

Из ак.-гин. клиники 3 ММИ (дир. проф. А. И. Близнянская).

Клиника послеродового периода, протекающего с субфебрильной температурой.

К. Н. Цуцульковская.

Большинство советских и зарубежных авторов полагает, что поднятие температуры в послеродовом периоде до $37,5$ и даже до $37,9^{\circ}$ признаком заболевания считаться не может и все подобные роженицы должны быть отнесены в рубрику нормально проводивших свой послеродовой период. Здесь, конечно, речь идет о тех случаях, когда субфебрильная температура не может быть объяснена наличием в организме родильницы каких-либо патологических процессов экстрагенитального характера (свежих или обострением существовавших до родов). Сюда также не относятся женщины с хроническими заболеваниями половой сферы, у которых роды, даже совершенно нормальные, вызвали незначительное обострение имевшегося раньше процесса. Таким образом остается группа родильниц (примерно $8-10\%$), у которых послеродовой период характеризуется „необъяснимым“ на первый взгляд кратковременным субфебрилитетом. Изучение этих случаев позволяет нам, однако, внести некоторые коррективы по данному вопросу.

Наш материал состоит из 80 родильниц с субфебрильной температурой и 20 с нормальной. В целях подбора „чистого“ материала исключены все родильницы с малейшими отклонениями в течении беременности и родов, все случаи, в анамнезе которых имелся субфебрилитет, воспалительные заболевания женской половой сферы, ревматизм, кариозные зубы, не задолго до беременности перенесенные инфекционные заболевания. Все женщины подвергались тщательному изучению с привлечением соответствующих специалистов в целях исключения всех моментов, дающих возможность рассматривать их как причину субфебрильной температуры.

По характеру температурных кривых наш материал оказалось возможным разбить на 3 группы. В первой группе характерной особенностью температурной кривой является ее монотонность. Это температура по преимуществу $36,7-36,8^{\circ}$ по утрам и $37,2-37,3^{\circ}$ по вечерам. При двухчасовом измерении она дает довольно большие скачки до $37,6-37,8^{\circ}$.

Температурная кривая второй группы представляется в следующем виде: обычно она остается в пределах нормы до 3-го или даже 4-го дня после родов, затем поднимается до субфебрильных цифр, но несколько выше чем в первой группе и дает очень небольшие размахи утренней и вечерней температуры до $0,2-0,3^{\circ}$. На цифрах — утром $37,2-37,3^{\circ}$, вечером $37,5-37,6^{\circ}$ — она остается 2—3 дня, затем спускается до нормальных цифр с тем, однако, чтобы через 2—3 дня снова дать такую же волну, с таким же или меньшими размахами. На субфебрильных цифрах

она снова держится несколько дней и снова спускается до нормы. Двухчасовое измерение дает такие же повышения, как и в первой группе.

Третья группа температурных кривых характерна своей атипичностью. Чаще всего она начинается с первых же дней, бывает субфебрильной 2—3 раза, спускается до нормы, далее дает единичные подъемы до 37,6—37,9°, снова спускается до нормы, дает довольно большие размахи в течение дня в один градус, или даже с десятыми долями.

Двухчасовое измерение имеет такой же характер, как и в первых двух группах. Пульс соответствует температуре.

В первой группе было 28 чел., из них 18 первородивших и 10 повторнородивших. В группе повторнородивших потужной период продолжался 5—25 минут.

Преждевременного отхождения вод на нашем материале не было.

Длительность родов не превышала обычных сроков. Вес ребят в группе первородивших колебался от 2800, при длине 49 см до 3440 г при длине 52 см. Повторнородившие дают приблизительно такие же цифры веса и длины ребят.

Для оценки течения послеродового периода весьма актуальным показателем является кровопотеря. Последняя измерялась в каждом отдельном случае путем взвешивания биде, подставляемого (подкладываемого) под родильницу тотчас же после родов и удаляемого при рождении последа. У первородящих кровопотеря в послеродовом периоде колебалась от 100 до 400 см³, у повторнородящих от 100 до 310 см³, т. е. в количествах, не превышающих физиологических границ. Лохии у первородивших в большинстве случаев представляли следующую картину: имея в первые три—четыре дня чисто кровянистый характер, будучи не очень обильными и жидкими, они уже с четвертого—пятого дня становятся серозно-кровянистыми, но изредка, при продолжающейся субфебрильной температуре, они в различные дни снова делаются кровянистыми, иногда в них появляются и сгустки крови. У повторнородивших кровянистые выделения длятся несколько дальше, до 5—6 дней. В дальнейшем они ничем от лохий первородивших не отличаются.

