

Библиотека  
ПРАКТИЧЕСКОГО  
ВРАЧА

*А. И. Лазаревич*

БЕРЕМЕННОСТЬ  
ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

---

медиз - 1956

БИБЛИОТЕКА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

---

А. И. ЛАЗАРЕВИЧ

# БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО  
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Медгиз — 1956 — Москва

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Огромное внимание, уделяемое в нашей стране охране здоровья женщин и детей, систематически улучшающиеся экономические условия жизни населения, большие достижения науки в диагностике и особенно в лечении туберкулеза — все это является основанием для пересмотра сложившихся представлений о взаимосвязи туберкулеза и беременности, в частности, о показаниях к сохранению и прерыванию беременности.

Современные методы диагностики дают возможность распознать туберкулез в более или менее ранней фазе развития, а мощные терапевтические средства в комплексе с санаторно-гигиеническим режимом, проводимым в специальных противотуберкулезных учреждениях или на дому, позволяют рассчитывать на излечение от туберкулеза или на ликвидацию вспышки.

Вопрос о сохранении или прерывании беременности при наличии туберкулеза может быть правильно разрешен только с учетом всех возможностей лечения, а также с учетом условий труда и быта женщины; сам по себе факт обнаружения или наличия туберкулеза у беременной женщины недостаточен для решения обсуждаемого вопроса.

Успешное развитие и введение в лечебную практику эффективных терапевтических средств должны направлять врачебную мысль прежде всего на возможность излечения от туберкулеза беременной женщины и на предупреждение заболевания туберкулезом ребенка.

Цель настоящей монографии — дать правильное освещение вопроса о сохранении и прерывании беременности при туберкулезе. Монография должна помочь практическому врачу разобраться во взаимоотношениях туберкулеза и беременности в каждом конкретном случае, дать правильные советы будущей матери и принять обоснованное решение при обсуждении вопроса о прерывании беременности.

С этой целью в монографии, кроме научного освещения проблемы с позиций физиологического учения И. П. Павлова, основное внимание уделяется практическим советам и рекомендациям врачу.

Автор монографии приводит большой фактический материал, собранный им за многие годы практической и научно-исследовательской работы в Московском областном научно-исследовательском туберкулезном институте, Областном противотуберкулезном диспансере и ряде родильных домов Москвы.

При изложении вопроса о прерывании беременности в монографии приведено в кратком виде современное учение о наследственности при туберкулезе, перечислены применяющиеся в настоящее время методы и средства лечения туберкулеза, причем особо оговорены показания и противопоказания для применения терапевтических вмешательств и средств во время беременности и после родов. В монографии приводятся сведения о законоположениях по охране труда больных туберкулезом и беременных женщин.

В заключение даются показания к прерыванию и сохранению беременности при туберкулезе.

В монографии приводится основная мысль, что при решении этих вопросов необходим индивидуальный подход к каждой беременной женщине. При этом нужно иметь в виду прежде всего возможность излечения от туберкулеза и сохранения жизни и здоровья беременной женщины, сохранения жизни будущего ребенка и предохранения его от заболевания туберкулезом.

Проф. Ф. В. Шебанов

## Глава I

### ТУБЕРКУЛЕЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Вопрос о влиянии беременности на туберкулез и неразрывно связанный с ним вопрос о показаниях к сохранению и прерыванию беременности при этом заболевании давно привлекает к себе внимание как фтизиатров, так и акушеров. Уже полтора века проблема туберкулеза и беременности разбирается на страницах медицинской печати и часто служит темой для докладов на различных съездах. На протяжении этого времени представление о влиянии беременности на туберкулез много раз менялось, переходя от полного отрицания влияния беременности на это заболевание к признанию вредного, а затем благоприятного его воздействия. Накопилась громадная литература по этому вопросу на разных языках. И тем не менее эта проблема остается неразрешенной до настоящего времени.

Обзор литературы может показать, насколько противоречивы мнения авторов относительно оценки влияния беременности на туберкулез и показаний к прерыванию беременности.

Так, А. Я. Штернберг (1923) считает неправильным установившийся взгляд на беременность как на фактор, истощающий организм и отвлекающий силы беременной женщины на растущий плод. Он особенно подчеркивает, что беременность представляет собой фактор, не истощающий организм, а изменяющий его реактивность вследствие внутрисекреторной перестройки организма беременной. Поэтому беременность в разные периоды оказывает различное влияние на течение туберкулезного процесса.

Некоторые авторы считают, что беременность ухудшает течение туберкулезного процесса, независимо от формы туберкулеза (Ф. А. Александров, 1908; М. М. Миронов, 1909; А. М. Агаронов, 1930).

По мнению других авторов, беременность оказывает вредное влияние только на активные формы туберкулеза (И. В. Судаков, 1923; Н. К. Беляева и Ф. М. Верховская, 1931; Н. А. Мельников, 1931; С. И. Благоволин, 1939; В. Л. Эйнис, 1946; И. А. Рыбкин, 1947; Г. Р. Рубинштейн, 1948). Ф. И. Александрова (1938) полагает, что под влиянием беременности может обостриться и заглохший туберкулез.

По мнению Ф. В. Шебанова (1950), опасность для жизни беременной женщины представляют только случаи острого туберкулеза легких, а также туберкулеза гортани с явлением стеноза.

А. С. Мнушкин и В. Ш. Серебренников (1939) считают, что беременность не оказывает вредного влияния на активные формы туберкулеза с выраженной аллергической реактивностью.

Многие авторы указывают, что ухудшение туберкулезного процесса чаще всего наступает в послеродовом периоде.

По поводу прерывания беременности большинство авторов высказывается за аборт в первые 3 месяца при всех активных формах туберкулеза (Н. К. Беляева и Ф. М. Верховская, М. К. Венцковский, Н. А. Мельников и др.).

Ряд авторов при решении вопроса о прерывании беременности считает обязательным индивидуальный подход к каждой беременной женщине, больной туберкулезом (А. Я. Штернберг, Я. И. Бейгель, А. И. Близнянская, В. Л. Эйнис, Г. Р. Рубинштейн и др.).

А. С. Мнушкин и В. Ш. Серебренников относятся отрицательно к аборту, который, по их мнению, как биологическая и физическая травма часто способствует активизации туберкулезного процесса.

Зарубежная литература по вопросу о взаимоотношении между туберкулезом и беременностью и показаниях к прерыванию беременности чрезвычайно обширна и в ней также имеются разногласия, как и в отечественной.

Одни авторы наблюдали резкое ухудшение при активном туберкулезе в связи с беременностью. Поэтому они считают необходимым прерывать беременность при всех активных формах туберкулеза [Панков, 1911; Винтер (Winter), 1925; Е. Ромберг (E. Romberg), 1931, и др.].

Другие совершенно отрицают какое бы то ни было влияние беременности на течение туберкулезного процесса

и поэтому не видят необходимости в аборте при туберкулезе [Менге (Menge), 1926; Шульце-Ронгоф (Schultze-Rhonhof), 1926; Р. Гансен (R. Hansen), 1935; Тернер (Terner), 1950, и др.].

Наконец, третьи наблюдали улучшение туберкулезного процесса во время беременности и после родов. В связи с этим в прерывании беременности они не только не видят пользы, но даже считают его вредным [В. Калов, 1946; К. Стюарт и Т. Симмондс (C. Stewart a. T. Simmonds), 1954].

В последние годы как у отечественных (А. И. Лазаревич, 1947; Ф. В. Шебанов, 1950, и др.), так и у иностранных авторов [Дитмар (Ditmar), 1950; Симмондс и Стюарт и др., 1954] имеется тенденция с целью сохранения беременности лечить беременных, больных туберкулезом, теми же методами, что и небеременных больных. Этот сдвиг следует отметить как положительный фактор.

Противоречия, встречающиеся в работах более раннего периода и настоящего времени, объясняются тем, что авторы пользовались неоднородным клиническим материалом, применяли неодинаковые методы исследования и различные классификации, вкладывая в один и тот же термин различное понимание. Кроме того, большинство из них не учитывало условий внешней среды.

Для примера приведем данные двух авторов, пришедших к совершенно противоположным выводам. Мельников выявил ухудшение после родов в 52% случаев. Он строил свои выводы главным образом на архивном материале Московского областного туберкулезного института, где, по его словам, у всех больных, за единичным исключением, были «далеко зашедшие язвенные или диссеминированные формы легочной чахотки».

Наоборот, Кюне (Kühne) отмечал ухудшение после родов только в 2% случаев, так как он наблюдал женщин в санатории, где находились больные с легкими формами туберкулеза.

Этот пример показывает, что выводы авторов, основанные, по терминологии статистиков, на «подобранном» материале, не могут дать правильного представления о влиянии беременности на туберкулез.

Такое разнообразие литературных данных ставит в затруднительное положение врача, который не имеет собственного опыта, но должен разрешить вопрос о сохране-

нии или прерывании беременности у больной туберкулезом. Это побудило нас изложить результаты наших длительных клинических наблюдений над беременными женщинами, больными туберкулезом, проводившихся в Московском областном научно-исследовательском туберкулезном институте, его диспансерном отделении и в туберкулезных отделениях родильного дома имени Клары Цеткин и 9-го родильного дома Москвы.

Подойти к рациональному разрешению вопроса о прерывании беременности при туберкулезе можно только на основании правильного представления о влиянии беременности на это заболевание. Необходимо выяснить, действительно ли беременность оказывает влияние на течение туберкулезного процесса и в чем оно выражается.

Наши наблюдения показывают, что обычно ухудшение во время беременности и в послеродовом периоде наступало у больных при активных прогрессирующих или далеко зашедших формах туберкулеза легких, когда проведенное лечение не давало успеха или оно не было своевременно применено. Ухудшение крайне редко происходило при доброкачественно протекающем процессе с тенденцией к клиническому выздоровлению.

