

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. Клиническое исследование, 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. Клиническое исследование, 1934, 1. — 6. Толубеева Н. А. Клиническое исследование, 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

врача тщательно аускультировать сердечных больных, чтобы уловить важные в диагностическом отношении особенности тонов и шумов сердца.

Как известно, сердце выслушивается прежде всего в четырех основных точках: 1) у верхушки — левый желудочек; 2) во втором межреберье справа у грудины — аорта; 3) во втором межреберье слева у грудины — легочная артерия и 4) на мечевидном отростке — правый желудочек.

Кроме того, описан ряд дополнительных точек. Еще в 1867 г. С. П. Боткин обратил внимание на точку у места прикрепления 3-го левого ребра или в третьем межреберье у грудины, где лучше всего выслушивается шум начальной недостаточности аортальных клапанов. Эта точка Боткина является пятой. В некоторых случаях аортальной недостаточности диастолический шум бывает хорошо слышен несколько снаружи от точки Боткина, по левой парастернальной линии — в точке Эрба. Иногда место в третьем левом межреберье у грудины, обнимающее обе эти точки, называется точкой Боткина—Эрба; оно почти соответствует проекции аортального клапанного аппарата на переднюю грудную стенку.

В 1868 г. немецкий клиницист Б. Наунин описал точку, в которой хорошо выслушивается систолический шум недостаточности митрального клапана. Точка Наунина именуется шестой и находится несколько выше точки Боткина — во втором межреберье слева у грудины (у верхнего края 3-го ребра). Хорошая проводимость митрального систолического шума в эту точку объясняется тем, что он возникает под ней в левом предсердии.

Недавно, в 1949 г., Ц. А. Левина описала еще одну точку аускультации сердца — на мечевидном отростке (на 2—3 см ниже тела грудины). При опущении сердца, его гипертрофии, дилатации правого желудочка в точке Левиной лучше всего определяются звуки трехстворчатого клапана, в том числе и шумы. Эту точку аускультации сердца мы именуем седьмой.

Кроме семи указанных, сердечные шумы успешно выслушиваются и в иных местах. Так, систолический аортальный шум часто имеет наибольшую громкость при выслушивании его на дне яремной ямки и несколько слабее — на шейных сосудах. Особенно это заметно у людей с деформированной грудной клеткой, у которых аорта отходит от грудной стенки в точке обычного ее выслушивания. Подобное явление часто наблюдается и у пожилых людей.

При аускультативном исследовании сердечных (преимущественно с пороками сердца) больных, у которых выслушивались шумы сердца, наше внимание привлекла мезокардиальная область. В последней некоторые сердечные шумы иногда бывали особенно громкими и четкими. Точкой наибольшей громкости шумов является четвертое (иногда пятое, при значительном расширении сердца) межреберье в месте пересечения с левой окологрудинной линией. В зависимости от степени увеличения сердца эта точка несколько смещалась влево, но не дальше, чем за левую срединно-ключичную линию.

Из исследованных нами 250 сердечных больных у 42 найдена преимущественная слышимость сердечных шумов в мезокардиальной точке. В основном это относится к систолическому митральному шуму при комбинированном пороке. Так, из 42 указанных больных наиболее громкий в этой точке систолический митральный шум наблюдался у 36, протодиастолический митральный — у 9 (одновременно с систолическим — у 5), мезодиастолический — у 1, пресистолический — у 1, аортальный систолический — у 1. Какой-либо связи такого проведения шумов с полом, возрастом, степенью недостаточности кровообращения, частотой пульса, высотой АД — не выявлено.

Поражение сердечных клапанов у этих 42 больных было следующим: недостаточность митрального клапана — у 6, комбинированный митральный порок — у 35 и недостаточность аортальных клапанов — у 1. У всех отмечалась митральная конфигурация сердца с большим или меньшим смещением границ его тупости вправо, вверх и влево.

В мезокардиальной точке систолический шум бывает громче, он здесь обычно более четко выслушивается, нередко имеет более высокий тембр — шипящий, с оттенком писка и др. Мы заметили, что так называемые «музыкальные шумы», как правило, выслушиваются именно в этой точке.

Из 74 чел., которые страдали недостаточностью митрального клапана, только у 6 из них систолический шум проводился в мезокардиальную точку. Из 120 больных комбинированным митральным пороком систолический шум отмечался у 106, в указанную точку он проводился только у 35 чел. Для этих больных характерно, что у них преобладали явления стеноза, и обычно сердце было больше расширено влево. Таких больных имеется немного, так как при преваливании стеноза характерным считается небольшое расширение сердца влево.

Нам представляется, что причина хорошей проводимости в мезокардиальную точку митрального систолического, а изредка — и диастолических шумов лежит в особенностях анатомического строения передней стенки левого желудочка, характере поражения митрального клапанного аппарата при пороках сердца и в особенностях изменения топических соотношений структур сердца при его расширении.

Анатомической особенностью является тот факт, что к передней стенке левого желудочка прикрепляется передняя сосочковая мышца, связанная посредством сухожильных нитей со створками митрального клапана. По этим нитям, а также по сосочковой мышце вибрации створок митрального клапана легко передаются на переднюю стенку левого желудочка и хорошо выслушиваются у основания передней сосочковой мышцы¹. При нормальных размерах сердца передняя сосочковая мышца прикрепляется по существу к передне-боковой стенке левого желудочка.