Инволюция матки: абсолютные размеры матки не имеют существенного значения, так как они различны и зависят от индивидуальных особенностей женщины. Показательным является ход постепенного уменьшения ее день за днем. Принято считать, что матка сокращается, примерно, на 1—1,5 см в день, причем наиболее интенсивно она сокращается в первые дни после родов, к 9—12-му дню дно матки при наружном исследовании над лоном не определяется. Если графически изобразить ход инволюции матки в неосложненном послеродовом периоде, то придется нарисовать довольно правильную отлогую линию; родильниц же с субфебрильной температурой и в частности в первой разбиваемой группе ход кривой сокращения матки ступенеобразный и часто дает, в течение 2—3 дней, горизонтальную линию

Обычно на самостоятельную болезненность внизу живота больные не жалуются, однако при глубокой пальпации матки они ощущают болезненность в этом месте.

При внутреннем исследовании, которые мы производили на 6—8-й день после родов и перед выпиской, мы констатировали: шейка не всегда сформирована, наружный зев приоткрыт, пропускает палец. Матка увеличена соответственно 8—10 неделям беременности и болезненна в некоторых участках. Придатки в большинстве случаев не увеличены. Все родильницы этой группы выписывались обычно на 10—13-й день после родов.

Во второй группе, имеющей волнообразный характер температурной кривой, мы имеем 26 родильниц, из которых первородивших было 50%. Длительность потужного периода у первородивших не превышала 1 часа 30 мин., у повторнородивших 45 минут и только в одном случае продолжалась 2 часа. Вес ребят этой группы родильниц колебался в довольно широких пределах: от 2500—при длине 46 см до 4060 г, при длине 53 см. Кровопотеря в последовом периоде в группе первородивших колебалась от 120 до 460 см³, в группе повторнородивших — от 100 до 800 см³. Такую значительную кровопотерю дали 2 женщины, одна рожавшая 9-й раз, другая 8-й. Последы выделились самостоятельно. Характер лохий мало отличается от характера лохий родильниц первой группы.

Инволюция матки имеет свои особенности, резко бросающиеся в глаза при внимательном осмотре. Будучи к концу первых суток не выше 14—15 см над симфизом, матка в течение первых 1—2 дней сокращается совершенно нормально, т. е. на 1 см в день, но уже с 3-го, иногда с 2-го дня сокращение матки начинает отставать (часто это отставание совпадает с подъемом температуры) или даже приостанавливается. Остановка в инволюции матки вызывает у врача естественный рефлекс — назначение средств, сокращающих матку. После приема этих средств отмечается незначительное сокращение матки, и без дальнейшего подстегивания ее мы снова получаем остановку в обратном развитии. Если характер инволюции матки изобразить графически, то в первые 2—3 дня отмечается отвесная, отлогая линия, которая уже на 3—4-й день переходит в горизонтальную, оставаясь такой в течение нескольких дней, и только после дачи сокращающих матку средств кривая сокращения матки начинает принимать ступенеобразный характер. Проводя в клинике 10, 13, 16 дней эта группа родильниц выписывается со стоянием матки не ниже 9—11 см над симфизом. У этой группы родильниц иногда отмечается спонтанная, неопределенная болезненность внизу живота, иногда в пахах, или, как часто очень образно выражаются сами родильницы, „они чувствуют свою матку“ независимо от кормления. При внутреннем исследовании мы гораздо реже, чем в первой группе, констатируем полностью сформированную шейку. Матка увеличена, местами мягковата (в дне, либо на задней или передней стенке). Этот участок и вызывает при пальпации довольно резкую болезненность. Величина

матки перед выпиской при внутреннем исследовании соответствует 7—9 неделям беременности, в единичных случаях она достигает и величины 11—12 недель беременности.

В третью группу вошло 26 родильниц, которые имели вышеуказанную атипическую температуру. В этой группе было 17 первородящих и 9 повторнородящих. Наибольший вес ребенка в группе первородящих 3640 при длине 50 см, в группе повторнородящих—3720 при длине 51 см.

Кровопотеря в группе первородящих колебалась в пределах 100—300 см³, в группе повторнородящих в пределах 160—500 см³.

Лохии значительно дольше чем в других группах остаются кровянистыми. Теряя свой кровянистый характер они часто приобретают не серозный, а серозно-гноевидный, или даже чисто гноной.

