

К вопросу о туберкулезе гортани у беременных.

Д-ра А. А. Благодарова.

Сочетание заболевания туберкулезом гортани с беременностью, при довольно широком распространении бугорчатки дыхательных органов вообще, встречается все же не так часто. По статистике Монскеберга на 40,000 беременных,—среди которых было 300 с туберкулезом легких,—прошедших через акушерские клиники, число больных туберкулезом гортани оказалось всего 18. При довольно большом материале Красноярского Городского Родильного Дома, за последние годы под наше наблюдение попало всего 2 случая этого рода.

Встречаясь довольно редко, туберкулез гортани является заболеванием, чрезвычайно вредное влияние беременности на которое получило всеобщее признание с тех пор, как Hofbauer впервые указал на это, а Küttner, в 1901 году, выдвинул этот вопрос. Такое влияние совершенно понятно: Hofbauer при гистологическом исследовании гортани у беременных женщин (умерших) нашел сильное расширение сосудов, клеточную инфильтрацию подэпителиального слоя и глубоких соединительнотканых слоев, папиллярные разращения на задней стенке, истинных и ложных голосовых связках и всюду метаплазию эпителия. При родах эти изменения под влиянием напряжений еще более усиливаются, до появления капиллярных кровотечений и отека во всех слоях стенки гортани включительно.

При таких условиях немудрено, что туберкулез гортани считается одним из самых тяжелых осложнений беременности. Из 100 больных Küttner'a выжили только 7 женщин. Болезнь эта крайне вредно отражается не только на матери, но и на ребенке. В ста случаях Küttner'a до 1 года выжили только 10 детей, а 39 из них умерли сразу же после родов.

На основании накопившихся в достаточном количестве печальных наблюдений большинство современных авторов признает, что у каждой женщины, как только туберкулез гортани будет распознан, беременность должна быть прервана, если женщина попадает под наблюдение в первой половине беременности. При этом благоприятный результат может быть получен только в недалеко зашедших случаях; в случаях же далеко зашедших и прерывание беременности большого значения не имеет. Во второй половине беременности, напротив, прерывание беременности является уже бесполезным, так как операция не в состоянии предотвратить смертельного исхода.

После этих кратких предварительных замечаний перехожу к описанию тех 2 случаев бугорчатки гортани, какие наблюдались мною:

Случай I. Больная П., 29 лет, женщина-врач, поступила в родильное отделение 12/X 1926 г. Первые регулы 14-ти лет, последние—7/IV. 6 лет тому назад П. перенесла воспаление легких, в 1919 г.—брюшной тиф с осложнением в лег-

ких. В первые 2 месяца беременности рвота и отсутствие аппетита, за последнее время больная жалуется на кашель и сильную слабость. Об'ективно: сильное исхудание, туберкулез легких во второй стадии, туберкулез гортани в начальной стадии. По совету двух ото-ларингологов и интерниста произведено искусственное преждевременное родоразрешение при помощи метрейриза под скополамин-морфинным наркозом. Роды 16 X, родилась девочка 1000,0 весом, длиной 38 сант. Роды продолжались: первый период 44 ч. 25 м., второй—2 ч. 55 м. и третий—15 мин., всего 47 ч. 35 м. T^0 до поступления была нормальна, но накануне родов вечером повысилась до $37,7^0$, в дальнейшем же до 21/X повышалась по вечерам до $37,5^0$, а с шестого дня после родов стала повышаться и утром до $37,5^0$, вечером же доходила до $38,2^0$. Больная выписалась 27/X с t^0 $37,5$. По полученным сведениям она умерла 20/XII того же года, т. е. спустя шесть недель после родов.

Случай II. Больная II., 39 л., крестьянка, VI-gravida, поступила в родильное отделение, 20/VI 1926 г. Первые месячные пришли 13-ти лет, последние были 27/IX 1925 г. Месяца за два до родов больная была прислана ото-ларингологом на консультацию в Родильный Дом, для решения вопроса о производстве искусственных преждевременных родов, в связи с наличием туберкулеза гортани. Надобность в преждевременных родах мною была отклонена. Об'ективно: больная сильно истощена, голос отсутствует совершенно, в легких активный туберкулез второй степени, бугорчатка гортани ясно выражена. Срочные роды 21/VI, продолжались 9 ч. 40 м. Состояние новорожденного удовлетворительное, вес 3300,0, длина 50 сант., t^0 у матери при поступлении нормальна, 21/VI вечером— $37,5^0$, 22/VI утром—норм., вечером— $37,9^0$, 23/VI утром— $37,2^0$, вечером— $37,5^0$, 24/VI утром— $37,2^0$, вечером— $39,0^0$, 25/VI утром— $37,6^0$, вечером— $38,1^0$, 26/VI утром— $39,0^0$, вечером— $38,7^0$, 27/VI утром— $38,2^0$, вечером— 38^0 , 28/VI t^0 $36,0^0$. Больная выписалась с ребенком. По полученным сведениям ребенок у нее умер через неделю, а через 6 недель умерла и сама больная.

Из приведенных историй болезни можно сделать следующие выводы:

1) Бугорчатка гортани во второй половине беременности дает 100% смертности.

2) Прерывание беременности во второй половине беременности при туберкулезе гортани является бесцельным и даже, в отношении плода, вредным вмешательством.

3) Имеющийся у матери туберкулезный процесс в гортани чрезвычайно неблагоприятно отражается на жизнеспособности плода.

4) Туберкулез гортани, к счастью, является очень редким осложнением беременности.

5) Роды и послеродовой период значительно ухудшают течение туберкулезного процесса в гортани, как при нормальном, так и при искусственном прерывании беременности, что сказывается прежде всего значительным повышением t^0 в первые же дни после родов.

6) Одновременное наличие туберкулезного процесса в гортани и легких еще более ухудшает положение беременной, причем преобладающее значение все же остается за процессом в гортани.