В то же время мы наблюдали больных с активным распространенным открытым туберкулезом, у которых не только отсутствовали изменения в характере процесса после родов, но иногда даже отмечалось улучшение.

На одном из таких примеров мы позволим себе остановиться.

Больная Ф., 28 лет, контакта не имела. В детстве перенесла корь и малярию. Живет в хороших условиях. В августе 1945 г. забеременела, после чего у нее появилась слабость, кашель, в мокроте прожилки крови, субфебрильная температура, потеря веса. Терапевты в легких ничего не находили. В ноябре того же года обратилась в туберкулезный диспансер. Там обнаружен двусторонний гематогенно-диссеминированный туберкулез легких с распадом в обоих легких. В мокроте найдены бактерии Коха и эластические волокна. 8/XII 1945 г. помещена в Московский областной научно-исследовательский туберкулезный институт. Через неделю наложен искусственный пневмоторакс слева, а в начале января 1946 г. — справа. Ввиду неэффективности пневмоторакса 30/I 1946 г. произведена операция влагалищного кесарева сечения. После операции самочувствие хорошее, температура продолжала оставаться малой субфебрильной. Каверны не поджались. В конце февраля 1946 г. переведена в санаторий «Мцыри», где провела два месяца. Там хорошо поправилась, прибавила в весе, бактерии Коха исчезли. Летом 1947 г. больная самовольно прекратила пневмоторакс.

В марте 1948 г. больная снова забеременела. В это время она имела двусторонний хронический фиброзно-кавернозный туберкулез. На рентгенограмме каверны в обоих легких. От предложенного ей прерывания беременности категорически отказалась. Всю беременность прекрасно перенесла. В конце ноября 1949 г. срочные роды. После родов на рентгенограмме двусторонний очаговый туберкулез. Очаги плотные, частично кальцинированные. Больная полностью выздоровела во время беременности.

Такие наблюдения опубликованы и в литературе. Рубель имел случай убедиться, что «иногда беременность, вопреки ожиданиям, поразительно благоприятно отражалась на течении застарелых форм эволютивного процесса в легких».

Менге описывает случай полного выздоровления бациллярной больной.

Дюмаре и Бретте (Dumarest et Bretté) выражают удивление по поводу того, что 9 больным с активным процессом, частью бациллярным, беременность не только не повредила, но даже способствовала улучшению состояния.

Подобные случаи приводят и другие авторы.

В чем же заключается причина такого различного влияния беременности на туберкулез?

Рассмотрим, какая перестройка организма происходит при беременности у здоровой женщины. В период беременности в организме женщины происходят большие изменения в связи с тем, что приходится удовлетворять и собственные потребности, и потребности растущего плода. Поэтому беременность предъявляет ряд новых требований к функциям органов и систем женщины. Все органы, участвующие в питании и обмене веществ, а следовательно, и весь организм как единое целое работают с повышенной нагрузкой. Но от этой морфологической и функциональной перестройки у здоровой женщины при нормально протекающей беременности не возникает патологического состояния организма, что можно объяснить явлением корригирующего и регулирующего механизма на все физиологические процессы применительно к меняющимся условиям как внешней, так и внутренней среды.

Какая связь имеется между перестройкой организма во время беременности и влиянием беременности на течение туберкулезного процесса? На этот вопрос, несмотря на ряд выдвинутых теорий, не имеется еще удовлетворительного ответа.

В настоящее время, нужно искать пути правильного решения интересующего нас вопроса с точки зрения физиологических изменений, происходящих в организме беременной женщины.

Еще в 1894 г. И. П. Павлов высказал предположение о наличии рецепторов внутренних органов и о роли их в физиологии и патологии. Эту идею разработал К. М. Быков, доказавший, что рецепторы внутренних органов, или интерорецепторы, доводят действие различных раздражителей до коры головного мозга, сигнализируя о состоянии данного органа.

В процессе дальнейшего изучения рецепторов мысль была направлена на исследование интерорецепторов половых органов женщины. Одни авторы выявили в матке баро-, хемо-, термо- и механорецепторы, другие — рецепторы в слизистой оболочке матки, импульсы с которых могут доходить до коры головного мозга, образуя условные временные связи, третьи — рецепторы в стенке матки, прилегающие к плаценте (К. Х. Кекчеев и Ф. А. Сыроватко, 1939; Э. Ш. Айрапетьянц и Е. Ф. Крыжановская, 1947; В. М. Лотис, 1947, и др.). С. К. Гамбашидзе (1951) установила, что в течение всей беременности отмечается усиление интероцептивных влияний с внутренних половых органов; наиболее интенсивными эти влияния бывают в конце беременности, непосредственно перед родами.

Н. Л. Гармашева (1952) характеризует матку как громадное рецептивное поле, которым организм обращен к плоду.

Один из сотрудников И. П. Павлова, Д. С. Фурсиков, еще в 1922 г. установил, что раздражения, идущие во время беременности с половых органов, частично или полностью задерживают условные рефлексy.

Он выявил, что при беременности преобладают процессы торможения.

Другой сотрудник И. П. Павлова, И. С. Розенталь (1922), нашел, что обычно в течение месяца после родов условные рефлексy резко снижаются, через месяц приходят к норме, а к концу лактации резко увеличиваются.

Таким образом, можно считать установленным, что вследствие усиления интероцептивных влияний с внутренних половых органов в течение беременности происходят значительные изменения в высшей нервной деятельности, изменяется возбудимость коры головного мозга и условно-

рефлекторная деятельность, получают преобладание процессы торможения.

Таковы физиологические изменения, происходящие в организме беременной женщины. Вопрос о взаимоотношении между туберкулезом и беременностью нужно рассматривать с общей точки зрения влияний интоксикаций на организм человека. При патологическом состоянии, вызванном интоксикациями, возникают явления охранительного торможения, как антитоксические приспособления.

В организме беременной женщины могут также возникнуть явления охранительного торможения, вызванные туберкулезной интоксикацией, если она нерезко выражена, и возможно, что указанные выше случаи улучшения являются результатом совокупного воздействия процессов торможения, свойственного беременности, и охранительного торможения, вызываемого обычно процессами, сопровождающимися интоксикацией.

По исследованиям К. М. Быкова (1947), функции эндокринных желез подвержены направляющему влиянию коры и подчиненных ей подкорковых центров, и всякое нарушение какого-либо инкреторного органа неизбежно вызывает нарушение деятельности коры головного мозга. А срывы корковой деятельности, как показали М. К. Петрова, М. А. Усиевич и другие авторы, вызывают изменение работы внутренних органов, вследствие чего может произойти обострение туберкулезного процесса.

Кора головного мозга регулирует также и обмен веществ, характер которого во время беременности резко изменен. В то же время вследствие туберкулезной интоксикации у беременных женщин, больных туберкулезом, могут выявиться функциональные изменения и даже тканевые дистрофии в нервной системе, что приводит к глубоким нарушениям обмена веществ. Эти нарушения отражаются на функциональном состоянии коры и могут произвести большие изменения в ее деятельности, что, как указано выше, может вызвать патологическое состояние внутренних органов и повлиять на ухудшение течения туберкулеза.

На течении туберкулезного процесса во время беременности могут отразиться также неблагоприятные условия внешней среды. Большие полушария головного мозга являются чрезвычайно реактивным прибором, устанавли-

вающим тончайшие взаимоотношения организма со средой. Клетки больших полушарий в высшей степени чувствительны к малейшим колебаниям среды. Взаимодействие факторов внешней среды и организма через нервную систему имеет большое значение в развитии болезни. Так, в неблагоприятной бытовой обстановке роль патогенного фактора может сыграть словесный раздражитель. В этих случаях вторая сигнальная система во взаимоотношении с первой способна оказать неблагоприятное влияние на весь организм беременной женщины, а следовательно, и на туберкулезный процесс.

Но в то же время при благоприятных условиях внешней среды во время беременности (создание условий покоя, удлиненный сон и предохранение от чрезмерного раздражения нервной системы, что позволяет достигнуть длительного торможения коры) наблюдается улучшение туберкулезного процесса или стабилизация его.

При утомительной работе, как физической, так и интеллектуальной, не исключена возможность перенапряжения нервных корковых процессов, вследствие чего нарушаются взаимоотношения между процессами возбуждения и торможения в мозговой коре. Эти нарушения могут оказаться причиной глубоких изменений в организме и вызвать обострение туберкулеза.

Обострение туберкулезного процесса, наблюдавшееся многими авторами после родов, может объясняться тем, что во время родов в кору головного мозга поступает огромное количество импульсов с рецепторов матки, влагалища, промежности, причем импульсы эти могут быть очень большой силы. У женщины, ослабленной туберкулезом, чрезмерный раздражитель может вызвать ухудшение функционального состояния коры и привести к ухудшению туберкулезного процесса.

Таким образом, физиологическое учение открывает возможность подойти к выяснению и изучению основных вопросов проблемы туберкулеза и беременности — влияния беременности на туберкулез и причины ухудшения и улучшения туберкулезного процесса во время беременности и после родов.

---

## Глава II

### ТУБЕРКУЛЕЗ И НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

До открытия возбудителя туберкулеза существовало мнение, что это заболевание является наследственным и передается от родителей к детям. Теория наследственности разделялась большинством врачей и больных и основывалась на том, что дети туберкулезных родителей часто тоже заболевают туберкулезом.

Открытие Кохом возбудителя туберкулеза изменило взгляд на наследственность и выдвинуло на первый план инфекционную теорию. Заболевание детей туберкулезных родителей стали приписывать влиянию инфекции, а не наследственности.

Сам Кох на основании своих экспериментальных работ пришел к выводу, что развитие туберкулезных бацилл в организме зависит от тех условий среды, в которых они развиваются. А эти условия, по его мнению, передаются по наследству.