Что касается инволюции матки, то мы можем наблюдать в этой группе самые разнообразные картины. Либо в первые 2—3 дня кривая сокращения матки идет нормально, в дальнейшем сокращения происходят неравномерно и только под воздействием сокращающих матку средств. Либо, наоборот, матка не сокращается в первые дни, несмотря на дачу сокращающих средств, и только в дальнейшем на 4—5—6-й день она начинает сокращаться. Родильницы иногда жалуются на болезненность внизу живота и в пахах. При глубокой пальпации снаружи почти вся матка болезненна, а иногда болезненность резче определяется по ребрам матки. При внутреннем исследовании мы находим: недостаточно сформированную шейку, наружный зев, как правило, пропускает палец. Матка, увеличенная до различных сроков беременности (8—10—11 недель) тестоватой консистенции, болезненность может быть разлитой, либо отмечается в определенном участке, чаще всего в дне; но и на других участках тела матки (на передней или задней стенке) имеются отдельные участки пастозные и болезненные. Придатки не определяются, но область их чувствительна. В единичных случаях удается констатировать пульсирующий сосуд, отходящий от матки на уровне внутреннего зева или несколько выше его. Выписка этих родильниц происходит примерно на 13—17-й день, и выписываются они с высотой стояния дна матки, превышающей норму на 3—4 см.

Таким образом, несмотря на то, что всех этих женщин можно объединить в одну нозологическую группу: послеродовой период с субфебрильной температурой, мы при внимательном изучении находим различные варианты как самой субфебрильной температуры, так и клинического течения послеродового периода.

Одним из показателей состояния организма являются морфологические свойства крови. Исследование крови у каждой из обследуемых родильниц мы проводили не меньше двух раз; в основном—в начале наблюдения и перед выпиской. Иногда кровь исследовалась дополнительно в процессе наблюдения за больной. В литературе мы находим указания, что в нормальном послеродовом периоде морфологический состав крови при

физиологическом течении родов не дает типичных изменений (Фейгель, Скробанский). Отмечается только умеренный лейкоцитоз, с преобладанием нейтрофилов и несколько ускоренная реакция соединения эритроцитов (до 35—40 мм по Панченкову).

Наши данные несколько отличны.

Пркти во всех наших случаях обращает на себя внимание значительное ускорение реакции оседания эритроцитов.

Характер послеродового периода	Реакция оседания эритроцитов по Панченкову.					
	Число случаев.	21—30	31—40	41—50	51—60	61 и выше.
Субфебрильные родильницы 1 группы	28	1/7	13/7	9/11	5/3	—
II группы	26	3/6	7/7	8/8	6/4	2/1
III группы	26	—	9/6	10/17	7/3	—
Здоровые	20	7/11	12/8	0/1	1/0	—

Примечание: Числитель означает число случаев при первом исследовании, знаменатель—при втором.

Из таблицы видно, что РОЭ в группе здоровых родильниц не дает цифр выше 31—40 м/м; в третьей группе самые низкие показатели РОЭ 31—40 м/м и доходят до 50—60; при втором исследовании число женщин с такими показателями уменьшается, за то резко повышается число родильниц с РОЭ 41—50 м/м.

Гемоглобин дает колебания в пределах 50—80% до 91%; в двух случаях мы нашли процент гемоглобина равным 40 и 42 при кровопотере во время родов в 800 см³, в четырех случаях 39—40% при незначительной кровопотере во время родов, т. е. процентное содержание гемоглобина не выходит за физиологические границы. Во всех случаях цветной показатель также давал нормальные цифры. Эритроциты никаких отклонений от нормы не давали.

Переходя к разбору белой крови (по Шиллингу), мы можем отметить умеренный лейкоцитоз в пределах 8000—10000 в первых двух группах. В третьей группе в 6 случаях из 26 отмечен лейкоцитоз выше 10000. Наивысший лейкоцитоз в этой группе был 16500. В группе здоровых родильниц лейкоцитоз был на уровне 6—8 тыс. В формуле белой крови отмечается умеренный сдвиг за счет нейтрофильной группы. Появления юных форм мы не наблюдали. В небольшом проценте случаев отмечается нерезко выраженный моноцитоз. Следовательно, по картине крови мы можем допустить, что у данных женщин имеется нерезко выраженный воспалительный процесс.

Моча никаких отклонений от нормы не давала.

Отправления желудочно-кишечного тракта после родов часто бывали нарушенными. Эти нарушения вызываются рядом обстоятельств: сдавление кишечника беременной маткой и вследствие этого понижение возбудимости его после родов, ослабление брюшного пресса, характер пищи и т. д. Однако все эти явле-

ния быстро ликвидируются, и уже на 3-й день после родов в 40% случаев наблюдается самостоятельное действие кишечника (Шепетинская и Бутаков). Утверждения старых авторов о том, что скопления каловых масс в нижнем отрезке кишечника вызывает лихорадочное состояние, мы отрицаем, но тот факт, что эти скопления могут обуславливать сдавления внутреннего зева и тем самым препятствовать выделению лохий, надо принимать в расчет, и поэтому о таких, казалось бы, „физиологических запорах“ в первые дни после родов необходимо все-таки думать.

