области корней зубов» заключается отнюдь не в частоте таких случаев, а главным образом — в предостережении против излишнего увлечения этим моментом. Отметим также здесь, что еще Г. Ф. Лагг (1930), касаясь данного вопроса, также предостерегал против такого «очередного увлечения практической медицины иностранными модами».

Резюмируя данный этап исследования больного с затяжной субфебрильной температурой, следует заключить, что гипертермия может считаться неинфекционного происхождения лишь после исключения перечисленных в таблице 1 заболеваний.

Следующим этапом исследования больного является, как сказано, выяснение, имеются ли при нейрогенной гипертермии также и положительные признаки, ей свойственные, которые мы для краткости изложения сгруппировали в табл. 2.

Большинство приведенных в табл. 2 признаков не требует пояснений. Однако необходимо фиксировать внимание на следующем.

1. Вопрос о возникновении нейрогенной гипертермии обязательно после и в результате инфекции не может считаться решенным. То обстоятельство, что значительное большинство больных отмечает субфебрильную температуру после инфекционного заболевания, не может иметь решающего значения, так как нельзя исключить возможность того, что и до последней инфекции у них имелась постоянного типа субфебрильная температура, которую они не замечали и которая выявлялась лишь впоследствии в результате систематически проводимого измерения температуры не только в острый период инфекции, но и после его окончания. У некоторых же больных, как это указывается в табл. 2, температура всякий раз после инфекции устанавливалась на какой-то срок на субфебрильных цифрах, а затем нормализовалась до следующей инфекции. Следует учесть, что у некоторых больных нейрогенной гипертермией наблюдаются кратковременные относительно более высокие (по сравнению с обычными) подъемы температуры под влиянием волнений, а не инфекции. Поэтому нет оснований настаивать на том, что нейрогенная гипертермия, то есть нарушения

<sup>1</sup> По-видимому, аналогично пирамидоновой пробе при ревматизме может быть использовано как проба применение левомицетина при субфебрильной температуре, подозрительной в отношении хронического холецистита или ангиохолита.



**А. Анамнестические данные:** длительность ее; отсутствие связи или, наоборот, наличие ее, по словам больного, с каким-либо ранее перенесенным заболеванием; устанавливалась ли, в частности, и в прошлом ненормальная температура после окончания такого инфекционного заболевания на относительно длительный срок.

**Б. Особенности температурной кривой:**

1. Со стороны температуры

- а) незначительные колебания ее за сутки;
- б) возможность кратковременных подъемов ее под влиянием волнений;
- в) снижение ее накануне, в период менструации и в ряде случаев также в течение нескольких дней после нее;
- г) наличие большей частью подмышечной термоасимметрии;
- д) неэффективность при ней пирамидоновой пробы (см. выше).

2. Расхождение между имеющейся субфебрильной температурой и нормальной РОЭ.

3. Наличие у этого рода больных различных симптомов и признаков вегетативно-нервной дистонии.

4. Удовлетворительное в большинстве случаев самочувствие и внешний вид таких больных.

терморегуляторных центров, всегда является следствием инфекционных влияний: эти нарушения могут быть и на почве присущей тому или иному лицу неустойчивости этих центров под влиянием нейровегетативных и эндокринных влияний.

2. В подавляющем большинстве случаев нейрогенная гипертермия наблюдается у женщин (по нашим данным в 95%, а по данным Н. А. Толубеевой — в 91,5% случаев). У многих удается подметить чрезвычайно характерный для нейрогенных гипертермий признак: изменения температурной кривой в предменструальные и в менструальные дни. Г. Ф. Ланг упоминал о предменструальном повышении температуры. Согласно нашему опыту, в очень многих, но не во всех случаях затяжного субфебрилитета температура в период месячных либо нормализуется, либо, во всяком случае, снижается на 3—4 десятых, по сравнению с обычной для данной больной. Поэтому, если проследить за этим симптомом и он оказывается у больной наличием, этот признак отчетливо аргументирует в пользу эндокринно-нейрогенной гипертермии; однако отсутствие его не дает еще права исключить ее.

3. Необходимо, в заключение, подчеркнуть еще большое значение признака стойкого расхождения между повышенной температурой и нормальной РОЭ (и белой кровью), что в сумме других признаков является доказательством субфебрильной температуры неинфекционного происхождения.

Приведенная методика исследования больного с затяжной субфебрильной температурой и оценка различных сопровождающих признаков должны способствовать распознаванию двух основных форм длительной субфебрильной температуры — инфекционной и неинфекционной — нейрогенной.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Антонова Л. Т. Клин. мед., 1954, 8.—2. Вальдман В. А. Затяжные гипертермии и латентные инфекции. Л., 1949.—3. Егоров Б. А. Сердце и гриппозное воспаление зубов и миндалин. М., 1930.—4. Ланг Г. Ф. Сб. «Ошибки в диагностике и терапии», под ред. С. А. Бруштейна. М.—Л., 1930.—5. Сигал А. М. Клин. мед., 1934, 1.—6. Толубеева Н. А. Клин. мед., 1955, 12.

Поступила 11 августа 1959 г.

## МЕЗОКАРДИАЛЬНАЯ ТОЧКА АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА

Проф. С. Ф. Олейник

(Львов)

Из всех наиболее простых способов исследования сердца аускультация дает более верное представление о характере сердечного порока. По изменению шумов сердца в определенной мере можно судить и о течении патологического процесса в мио- и эндокарде. Все это обязывает