Но теория наследственности не была совершенно оставлена. В дальнейшем возникла теория о спермогенной или овогенной инфекции, т. е. о непосредственной передаче туберкулезного заболевания через половые клетки от родителей к потомству. Убежденным поборником этой теории был Баумгартен (Baumgarten). Однако экспериментальные работы ряда авторов (Цехновицер и Соколова, Фридман и многие другие) показали полную несостоятельность спермогенной теории.

Не подтвердилась также и овогенная теория. Корнет при проверке этой теории многообразными опытами на животных ни разу не получил данных, говорящих в ее пользу. И сам Баумгартен не мог подтвердить экспериментальным путем это учение.

Таким образом, учение о герминативной передаче туберкулеза не получило признания.

Но возникает другой вопрос: оказывает ли туберкулез матери какое-либо влияние на плод и существует ли так называемая плацентарная наследственность?

Литературные данные указывают на возможность внутриутробной передачи туберкулезной инфекции от матери к плоду.

В. Г. Штефко и А. И. Лазаревич (1945) в предварительном сообщении «К антенатальной патологии туберкулеза» приводят три случая, которые указывают на возможность возникновения патологических изменений в органах развивающегося плода и поражения туберкулезным процессом зародышевых оболочек трофобласта с образованием характерной туберкулезной грануломы.

М. В. Триус своими экспериментальными работами на морских свинках показала, что антенатальное заражение может происходить путем проникновения туберкулезной инфекции через пупочную вену или через плаценту. Имеются данные, говорящие о том, что туберкулезные бактерии, как и бактерии других болезней — брюшного, возвратного тифа, дизентерии и др., — могут проникать через неповрежденную плаценту (М. В. Триус, Брендо и Наттан и др.), а тем более через поврежденную вследствие туберкулезного процесса или какого-нибудь другого поражения.

А. А. Куликовская (1949) на основании экспериментальных данных пришла к выводу, что внутриутробное заражение может происходить гематогенным путем через плацентарный барьер и бронхогенным вследствие аспирации околоплодных вод, содержащих микробов. Прохождение микробов через плаценту может происходить в тех случаях, когда, наряду с большими дегенеративными процессами в паренхиматозных органах, наступают глубокие патологические изменения в плаценте, что ведет к нарушению плацентарного барьера.

П. Д. Горизонтов (1946) также считает, что многие процессы патологии тесно связаны с нарушением плацентарного барьера на пути от матери к плоду и от плода к матери.

М. В. Триус (1930) указывает, что факт перехода туберкулезного вируса от матери на ее плод не встречает возражений, но он вовсе не всегда является роковым для последнего, как полагают некоторые авторы. В одних случаях внутриутробное заражение ведет к заболеванию ребенка, подчас к смертельному; в других — конгениталь-

ная инфекция, наоборот, играет роль иммунизирующего фактора.

Возможность внутриутробного заражения подтверждается и клиническими наблюдениями ряда советских авторов.

Е. С. Малыжев и А. Н. Чистович (1937) приводят случай смерти ребенка 14 дней, у которого на секции обнаружены творожисто измененные лимфатические узлы и во всех внутренних органах — высыпание очагов, а гистологически в лимфатических узлах определяется творожистый некроз, богатый бациллами. Во внутренних органах и в костном мозгу обнаружены милиарные очаги творожистого некроза, содержащие большое количество бацилл Коха. Авторы отмечают, что главной клинической особенностью данного наблюдения является отсутствие туберкулезного заболевания у матери. На этом основании они предполагают, что инфицирование не было массивным и гематогенно занесенная в плод инфекция дала первоначальное поражение лимфатических узлов, которые оказались более старыми, и уже из них произошла генерализация во все внутренние органы.

С. И. Копелиович (1940) наблюдал смерть ребенка через месяц после рождения. На секции обнаружен туберкулезный лимфаденит бронхиальных и паратрахеальных желез, узелковый туберкулез обоих легких. Роды у матери наступили на 2 недели раньше срока при тяжелом состоянии и высокой температуре. Она скончалась через 10 дней после родов. На вскрытии найден милиарный туберкулез внутренних органов, туберкулезный сальпингит и туберкулезный диффузный серозно-фибринозный перитонит. Контакт ребенка с матерью только в течение первых 3 дней после родов. Наличие большого гематогенного процесса у матери в последний месяц беременности, по мнению автора, подтверждает врожденный характер туберкулезного заболевания ребенка.

Р. С. Новоселова (1951) наблюдала ребенка, который умер на 18-й день после рождения. У него обнаружены на секции казеозные изменения лимфатических узлов и диссеминация внутренних органов. Мать болела на V месяце беременности сухим плевритом, а отец — активным туберкулезом легких. В связи с этим автор предполагает, что и мать могла быть инфицирована, но инфекция протекала в скрытом виде. В плаценте макроскопи-

чески изменений не обнаружено. Автор высказывает предположение, что заражение плода произошло через пупочную вену.

Н. М. Жук описывает два наблюдения. У ребенка, умершего через 3 дня после рождения, на вскрытии найдены изменения преимущественно лимфатических узлов брыжейки, милиарный туберкулез внутренних органов и перитонит. Как и в наблюдении, описанном Малышевым и Чистовичем, мать была здорова, но, возможно, она страдала скрытым туберкулезом, который и явился причиной первоначального поражения печени и лимфатических узлов ребенка, откуда произошла генерализация во внутренние органы. В другом случае ребенок умер от крайне тяжелой формы туберкулеза. На секции обнаружен общий милиарный туберкулез, распространенное поражение лимфатических узлов с преобладанием в брюшной полости, что автор считает характерным для трансплацентарного пути заражения.

Все приведенные выше авторы описывают только единичные случаи внутриутробной туберкулезной инфекции, но некоторые считают, что врожденный туберкулез — явление частое.

Так, А. А. Кисель (1921) считает установленным на основании патологоанатомических вскрытий, что у детей туберкулез на первом году жизни достигает 25—30% и что у детей, родившихся видимо здоровыми, но матери которых больны туберкулезом, уже проявляются признаки хронической туберкулезной интоксикации. Но А. А. Кисель не учитывает возможности заражений детей после рождения.

Таким образом, возможность внутриутробного заражения ребенка доказана, но прохождение микробов через плаценту происходит главным образом тогда, когда наступают глубокие патологические изменения в плаценте, наряду с большими дегенеративными процессами в паренхиматозных органах, т. е. у женщин, страдающих тяжелым деструктивным туберкулезом.

Но внутриутробное заражение в тех случаях, когда мать не имеет видимых признаков туберкулеза или страдает формой туберкулеза без распада, описываются в литературе как единичные. Поэтому ввиду большой редкости внутриутробное заражение практического значения в распространении туберкулеза иметь не может.

Исследования Д. И. Ивановского (1892) положили начало науке о вирусах, как возбудителях болезни. В 1925 г. появились первые сообщения Кальметта (Calmette), Вальтиса (Valtis), Негр (Négre) и Боке (Boquet) о прохождении фильтрующихся форм туберкулезного вируса через плаценту, а в 1926 г. — Арлуэна и Дюфура (Arloing et Dufour) о переходе их на человеческий плод (Триус, 1930). Дальнейшие работы этих авторов (1927—1928) по обследованию человеческих плодов и погибших детей, матери которых были больны туберкулезом, привели их к выводу, что прохождение фильтрующегося туберкулезного вируса через плаценту наблюдается часто, в то время как трансплацентарное заражение обычными туберкулезными бациллами — явление довольно редкое.

Возможность прохождения фильтрующегося туберкулезного вируса через плаценту подтверждается немецкими (Л. Рабинович, Л. Ланге, Глауберг и др.) и русскими авторами (Цехновицер и Карут, Тогунова и Байдакова и др.) (М. В. Триус).

С. А. Данилов (1931) также считает доказанной возможность перехода от туберкулезной матери к ребенку фильтрующегося вируса, который, в зависимости от вирулентности, может оказать определенное влияние на ребенка — от задержки развития до смертельного худосочия.

Экспериментальные работы М. П. Изаболинского и В. И. Гитовича (1929) подтвердили прохождение через плаценту фильтрующегося туберкулезного вируса, который вызывает в большинстве случаев атипичную торпидную форму туберкулеза.

Хотя, как видно из приведенных литературных данных, учение о фильтрующемся туберкулезном вирусе основывается на экспериментально установленных фактах и хотя возможность прохождения вируса через плаценту доказана, фильтрующийся вирус вызывает в большинстве случаев легкие атипичные формы туберкулеза и потому в этиологии туберкулеза не имеет существенного значения.

Защитники наследования туберкулеза не могли обосновать свое предположение прямой наследственной передачи инфекционного агента ни герминативным путем, ни плацентарным. Под плацентарной наследственностью они подразумевают врожденный туберкулез, т. е. внутриутробное заражение туберкулезными бациллами, что не мо-

жет быть отождествлено с наследственностью. Это заставило их ввести понятие наследственного предрасположения к туберкулезу. В это понятие вкладывается совокупность условий, благоприятствующих развитию попавших в организм туберкулезных бактерий.

Р. Кох писал: «По моему мнению, наследственный туберкулез лучше всего объясняется предположением, что по наследству передается не самое инфекционное начало, а известные свойства организма, которые создают благоприятные условия для заражения, словом, то, что принято называть предрасположением»<sup>1</sup>.

Представление о наследственном предрасположении к туберкулезу высказывал и Вирхов. Он считал, что для специфического действия туберкулезной палочки необходима соответствующая реакция ткани, на которую она осела, и эти особые свойства ткани имеют существенное значение при последующем развитии туберкулеза. «Такое умозаключение, — писал Энгельс (1846), — естественно для Вирхова, который вынужден был вследствие открытия клетки разложить единство животного индивида на федерацию клеточных государств».