При гипертрофии и расширении левого желудочка передне-боковая стенка, к которой своим основанием прикрепляется сосочковая мышца, приподнимается вверх и непосредственно касается грудной стенки. Далее происходит некоторый поворот сердца слева направо, край левого желудочка смещается кпереди, край правого — кзади. Это приводит к смещению внутрь (вправо) места прикрепления передней сосочковой мышцы к стенке левого желудочка. Проекция основания сосочковой мышцы падает на мезокардиальную точку, сюда и проводятся хорошо систолические шумы. При одновременной гипертрофии и правого сердца левый желудочек несколько отодвигается влево, поэтому мезокардиальная точка также может смещаться несколько влево. При расширении полости левого желудочка происходит дилатация всех отделов его стенки, в том числе и участка между межжелудочковой перегородкой и сосочковой мышцей. Это может, в свою очередь, приводить к небольшому смещению точки влево. Игруют определенную роль индивидуальные особенности строения сердца. Но, в общем, мезокардиальная точка наибольшей громкости систолического митрального шума не смещается влево далее, чем до левой срединно-ключичной линии.

Систолический митральный шум является признаком недостаточности митрального клапана. Возникает он в левом предсердии, в месте завихрения ретроградной струи крови.

Почему же при чистой недостаточности этого клапана шум редко проводится в мезокардиальную точку? Причину данного явления мы усматриваем в том, что при комбинированном пороке имеется более грубое поражение створок и сухожильных нитей митрального клапана. При недостаточных, но сравнительно гладких створках звуковые колебания возникают в крови (турбулентный шум), они и слышны лучше в точке Наунина — над предсердием. При грубом поражении клапана створки так же начинают принимать участие в звуковых колебаниях (тканевой шум), и эти колебания по сухожильным нитям хорошо передаются на сосочковую мышцу, а далее — в мезокардиальную точку.

¹ Кстати, на этом принципе хорошей передачи звука по натянутой нитке построена известная игрушка — «детский телефон».

В последнее время, преимущественно хирурги, обращают особое внимание на внутрижелудочковое образование митрального систолического шума при комбинированном пороке или стенозе левого венозного отверстия. Этот систолический шум именуется хордальным, его образование как раз объясняется вибрацией деформированных сухожильных нитей и завихрениями крови при ее протекании между ними во время систолы. Шум этот и выявляется в случаях выраженной деформации хорд, то есть при тяжелом поражении клапанного аппарата со стенозом или преимущественным стенозом левого венозного отверстия. Тот факт, что музыкальные шумы, имеющие, в основном, хордальное происхождение, слышны лучше всего в мезокардиальной точке, косвенно подтверждает реальность указанного механизма образования внутрижелудочковых систолических шумов.

Таким образом, проведение систолического митрального шума в мезокардиальную точку свидетельствует о значительной деформации митрального клапанного аппарата (в частности, сухожильных нитей) и в большинстве случаев — о сужении клапанного отверстия.

Интересно, что наподобие систолического митрального диастолический аортальный шум вначале также лучше выслушивается в точке Боткина, а при более глубоком поражении аортального клапанного аппарата — ниже, в мезокардиальной области или у верхушки.

Наконец, наблюдаемое изредка усиление в этой точке и диастолических митральных шумов можно объяснить тем, что струя крови, идущая во время диастолы из левого предсердия в желудочек, на своем пути встречает сосочковую мышцу и деформированные сухожильные нити, почему возникающий при этом диастолический шум и проводится в указанную точку. Деформация митрального клапанного отверстия не всегда бывает такой, чтобы струя крови направлялась на переднюю сосочковую мышцу; чаще кровь направляется посередине полости к верхушке сердца. Поэтому диастолические шумы обычно слышны именно в области верхушечного толчка.

Мезокардиальную точку можно было бы назвать восьмой точкой выслушивания сердца. Выслушивание аортальных шумов в яремной ямке можно именовать девятой точкой.

Помня о существовании девяти точек при выслушивании сердца, врач, естественно, будет стремиться к сопоставлению звуков сердца во всех этих точках, повышая тем самым диагностические возможности аускультации сердца.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боткин С. П. Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции. Медгиз, М., 1950, т. I. — 2. Левина Ц. А. Врач. дело, 1949, 5. — 3. Мясников А. Л. Основы диагностики и частной патологии (пропедевтика) внутренних болезней. Медгиз, М., 1951. — 4. Образцов В. П. Изб. тр., Киев, 1950. — 5. Остроумов А. А. Изб. тр. Медгиз, М., 1950. — 6. Стражеско Н. Д. Непосредственное выслушивание сердца и сосудов. Киев, 1950. — 7. Weissler W. Wiener Ztschr. innere Med. u. ihre Grenzgebiete, 1950, 11.

Поступила 20 ноября 1959 г.

ЛЕЧЕНИЕ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВНУТРИВЕННЫМИ КАПЕЛЬНЫМИ ВЛИВАНИЯМИ НОВОКАИНА

Канд. мед. наук И. М. Гринвальд

Больница № 13 (главврач — В. В. Богословская, научный руководитель — проф. А. И. Гефтер) медсанчасти Горьковского автозавода

Важная и многообразная роль нервной системы в происхождении коронарной недостаточности позволяет предполагать, что внутривенное введение новокаина должно оказывать нормализующее влияние на патологические реакции венечных