Если сравнить все группы наших родильниц с субфебрильной температурой в послеродовом периоде с контрольной группой (здоровые), то мы никакой разницы в отпавлении кишечника у здоровых и больных не найдем. Часть тех и других родильниц в первые дни после родов нуждалась в назначении слабительных, иногда в течение нескольких дней.

Наблюдения за большим количеством родильниц показали, что нагрубание грудей, иногда настолько значительное, что родильница ощущает боль не только в нагрубевшей грудной железе, но и в соответствующем плече, которое бывает трудно повернуть, проходит без всякого влияния на температурную кривую, в других же случаях очень умеренное нагрубание грудей уже дает повышенную температуру. Если даже стать на точку зрения некоторых авторов (Штекель), что „легкие повышения“ температуры у родильниц могут происходить вследствие обратной резорбции молока, то надо признать, что эти „легкие повышения“ едва ли могут быть улавливаемы при обычном измерении температуры. Причины же повышения температуры на 3—4-й день после родов, которые в известном смысле являются критическими для родильниц, надо искать не в молочной лихорадке, а в том инфекционном процессе, который к этому времени начинает разыгрываться в половом аппарате родильницы. В обследуемых группах родильниц, так же как и в контрольной, мы могли наблюдать умеренное или даже значительное нагрубание грудных желез на 3-й, 4-й день после родов, иногда сопровождающееся болезненностью, однако очень быстро ликвидирующееся. Связать это нагрубание грудей с наблюдающейся температурой, которая, кстати, не меняла своего характера при ликвидации нагрубания, мы никогда не считали возможным.

Общее самочувствие родильницы является показательным для оценки ее состояния. Субфебрильная температура переносилась родильницами легко. В первые дни они бывали в ровном, покойном настроении, изредка жалуясь на болезненность внизу живота и в пахах, расценивая свое состояние как „неизбежность“. Продолжая оставаться в клинике после выписки их соседок, поступивших вместе с ними, они приходили в легкое уныние, но в общем состояние их все время оставалось удовлетворительным.

Во внутренних органах (сердце, легкие, печень, селезенка) мы никаких отклонений от нормы отметить не могли. Кровяное

давление во всех случаях так же нормально.

Изучая с различных точек зрения этиологию подобных субфебрильных состояний, мы пришли к заключению, что эта температура вызывается инфекционным началом, попавшим на внутреннюю поверхность матки и здесь нашедшим оптимальные условия для своего развития. В результате создается воспалительный инфекционный процесс внутренней поверхности послеродовой матки различной степени интенсивности, отчего и зависит различная клиническая картина. Этот процесс мы предлагаем называть *metro—endometritis superficialis*.

Лечение: Первое место в арсенале лечебных мероприятий должно быть отведено покою: запрещались занятия физкультурой, так же как и всякие активные движения. При жалобах на боли внизу живота, или в пахах, либо при объективно определяемой плохой сократительной способности матки, увеличении количества и изменения качества лохий, больным назначался лед на живот. Из медикаментозных средств, обладающих тонизирующими свойствами и вызывающих сокращения матки, назначаются хинин и повторные инъекции питуикрина. К наркотикам прибегать не приходится. К общим мероприятиям мы относим достаточное проветривание палат, правильный уход за родильницей и достаточное питание ее. Пища должна быть приятна, калорийна и витаминозна. В качестве средства, неспецифически усиливающего защитные реакции организма, нами применялась аутогемотерапия по обычной методике. Впрыскивания производились с интервалами в 2 дня, чаще всего 2 раза. Реакция как местная, так и общая отсутствовала, в единичных случаях отмечается после инъекции повышение температуры на 0,2—0,3 градуса, без ухудшения общего самочувствия. Эффект от лечения вполне благоприятный. Температура снижалась, уменьшалось количество выделений, состояние женщины улучшалось и во многих случаях не приходилось прибегать к дополнительной терапии. В случаях так называемый 3-й группы аутогемотерпии комбинируется с внутривенным вливанием уротропина (1—2 раза по 5 см³ с промежутками в 2—3 дня). Все эти средства оказываются вполне достаточными и полностью достигающими цели. Мы здесь хотим подчеркнуть, что все родильницы с субфебрильной температурой должны рассматриваться как больные. Все такие больные должны во время пребывания в стационаре подвергаться соответствующим терапевтическим мероприятиям, а после выписки они должны находиться на особом учете в консультациях.

Поступила в ред. 5.VI.1938.