Были попытки доказать наследственное предрасположение к туберкулезу путем систематического составления генеалогических таблиц [А. И. Яроцкий, 1909; Штефко, 1931; Риффель (Riffel), 1890 и 1892; Шлютер (Schluter), 1905]. Не отрицая возможности заражения туберкулезом, авторы не могли в то же время доказать на основании таблиц передачу наследственного предрасположения.

Многие авторы стремились доказать наследственную передачу предрасположения к туберкулезу статистическим методом [Рейх (Reich), 1923; Вейнберг (Weinberg), 1930]. Но они, так же как и предыдущие авторы, не принимали в расчет эпидемиологическую сторону вопроса.

Наследственное предрасположение к туберкулезу пытались обосновать и конституциональными свойствами организма, которые встречаются у туберкулезных больных и которые характеризуются как *habitus phthisicus* или *asthenicus* (С. Ф. Унтербергер, 1909; А. А. Кисель, 1921; В. Ф. Знаменский, 1929, и др.).

Но в представлении современных авторов понятие конституции и аномалии конституции является всегда фено-

---

<sup>1</sup> Цит. по Корнету, 1907.

типическим, т. е. таким, в котором имеют значение и унаследованные врожденные, и приобретенные свойства организма и формирование ряда свойств, обусловливаемых воздействием на организм факторов социально-бытовой среды (М. С. Маслов, 1949).

По определению А. Л. Мясникова (1949), конституция не есть нечто навсегда данное, неизменное, фатально присущее организму. Подход к изучению конституции человека, по его мнению, не может быть чисто морфологическим, оторванным от его основных функций, обмена веществ, влияния внешней среды.

Формирование конституциональных типов происходит в соответствии с характером туберкулезного процесса, его прогрессированием или затиханием и в связи с социально-экономическими условиями. Астеническая грудная клетка есть результат развившегося хронического туберкулезного процесса, т. е. она является не причиной, а следствием болезни (А. Е. Рабухин и Г. А. Чистяков, 1935).

Таким образом, теория наследственного предрасположения к туберкулезу не получила подтверждения и с точки зрения конституциональных особенностей при туберкулезу.

Дальнейшее изучение вопроса о врожденном предрасположении к туберкулезу дало убедительные доказательства относительно несостоятельности этого учения. Иллюстрацией к данному положению могут служить многочисленные примеры, когда дети туберкулезных родителей, изолированные от них тотчас же после рождения, остаются здоровыми. Об этом свидетельствует также пример *Oeuvres Grancher* — организации во Франции, основанной Гранше, которая объединяет ряд загородных учреждений, куда направлялись дети, родители которых были больны туберкулезом. Смертность этих детей от туберкулеза была минимальной.

Из советских авторов отрицательно относится к наследственному предрасположению Т. Н. Чеботаревская (1930), которая, наблюдая в течение ряда лет новорожденных, родители которых были больны туберкулезом, нашла, что средний вес и длина тела у них остаются в пределах нормы. Смертность детей во время первых дней жизни также соответствовала обычной смертности новорожденных. На основании этих данных автор приходит к

полному отрицанию наследственного предрасположения и обреченности детей, рождающихся в семьях, больных туберкулезом.

Е. П. Шурыгина (1927, 1932) приписывает наблюдающуюся повышенную инфицированность и смертность в раннем возрасте детей родителей, больных туберкулезом, исключительно бациллярному окружению и той социально-бытовой среде, в которой приходилось жить ребенку, а не наследственному предрасположению к туберкулезу.

Наблюдения и ряда других советских (А. И. Баландер и М. М. Левинсон, 1933; А. М. Виноградов и О. П. Чернявская, 1936, и др.) и зарубежных авторов [Дебре и Лаплан (Debré et Laplant), 1922; Лелонг, 1925; Л. Бернар, 1928, и др.] привели их также к убеждению, что наследственного предрасположения не существует и оно никем не доказано.

Проблема наследственности должна рассматриваться с точки зрения передовой биологической науки.

Еще в 1878 г. И. М. Сеченов дал определение наследственности. Он определял ее как способность передавать потомству видоизменения, приобретенные в течение индивидуальной жизни.

И. П. Павлов в отношении генетики высшей нервной деятельности и наследования признаков, приобретенных под влиянием внешней среды, установил, что условные рефлексы, которые приобретаются в индивидуальной жизни, в процессе филогенеза могут превращаться наследственностью в безусловные.

Теория наследственной передачи туберкулеза от родителей к потомству как специфического заболевания и наследственного предрасположения к туберкулезу не находит подтверждения ни в современной биологии, ни в наблюдениях указанных выше отечественных и зарубежных клиницистов.

Повышенная инфицированность в раннем детском возрасте в семьях бациллярных родителей зависит исключительно от бациллярного окружения и социально-бытовой среды, в которой живет ребенок.

Эти наблюдения определяют и линию борьбы с туберкулезом детского возраста.

Помимо изучения и устранения источника внутрисемейной инфекции, необходимо усилить работу с устранением внесемейного контакта. При этом, конечно, нужно

учитывать всю совокупность субъективных и внешних условий.

Охрана новорожденного от заражения туберкулезом должна идти по пути профилактических мероприятий с первого дня его рождения.

В настоящее время проводится профилактическая вакцинация по Кальметту (БЦЖ) всех новорожденных детей. Положительные результаты этого же сказались: в настоящее время отмечается значительное сокращение заболеваемости и смертности от туберкулеза детей раннего возраста.



akusher-lib.ru

### Глава III

## ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ДО ТРЕХ МЕСЯЦЕВ

Наступающие при беременности изменения реактивности организма, связанные с изменением высшей нервной деятельности и с перестройкой функций эндокринной системы, могут оказать различное влияние на течение туберкулезного процесса, в том числе вызвать и обострение. Вследствие этого наличие активного туберкулеза может явиться медицинским показанием к искусственному прерыванию беременности.

Однако, нарушая нервно-эндокринную корреляцию, аборт сам по себе является отрицательным фактором для женского организма. Кроме того, он может быть причиной всякого рода воспалительных процессов половых органов женщин. Поэтому к вопросу о прерывании беременности надо подходить крайне осторожно и вдумчиво.

Но если все же по медицинским показаниям встретится необходимость прервать беременность, то при направлении женщин на искусственный аборт следует руководствоваться существующей инструкцией.

Производство операции аборта не допускается только в тех случаях, когда у женщины имеются противопоказания, заключающиеся в наличии различных воспалительных процессов половых органов, гнойных очагов, независимо от места их локализации, наличии инфекционных заболеваний, срока менее 6 месяцев после операции аборта и наличии срока беременности свыше 12 недель.

В последнем случае вопрос об аборте решается после тщательного обследования беременной в стационаре. Операция может быть произведена только в тех случаях, когда будет признано, что продолжение беременности и роды могут нанести ущерб здоровью женщины.

Производство операции искусственного прерывания беременности допускается только в стационарных учреждениях.

Направление на аборт в стационар выдает женщине участковый врач женской консультации, предварительно обследующий ее на предмет выявления противопоказаний к производству аборта.

Эта инструкция обязывает тщательно обследовать женщину при направлении ее на аборт только при беременности сроком более 12 недель. Но это не снимает с врача необходимости учитывать состояние женщины, больной туберкулезом, с начальной беременностью, при решении вопроса о прерывании беременности или возможности ее сохранения.

Аборт до 12 недель, как и сверх 12 недель, должен производиться в тех случаях, когда, по убеждению врача, продолжение беременности и роды могут нанести ущерб здоровью женщины.

При решении вопроса о сохранении беременности следует учитывать, что существует ряд активных форм туберкулеза с наличием распада, как, например, очаговые, инфильтративные, при которых примененный лечебный пневмоторакс (в некоторых случаях в сочетании с антибактериальными препаратами) дает прекрасный клинический эффект. При этих условиях беременность обычно протекает без всяких осложнений со стороны туберкулеза и может быть сохранена.

Наибольшие затруднения в показаниях к прерыванию беременности представляют закрытые формы туберкулеза. Здесь приходится решать вопрос не только с точки зрения состояния легких в данный момент, но и учитывать возможность обострений во время беременности. Поэтому необходимо принимать во внимание условия быта и труда женщины. Неблагоприятные бытовые и производственные условия имеют большое значение для развития болезни.

В подтверждение высказанных нами положений мы приведем наши клинические наблюдения над 476 беременными женщинами, больными туберкулезом. Наблюдения проводились в Московском областном научно-исследовательском туберкулезном институте, его диспансерном отделении и туберкулезных отделениях родильных домов — имени Клары Цеткин и № 5 Москвы, куда больные принимались из московских диспансеров через районные или

центральную абортную комиссию. В сомнительных случаях больные направлялись на предварительную консультацию и в случае отклонения аборта они оставались под нашим наблюдением. Благодаря этому мы могли наблюдать их в динамике течения беременности, родов и послеродового периода.

215 женщин было с беременностью до трех месяцев, 245 — сверх трех месяцев и, кроме того, 16 — после операции торакопластики.

Остановимся сначала на наших наблюдениях над женщинами с беременностью до трех месяцев. 14 из них были в возрасте до 20 лет; 149 — от 21 года до 30 лет; 51 — от 31 года до 40 лет и одна — 43 лет. Таким образом, наибольшее число беременных было в возрасте от 21 года до 30 лет (этот возраст обычно превалирует и в родильных домах).

Больные имели следующие формы туберкулеза: фиброзноочаговый в фазе уплотнения и рассасывания — у 52 женщин, в фазе инфильтративной вспышки — у 44, инфильтраты — у 65, диссеминированный туберкулез — у 25 и фиброзно-кавернозный — у 29 женщин. 69 из этих больных при наступлении беременности лечились искусственным пневмотораксом. У 30 женщин он был эффективным, у 39 — неэффективным. У 62 женщин в мокроте имелись бациллы Коха, у 83 их находили раньше, начиная от 1 месяца до 12 лет до беременности, во время беременности их не обнаруживали. 102 женщины имели контакт с бациллярными больными. У 19 женщин легочный туберкулез был осложнен различными формами внелегочного туберкулеза: туберкулез гортани, почки, кишечника, активный шейный лимфаденит со свищами. Шесть женщин с искусственным пневмотораксом имели осложнение серозным пневмоплевритом и одна — эмпиемой. У 4 женщин имелись сопутствующие заболевания: субкомпенсированный порок сердца, язва желудка и подострый суставной ревматизм.

Беременность была прекращена у 136 женщин. У 79 она закончилась родами. В 62 случаях аборт был нами отклонен вследствие недостаточности показаний к нему, в 11 случаях наложен искусственный пневмоторакс и беременность сохранена; 6 женщин отказались от аборта и благополучно родили.

Мы не ограничились наблюдениями над женщинами, у которых беременность была прервана, а проводили их также и над беременными, которым по той или иной причине аборт не был произведен.

## 1. Аборт

Аборт до трех месяцев был произведен 136 женщинам. Сведения об изменении туберкулезного процесса у них после аборта представлены в табл. 1.

Таблица 1

Форма туберкулеза	Всего	Исход			
		улучшение	без перемен	ухудшение	смерть
Очаговый туберкулез в фазе рассасывания и уплотнения . . . . .	8	3	4	1	—
Очаговый туберкулез в фазе инфильтрации . . . . .	31	12	17	2	—
Инфильтративный туберкулез . . . . .	16	6	10	—	—
Гематогенно-диссеминированный туберкулез . . . . .	19	10	6	2	1
Фиброзно-кавернозный туберкулез . . . . .	25	—	24	—	1
Неэффективный искусственный пневмоторакс, наложенный по поводу очагового туберкулеза в фазе инфильтрации, инфильтративного и фиброзно-кавернозного . . . . .	37	13	24	—	—
Итого . . . . .	136	44	85	5	2

Пяти женщинам беременность прервана при наличии фиброзноочагового туберкулеза в фазе уплотнения. У четырех из них он был осложнен внелегочным туберкулезом: у двух — костным (спондилитом и гонитом) и у двух — лимфаденитом (у одной из них со свищами). После аборта у больной с туберкулезом позвоночника произошло обострение костного процесса.

Одной больной с очаговым туберкулезом аборт был произведен в связи с перенесенным ею незадолго до беременности кавернозным туберкулезом легких и рецидивирующим туберкулезом гортани.

Приводим ее историю болезни.

Больная И., 28 лет. В 1942 г. обнаружен инфильтрат с распадом под правой ключицей и наличием бацилл Коха в мокроте. В сентябре того же года наложен правосторонний искусственный пневмоторакс. Бациллы исчезли. В 1945 г. появились мягкие очаги под ключицей, наложен левосторонний искусственный пневмоторакс. В октябре 1946 г. левосторонний пневмоплеврит, температура до 40°. Жидкость откачивали 6 раз, после чего пневмоторакс слева самоликвидировался. Летом 1947 г. на правой ложной связке обнаружен туберкулезный инфильтрат и экссудативный процесс на черпаловидном хряще. В ноябре 1947 г. инфильтративная вспышка на правой ложной связке. В феврале 1948 г. поступила в МОНИТИ, откуда выписалась через 3 месяца с большим улучшением. Но в ноябре 1948 г. снова произошло ухудшение со стороны гортани, и больная повторно помещена в МОНИТИ, где диагностирован инфильтрат истинной и язвы ложной голосовой связки справа и инфильтрат левой истинной голосовой связки. После проведенного курса лечения стрептомицином в мае 1949 г. выписалась со значительным улучшением, но с остаточными явлениями инфильтрата на правой ложной связке.

Искусственный пневмоторакс на правой стороне эффективно закончен в феврале 1948 г. При рентгеноскопии в обоих легких обнаружены плотные очаги, а в левом — фиброторакс. Сердце перетянато влево. Жалобы на сердцебиение и одышку. В августе 1949 г. больная забеременела.

При решении вопроса о необходимости прервать беременность было принято во внимание перенесенное тяжелое заболевание легких и гортани с рецидивами, незначительный срок, прошедший после последней вспышки процесса в гортани и нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы.

При обследовании через 2 месяца после аборта в гортани найдено клиническое выздоровление, одышка уменьшилась. Через 6 месяцев состояние в легких и гортани без перемен.

Трем женщинам аборт произведен по поводу очагового туберкулеза легких в фазе рассасывания.

Одной из них, З., 27 лет, за 3 года до настоящей беременности наложен тотчас после родов искусственный пневмоторакс по поводу выявившегося инфильтрата с распадом и выделением туберкулезных бацилл в мокроте. Но в связи с трудными условиями транспорта она была вынуждена прекратить пневмоторакс через 3 месяца, после чего лечилась ПАСК, приняла его 3 кг. В течение года каверна закрылась, инфильтрат рассосался, остались очаги в фазе неполного уплотнения. Ко времени настоящей беременности имелись еще явления туберкулезной интоксикации. После аборта продолжала лечение ПАСК. Через полгода явления интоксикации исчезли, очаги почти полностью уплотнились.

Другой больной, Б., 26 лет, за 3 месяца до настоящей беременности был прекращен неэффективный искусственный пневмоторакс, наложенный при семимесячной предыдущей беременности по поводу очагового туберкулеза в фазе инфильтрации. После прекращения пневмоторакса лечилась стрептомицином, получила 20,0, но очаги еще не полностью уплотнились, отмечались проявления туберкулезной

интоксикации. После аборта продолжала лечение стрептомицином и ПАСК с положительным эффектом.

Третья больная, А., 25 лет, страдала, помимо очагового туберкулеза, резко выраженным гипертиреозом и упадком питания. Принимала до и после аборта ПАСК, наступило значительное улучшение, очаги через 9 месяцев после аборта уплотнились.

**Фиброзноочаговый туберкулез легких в фазе инфильтративной вспышки** был у 31 женщины. У двух он был осложнен костным туберкулезом (кокситом и трохантеритом), причем у одной из них в мокроте имелись бактерии Коха. Аборт был им произведен по совокупности заболеваний. Одной больной беременность была прекращена в связи с тем, что наложенный за 2 месяца до беременности искусственный пневмоторакс по поводу очагового туберкулеза с распадом и выделением бактерий Коха в мокроте в начале беременности осложнился пневмоплевритом с высокой температурой. Газ перестал идти в плевральную полость. У другой женщины беременность прервана вследствие того, что она наступила через 2½ месяца после родов. Повторные роды через такой короткий промежуток времени при активном туберкулезе были бы слишком большой нагрузкой для организма больной, тем более что в течение предыдущих 7 лет она имела ежегодно по одной беременности, из них трое родов и четыре аборта. Все дети живы.

Из остальных 25 женщин у восьми бактерии Коха выделялись во время беременности, у четырех — за 1—4 года до беременности; 5 женщин страдали кровохарканием. Всем этим женщинам невозможно было наложить искусственный пневмоторакс при выявлении беременности с целью довести ее до конца. Это было связано с тем, что одним была сделана попытка до беременности наложить пневмоторакс, но газ не пошел, другим он был наложен, но оказался неэффективным, вследствие чего он или самоликвидировался, или был прекращен как бесполезный, несмотря на применение в некоторых случаях корригирующей операции торакокаустики. Некоторых из этих женщин начали лечить антибактериальными препаратами незадолго до наступления беременности; других — с начала беременности, но ввиду краткости срока лечение не дало еще прочных результатов.

У 17 женщин после аборта процесс остался без заметных изменений; у 12 наблюдалось улучшение и у двух — ухудшение.

Обе эти женщины были пониженного питания и имели неблагоприятные домашние условия.

При проверке отдаленных результатов через 1½—5 лет выявилось прогрессирование процесса у двух женщин, у которых отмечалось ухудшение непосредственно после аборта, и улучшение у 26, у трех перемен не наблюдалось.

Абортов при инфильтративном туберкулезе было 16. В одном случае инфильтрат в легком протекал одновременно с активным туберкулезом коленного сустава, в другом — с туберкулезом почки, в трех ему сопутствовал субкомпенсированный порок сердца, подострый ревматизм и язва желудка, по поводу которой больная была назначена на стационарное лечение. У 6 больных выделялись бациллы Коха, у одной они были за 3 года до беременности. Три больные имели кровохаркание.

Искусственный пневмоторакс не был наложен 3 больным; одна страдала пороком сердца, другая — ревматизмом; третья жила в сельской местности, где она не могла продолжать лечение. У 13 женщин пневмоторакс или не удался, или прекращен как неэффективный. Двум женщинам с неэффективным пневмотораксом произведена операция френикоалкоголизации. После аборта процесс у 10 больных остался стационарным, у шести наступило улучшение (рассасывание инфильтратов и затихание процесса в коленном суставе). При дальнейшем наблюдении от 1 года до 3 лет улучшение под влиянием комплексного лечения стрептомицином и ПАСК выявлено у 7 больных. У одной больной, страдавшей пороком сердца, и у другой с подострым ревматизмом обнаружено ухудшение.

Поводом к аборту у 19 больных послужил гематогенно-диссеминированный туберкулез легких. В одном случае он был осложнен туберкулезом кишечника, в другом — гортани. У 8 женщин имелся распад легких с выделением бацилл Коха. Шести из них был наложен искусственный пневмоторакс (одной — двусторонний), законченный вследствие неэффективности в сроки от 3 месяцев до 5 лет до беременности; двум пневмоторакса не удалось наложить из-за плевральных спаек. Одной женщине аборт произведен при затихшем с переходом в уплотнение распространенном диссеминированном туберкулезе, так как опыт показал, что во время бере-

менности, в особенности после родов, распространенный диссеминированный туберкулез, даже затихший, может давать вспышку, иногда тяжелую, прогрессирующую.

У 6 больных после аборта процесс остался без перемен. У 3 женщин наблюдалось ухудшение. Одна из них страдала диссеминированным туберкулезом легких с распадом и с осложнением туберкулезом гортани и за 6 месяцев до аборта имела тяжелые роды двойней. Возможно, что аборт, произведенный вскоре после тяжелых родов при двустороннем гематогенно-диссеминированном туберкулезе легких и туберкулезе гортани, ускорил прогрессирование процесса; больная умерла через 4 месяца. У другой больной искусственный пневмоторакс, наложенный по поводу распада, самоликвидировался вследствие пневмоплеврита. Экссудат, несмотря на повторные откачивания, вновь накапливался, каверна не закрывалась и процесс продолжал прогрессировать. Наблюдалось также прогрессирование легочного процесса у больной с осложнением туберкулезом кишечника. Всем больным после аборта проводилась комбинированная терапия антибиотиками и химиопрепаратами.

У 10 больных после аборта отмечалось улучшение общего состояния и со стороны легких.

Отдаленные результаты прослежены в течение 1½—3 лет. У одной больной с туберкулезом кишечника обнаружено прогрессирование легочного процесса. Она умерла через 1½ года.

На возможность прогрессирования легочного процесса с летальным исходом при лечении стрептомицином, даже при благоприятном течении туберкулеза кишечника, в литературе имеются указания ряда авторов (Г. А. Львович, 1950; А. Е. Рабухин, 1951).

У 3 больных наблюдалось улучшение, у 15 процесс остался без изменений.

С фибринозно-кавернозным туберкулезом аборт произведен 25 больным. У двух больных процесс был осложнен туберкулезом гортани и у одной — эмпиемой. У всех выделялись бациллы Коха и у двух имело место кровохаркание. До беременности одним была сделана неудачная попытка наложить искусственный пневмоторакс, другим он был наложен, но как неэффективный или прекращен, или самоликвидировался. Одной больной он был прекращен после спонтанного пневмоторакса, ослож-

нившегося эмпиемой, двум проведена операция на диафрагмальном нерве, 8 больным проведено лечение стрептомицином без значительного успеха; 10 больных начали лечить фтивазидом незадолго до беременности, в связи с чем результат лечения при наступлении беременности еще не сказался.

У 24 женщин процесс после аборта остался стационарным, у одной больной с эмпиемой произошло ухудшение, она умерла через 6 месяцев после аборта.

При последующем наблюдении (через 1—2 года) выяснилось, что одна больная, имевшая осложнение туберкулезом гортани, умерла; улучшение отмечалось у 6 человек. У остальных 18 женщин процесс протекал в форме хронического фиброзно-кавернозного туберкулеза с волнообразным течением. Больным после аборта проводилась антибактериальная терапия, преимущественно фтивазидом.

При наличии неэффективного искусственного пневмоторакса аборт был произведен 37 беременным женщинам, 12 из этих пневмотораксов были двусторонние. Две женщины с двусторонним пневмотораксом страдали туберкулезом гортани. Семи больным пневмоторакс был наложен в первые 1½—2 месяца беременности с целью сохранить последнюю, но у трех он оказался неэффективным, в связи с этим им произведен аборт. Остальным 4 больным беременность была сохранена, и они благополучно родили. У 21 женщины выделялись бациллы Коха, у 12 выделение прекратилось после наложения искусственного пневмоторакса или операции торакокаустики, которых произведено восемь, а операций на диафрагмальном нерве — четыре. Одна женщина имела экстраплевральный пневмоторакс.

Приводим вкратце ее историю болезни.

Больная А., 18 лет, инвалид труда. Имеет тесный контакт с бациллярной матерью. 18/II 1944 г. обнаружен подострый гематогенно-диссеминированный туберкулез легких с распадом. 20/III того же года наложен левосторонний искусственный пневмоторакс, который оказался неэффективным. Произведена двукратная торакокаустика, затем френикоалкоголизация. Вскоре пневмоторакс прекращен вследствие пневмоплеврита. В 1947 г. у нее диагностирован фиброзно-кавернозный туберкулез с выделением бацилл Коха. 27/XII 1947 г. произведен экстраплевральный пневмоторакс, после которого бациллы в мокроте перестали обнаруживаться. В октябре 1949 г. забеременела. Бациллы Коха вновь появились в мокроте. В связи с этим 9/XII произведен аборт.

Морально-бытовые условия плохие. При таком состоянии легких и неблагоприятных жизненных условиях сохранение беременности могло оказать плохое влияние на состояние больной. После аборта в течение 2 лет состояние осталось без изменения. Затем под влиянием лечения стрептомицином и ПАСК бактерии в мокроте перестали обнаруживаться.

После аборта у 24 женщин с неэффективным пневмотораксом состояние легочного процесса осталось без перемен, у 13 наступило улучшение.

При дальнейшем наблюдении улучшение выявлено еще у 12. У всех после законченного искусственного пневмоторакса в легких остались плотные очаги. Больным продолжались инсуффляции в сочетании с лечением стрептомицином и ПАСК. У одной больной через 2 года горточный туберкулез полностью излечен.

Наш материал показывает, что правы те авторы (Штернберг, Бейгель, Эйнис, Рубинштейн, Рыбкин, Капов, Дикстон и др.), которые придерживаются принципа индивидуального подхода к каждой беременной женщине, больной туберкулезом. Встречаются случаи, когда, несмотря даже на затихший туберкулез, необходимо прекратить беременность: при наличии осложнения активным внелегочным туберкулезом, например, костным, лимфатических узлов, кишечным, горловым и пр., когда необходимо длительное лечение антибактериальными препаратами, а также при сопутствующих заболеваниях, как субкомпенсированный порок сердца, подострый ревмокардит, язва желудка, требующая оперативного вмешательства, и др.

При очаговых формах в фазе инфильтративной вспышки и при инфильтративном туберкулезе мы придерживаемся такого правила: нужно наложить искусственный пневмоторакс и, если он окажется эффективным, сохранить беременность (конечно, при условии согласия на это больной). Но встречается ряд случаев, когда попытка наложить пневмоторакс еще до беременности не удалась, когда пневмоторакс прекращен до беременности как неэффективный или когда нельзя наложить его вследствие заболевания сердечно-сосудистой системы. В этих случаях мы прерывали беременность с тем, чтобы после аборта провести антибактериальную терапию.

Короткий промежуток времени между родами и новой беременностью (2 $\frac{1}{2}$  месяца в нашем наблюдении) также

вызывает необходимость прервать беременность даже при затихших формах туберкулеза. Частые беременности, следующие с небольшими промежутками, по наблюдениям акушеров (Шерер и др.), истощают женщину. Минимальным промежутком между родами, не ослабляющим здоровую женщину, М. С. Малиновский, Зельгейм и другие акушеры считают 2—3 года. Тем более это важно для женщин, страдающих активным туберкулезом.

Неблагоприятные внешние условия при наличии неактивного туберкулеза могут тоже служить показанием к прерыванию беременности. Встречаются еще случаи (в настоящее время уже редкие), когда труд неудовлетворительно организован, и тогда он может оказать неблагоприятное влияние на организм женщины, в особенности беременной. При этих условиях противотуберкулезный диспансер должен принять соответствующие меры через охрану труда по месту работы женщины. Если для женщины, сохранившей беременность, работа тяжела, то ее необходимо перевести на другую работу. Это соответствует советскому законодательству, которое охраняет труд беременной женщины.

Таким образом, причины для прерывания беременности разнообразны и поэтому их невозможно предусмотреть ни в какой официальной инструкции. Здесь может помочь только вдумчивый индивидуальный подход к каждой больной. В результате произведенных 136 аборт у 85 (62,5%) женщин процесс остался в стационарном состоянии, у 7 (5,1%) наблюдалось ухудшение (две из них умерли через 4—6 месяцев после аборта) и у 44 (32,3%) наблюдалось улучшение. Ухудшение отмечалось преимущественно при тяжелых распространенных формах туберкулеза: фиброзно-кавернозных, диссеминированных. В некоторых случаях оно проявилось непосредственно после аборта при отсутствии других отягчающих моментов. В этих случаях аборт несомненно послужил причиной ухудшения. Отдаленные результаты свидетельствуют о том, что в тех случаях, когда аборт не оказал непосредственного отрицательного влияния на туберкулезный процесс, туберкулез протекал в дальнейшем обычным путем, и в зависимости от факторов, воздействию которых он подвергался, отмечалось уклонение в ту или иную сторону. Так, дальнейшее лечение после аборта при неэффективном искусственном пневмотораксе пневмоперитонеу-

мом, хирургическими методами, антибиотиками и химиопрепаратами, санаторное лечение, улучшение условий труда способствовало обратному развитию туберкулезного процесса и даже выздоровлению. И, наоборот, преждевременное прекращение эффективного пневмотракса в силу каких-либо вынужденных обстоятельств, тяжелые моральные условия или психическая травма нередко вызывали прогрессирование процесса и даже смерть.

Из приведенного нами материала видно, что встречаются случаи, когда беременность может оказать неблагоприятное влияние на течение туберкулезного процесса и приходится прибегать к аборту. Поэтому мы не можем согласиться с авторами, которые совершенно отрицают аборт или категорически высказываются против прерывания беременности при любой форме туберкулеза (Мнушкин и Серебренников, Морен и Шертъе и др.). Но мы категорически высказываемся и против другой крайности — требования прерывания беременности при всех формах явного туберкулеза (Панков и Кюпферлей, Винтер, Ромберг и др.). Не можем мы полностью согласиться и с Рыбкиным, считающим, что аборт не ухудшает течения открытых форм туберкулеза. Нередки случаи, когда после аборта наблюдается прогрессирование процесса. По нашему мнению, на первый план необходимо поставить лечение беременных женщин, больных туберкулезом (в частности, коллапсотерапия, антибиотики и химиопрепараты), и прибегать к аборту только при неудаче лечения, учитывая при этом условия внешней среды и соблюдая принцип индивидуального подхода.

## 2. Роды

Родивших женщин под нашим наблюдением было 79.

Они все были направлены Московской городской центральной, областной и некоторыми районными абортными комиссиями и врачами противотуберкулезных диспансеров Москвы и Московской области в родильный дом имени Клары Цеткин и в диспансерное отделение Московского областного научно-исследовательского туберкулезного института на консультацию по поводу прерывания беременности. Больные женщины имели беременность от 6 до 12 недель; 44 из них, имевшим фибринооча-

говый туберкулез в фазе уплотнения, и 19 с эффективным искусственным пневмотораксом мы отказали в аборте за недостаточностью показаний к нему. 12 больным женщинам, которым по характеру процесса был показан искусственный пневмоторакс, предложено наложить его и сохранить беременность. Четырем женщинам аборт был показан, но они отказались от него и решили довести беременность до конца.

Распределение больных по формам туберкулеза и изменения, происшедшие в их состоянии после родов, представлены в табл. 2.

Таблица 2

Форма туберкулеза	Всего	Исход			
		улучше- ние	без пере- мен	ухудше- ние	смерть
Очаговый в фазе уплотнения	44	—	43	1	—
Инфильтративный . . . . .	1	1	—	—	—
Диссеминированный . . . . .	1	1	—	—	—
Фиброзно-кавернозный . . . . .	1	—	—	1	—
Эффективный искусственный пневмоторакс, наложенный по поводу очагового туберкулеза в фазе инфильтрации . . . . .	30	3	25	2	—
Неэффективный искусственный пневмоторакс, наложенный по поводу инфильтративного туберкулеза . . . . .	2	1	—	1	—
Итого . . . . .	79	6	68	5	—

У 9 из 44 женщин с фиброзноочаговым туберкулезом в фазе уплотнения не было данных об исходном процессе, так как они поступили на учет в тубдиспансер до беременности при наличии плотных очагов.

До наступления беременности 17 женщин имели очаговый туберкулез в фазе инфильтративной вспышки (у четырех из них с распадом) и 18 — инфильтративный туберкулез (у 11 с распадом). У 19 женщин в прошлом выделялись бациллы Коха, восемь страдали кровохарканием. У четырех было осложнение туберкулезом гортани, закончившимся до беременности, и у одной — заглохший

коксит 25-летней давности. 18 женщинам был наложен искусственный пневмоторакс, законченный до беременности. После родов в состоянии женщин не отмечалось никаких изменений.

В качестве иллюстрации приведем один пример.

Больная О., 26 лет, имела длительный комнатный контакт с отцом, умершим от легочного туберкулеза, осложненного туберкулезом гортани. В 1943 г. обнаружен инфильтрат с распадом в левом легком с выделением туберкулезных бактерий. Наложен левосторонний искусственный пневмоторакс, бактерии исчезли.

В 1945 г. появились мягкие очаги в правом легком. Наложен правосторонний искусственный пневмоторакс. Через 3 месяца торакокаустика слева, а через 5 месяцев — пневмоторакс закончен с обеих сторон вследствие облитерации плевральных полостей. На рентгенограмме в легких плотные очаги. Бактерии в мокроте не обнаруживались.

В 1950 г. вспышка в правом легком, обнаружен инфильтрат и выявлен туберкулез гортани. Направлена в санаторий, где проведено лечение стрептомицином (90,0) в сочетании с ПАСК (900,0). При выписке из санатория инфильтрат рассосался, в гортани клиническое излечение.

В феврале 1953 г. забеременела. В легких с обеих сторон имелись немногочисленные плотные очаги, а гортань, по заключению ларинголога, была в пределах нормы. Так как в течение 3 лет не отмечалось проявлений активации процесса ни в легких, ни в гортани и лабораторные показатели были благоприятными, разрешено было беременность сохранить.

Беременность, роды и послеродовой период протекали нормальные. Ребенок весил 4000 г. Мать кормила его грудью 9 месяцев.

В течение 1 года 3 месяцев после родов самочувствие хорошее, в легких и гортани без перемен. Ребенок здоров, развивается нормально.

При других наблюдениях от 1 года до 5 лет также не выявлено изменений, за исключением одного случая, на котором мы считаем необходимым остановиться.

Больная З., 27 лет. В 1929 г. в левом легком обнаружен мягкоочаговый туберкулез, по поводу которого наложен левосторонний искусственный пневмоторакс. Через 2 месяца пневмоторакс прекращен. Несмотря на кратковременность пневмоторакса, процесс затих и очаги постепенно уплотнились. В 1934 г. больная забеременела и хотела иметь ребенка. Ввиду наличия стойко затихшего процесса, не дававшего в течение 5 лет обострений, и благоприятных клинических и лабораторных показателей было разрешено сохранить беременность. Больная родила в срок доношенного ребенка. Кормила грудью около года. Муж больной пил, алкоголизм его постепенно прогрессировал. Он все чаще возвращался домой в пьяном виде и нередко буйствовал. Материальное положение ухудшилось. Больная все это тяжело переживала. Через год после родов появилась субфебрильная температура, в легких обнаружено перифокальное воспаление вокруг старых очагов; началось медленное прогрессирование процесса. Сис-

тематическому лечению мешали домашние обстоятельства. Через 5 лет выявился фиброзно-кавернозный туберкулез с выделением бацилл Коха. Через год после этого больная умерла.

Этот пример может служить яркой иллюстрацией влияния внешних условий на течение туберкулезного процесса.

При наличии эффективного искусственного пневмоторакса мы предложили сохранить беременность 19 женщинам. Среди них было 4 женщины с двусторонним пневмотораксом. Пневмоторакс был наложен в сроки от 1½ до 4 лет до беременности по поводу очагового туберкулеза в фазе вспышки (5 женщин) и инфильтративного (14 больных). У 11 больных процесс был с распадом.

У всех этих больных, за исключением одной, выделялись бациллы Коха, которые исчезли после наложения искусственного пневмоторакса. Клинические и лабораторные показатели были у всех благоприятные. После родов у 15 из 19 женщин процесс остался в стационарном состоянии, у трех наступило улучшение — в легких остались плотные очаги после законченного через 11—12 месяцев пневмоторакса; у 2 женщин наступило ухудшение. Одна после родов манкировала пневмотораксом и он из эффективного превратился в неэффективный. Больная самовольно прекратила его через 10 месяцев. Через 3 года у нее были обнаружены каверны в обоих легких, закрывшиеся после возобновления прекращенного пневмоторакса и наложения первичного на другую сторону.

У больной Г., 26 лет, при наличии эффективного левостороннего искусственного пневмоторакса 4-летней давности при восьминедельной беременности выявились в правом легком свежие мягкие очаговые изменения. Больная хотела иметь ребенка. Ввиду того что свежие очаговые высыпания обычно хорошо поддаются лечению антибиотиками, а слева был эффективный пневмоторакс, ей было разрешено сохранить беременность. Применено лечение стрептомицином одновременно с инфузиями. К 7 месяцам беременности после введения 50,0 стрептомицина очаги справа уплотнились, но за это время больная перенесла три раза левосторонний пневмоплеврит, вследствие чего произошла облитерация нижнего отдела плевральной полости.

В августе 1953 г. родила здорового ребенка весом 4200 г. Роды прошли без осложнений. На 15-й день после родов заболела гнойным маститом с температурой выше 40°. Лечилась стрептомицином (15,0) и пенициллином (8 000 000 ЕД). Температура снизилась, но больная перенесла еще два рецидива грудницы, после чего длительно держалась субфебрильная температура. Больная резко похудела и поблед-

нела. В октябре 1953 г. снова перенесла пневмоплеврит, после чего газ перестал идти и пневмоторакс пришлось оставить. В распушенном легком обнаружены плотные очаги.

В феврале 1954 г. подверглась операции аппендэктомии по поводу острого приступа аппендицита, после чего чувствовала большую слабость. На рентгенограмме в правом легком обнаружены мягкие очаги среди плотных.

В марте 1954 г. направлена в санаторий, где методом флотации обнаружены туберкулезные бактерии. Ввиду возможности остаточных явлений смешанной инфекции проведено комбинированное лечение фтивазидом (25,0), стрептомицином (15,0), ПАСК (1 кг) и пенициллином (5 000 000 ЕД). Через 2 месяца выписалась со значительным улучшением, абациллярной, но очаги в правом легком не вполне уплотнились. Поэтому больная продолжала принимать дома фтивазид (28,0).

При обследовании через 3 месяца после санатория обнаружены в правом легком только единичные очаги в фазе неполного уплотнения. Больная продолжает принимать фтивазид.

В этом случае прогноз оказался ошибочным вследствие ряда непредвиденных обстоятельств (интеркуррентные заболевания, операция, пневмоплевриты), понизивших сопротивляемость организма. После санаторного лечения и антибактериальной терапии больная поправилась.

Отдаленные результаты наблюдений, проводившихся от 1 года до 5 лет, свидетельствуют об улучшении у 11 женщин. У 9 после законченного пневмоторакса в легких обнаружены плотные очаги, у одной на месте каверны — шварта и у одной через 12 лет на рентгенограмме — чистые легкие.

Мы приведем одну историю болезни, представляющую для нас интерес как первый случай родов с нашего согласия при наличии эффективного искусственного пневмоторакса. Этот случай относится к 1928 г., т. е. к тому времени, когда многими врачами отрицалась возможность родов у женщин с искусственным пневмотораксом. Так, Гравезен (1925) настаивал на необходимости немедленного прекращения беременности, если имеется искусственный пневмоторакс. Закс (1925) предлагал перед родами распускать пневмоторакс. Диву (1931) считал возможным применять коллапсотерапию только после родов. В туберкулезное отделение родильного дома имени Клары Цеткин часто направляли больных с искусственным пневмотораксом из московских противотуберкулезных диспансеров и санаториев для прерывания беременности начальных или даже больших сроков. Опа-

сение сочетания беременности с искусственным пневмотораксом основывалось на необоснованном предположении, что поднятая вследствие сильно увеличенной матки диафрагма поджимает легкие и при наличии искусственного пневмоторакса может затруднить дыхание вследствие двойного поджатия легких. Но наши наблюдения показали, что это не так. Диафрагма при беременности во время выдоха стоит выше, чем до беременности. Но она делает более значительные экскурсии при усиленном дыхании, чем без беременности, и амплитуда ее колебания достаточно велика.

При полноценном искусственном пневмотораксе дыхание и циркуляция крови обычно не нарушаются. Поэтому во время беременности мы не видели таких изменений биомеханики грудной полости, которые препятствовали бы наложению искусственного пневмоторакса, если нет еще функциональных нарушений дыхания и кровообращения в результате туберкулезной интоксикации.

На этом основании мы решили отклонить аборт и разрешить роды больной.

Больная Г., 25 лет. Туберкулез обнаружен у нее в 1925 г.: в легком инфильтрат с распадом, справа мягкие очаги. В мокроте бациллы Коха, температура субфебрильная; РОЭ 25 мм в час. Наложена левосторонний искусственный пневмоторакс. Бациллы вскоре исчезли, температура и РОЭ стали нормальными. Пневмоторакс оказался эффективным. Очаги слева постепенно уплотнились. В январе 1928 г. больная забеременела, имея слева эффективный пневмоторакс, справа в над- и подключичной области плотные очаги. Температура и РОЭ нормальные. Беременность переносила хорошо. Во время родов для исключения потужной деятельности были наложены выходные щипцы. Роды прошли благополучно. Течение послеродового периода нормальное. Больная кормила грудью около года. Ребенок развивался правильно. В настоящее время это здоровый юноша 24 лет. Пневмоторакс закончен в 1931 г. вследствие клинического выздоровления. При рентгеноскопии: двусторонний, преимущественно левосторонний, диссеминированный туберкулез легких. Очаги плотные. При дальнейшем систематическом наблюдении больной состояние всегда хорошее, обострений не было, большинство очагов справа рассосалось. При обследовании 21 декабря 1948 г. жалоб нет, общее состояние хорошее. В легких на рентгенограмме: слева различной величины рассеянные до пятого межреберья кальцинированные очаги; справа — такие же очаги в над- и подключичной области в небольшом количестве.

Этот первый удачный случай поощрил нас не только уверенно разрешать роды женщинам, имеющим эффективный пневмоторакс, но и накладывать первичный од-

носторонний, а затем и двусторонний пневмоторакс в различные сроки беременности при соответствующих показаниях с целью сохранить беременность.

В 1934 г. мы имели уже возможность поделиться в печати результатами наших наблюдений над 57 беременными, родившими при наличии искусственного пневмоторакса<sup>1</sup>.

Из 12 женщин, которым наложен искусственный пневмоторакс при беременности сроком 1½—2 месяца с целью сохранить ее, семи наложен односторонний, а пяти переведен в двусторонний при наличии эффективного одностороннего. Двум женщинам пневмоторакс наложен при очаговом туберкулезе в фазе вспышки с распадом и без распада, девяти — по поводу инфильтрата, у шести из них с распадом. У одной больной пневмоторакс оказался неэффективным, и ей предложен аборт, но она решила сохранить беременность. Ей было применено в сочетании с инсуфляциями лечение стрептомицином и ПАСК. Состояние во время беременности было хорошее. Роды нормальные, здоровым ребенком. Послеродовой период протекал без осложнений. У 10 женщин пневмоторакс оказался эффективным. Они переносили его во время беременности хорошо и в послеродовом периоде в их состоянии не произошло никаких изменений.

При последующих наблюдениях в течение 5 лет у одной больной эффективный пневмоторакс перешел через год в неэффективный, но была применена антибактериальная терапия и больная поправилась.

Четыре женщины сохранили беременность, вопреки совету прервать ее.

Одна из этих женщин, 32 лет, имела очаговый туберкулез в фазе уплотнения. С 6 до 26 лет у нее был непрерывный тесный комнатный контакт с бациллярным отцом, двумя сестрами и братом, умершим от туберкулеза. Жилищные и материальные условия плохие. За 7 месяцев до беременности у нее обнаружен фиброноочаговый туберкулез легких в фазе инфильтрации. Лечилась ПАСК (приняла 1,5 кг). К началу беременности очаги уплотнились, но температура оставалась субфебрильной. Ввиду того что больная подвергалась в течение 20 лет влиянию массивной туберкулезной инфекции, за 7 месяцев до беременности имела активный туберкулезный процесс, к началу беременности температура была субфебрильной; РОЭ 25 мм в час и между последними родами и новой беременностью прошло лишь 1 год 3 месяца (срок слишком короткий и для здоровой жен-

<sup>1</sup> Вопросы туберкулеза, 1934, № 4.

щины), больной был предложен аборт, от которого она отказалась. В течение беременности она чувствовала слабость, температура была малой субфебрильной. Продолжала лечение ПАСК. Роды срочные, без осложнений. Ребенок здоровый. Кормила грудью. Через 6 месяцев ребенок умер от генерализованного туберкулеза. У больной через 7 месяцев после родов обнаружен двусторонний подострый гематогенно-диссеминированный туберкулез легких. Длительно лечилась в туберкулезной больнице. При обследовании через 3 года найден двусторонний хронический гематогенно-диссеминированный туберкулез в фазе уплотнения.

У этой женщины к началу беременности очаги в легких уплотнились, но явления интоксикации не исчезли (субфебрильная температура, ускоренная РОЭ), что могло зависеть от сохранившихся в лимфатических узлах или среди индуративно измененной ткани казеозных очагов. И так как сопротивляемость организма у больной была несомненно понижена в связи с перенесенным обострением до родов и коротким промежутком между последними родами и новой беременностью (1 год 3 месяца), произошла реактивация процесса, а затем и инфицирование ребенка при кормлении его грудью.

У второй больной с диссеминированным туберкулезом представляют интерес результаты проведенного лечения до и во время беременности.

Больная Б., 24 лет. В ноябре 1947 г. у нее обнаружен гематогенно-диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации с подозрением на распад слева. Мокроты не выделяла. С декабря 1947 г. по март 1948 г. находилась в санатории, где проведен курс лечения стрептомицином, которого получила 80,0. Выписалась с хорошим результатом — каверна не определялась, мягкие очаги частично рассосались, частично уплотнились. После санатория больная приступила к работе и чувствовала себя хорошо. В марте 1951 г. она обратилась за консультацией по вопросу о возможности сохранения беременности сроком 2½ месяца. На рентгенограмме у нее обнаружены в левом легком мягкие очаги. Принимая во внимание обострение в левом легком и учитывая, что больная провела уже курс лечения стрептомицином, получив его 80,0, вследствие чего у нее могли развиться формы бацилл Коха, устойчивых к антибиотику (а это помешало бы проведению повторного курса лечения стрептомицином для предупреждения возможной новой вспышки после родов), беременность было решено прервать.

Больная сохранила беременность, после чего снова было начато лечение стрептомицином, но в сочетании с ПАСК. Стрептомицина вводилось по 0,5 в сутки, ПАСК — по 2,0 пять раз в сутки. Вскоре появились головокружения, слабость, рвота. Доза ПАСК была сокращена до 6,0 в сутки, после чего рвота прекратилась. В мае при беременности сроком 4 месяца лечение стрептомицином закончено (получено 34,0), ПАСК продолжает принимать. В легких отмечается

рассасывание мягких очагов. Тошноты нет, самочувствие хорошее, температура нормальная. Беременность до конца переносит хорошо. Перед родами закончила лечение ПАСК, получила его 400,0. 4/X 1951 г. родила. После родов самочувствие хорошее, кашля нет, температура нормальная. На рентгенограмме от 14/XI 1951 г. мягкие очаги рассосались, остались слева единичные плотные.

В этом случае больная сама решила вопрос о сохранении беременности, повторное комплексное лечение антибактериальными препаратами закончилось успешно.

Из 4 больных этой группы одна (П., 25 лет) имела фиброзно-кавернозный туберкулез, по поводу которого за один год до беременности был наложен искусственный пневмоторакс, оказавшийся неэффективным и самоликвидировавшийся в начале беременности. От аборта больная отказалась. Комбинированное лечение стрептомицином и фтивазидом дало временный эффект, но к концу беременности процесс стал медленно прогрессировать. Роды были срочные, ребенок нормального веса. После родов процесс продолжал прогрессировать, через год больная выехала из Москвы в тяжелом состоянии. Бытовые условия были неблагоприятными, а во время беременности у больной были тяжелые переживания.

У больной К., 24 лет, в 1948 г. в связи с внезапным легочным кровотечением обнаружен также фиброзно-кавернозный туберкулез— две каверны в правом легком. В мокроте выявлены туберкулезные бактерии. Наложен двусторонний искусственный пневмоторакс, бактерии исчезли, самочувствие хорошее.

В 1950 и 1952 гг. после двух абортс имела каждый раз обострения туберкулезного процесса с температурой до 40°. В то же время больная пережила повторные пневмоплевриты, в связи с чем пневмоторакс стал неэффективным. После добавления к искусственному пневмотораксу лечения стрептомицином в сочетании с ПАСК вспышки затихали.

В августе 1952 г. новая беременность, в результате чего состояние больной снова ухудшилось, появилась слабость, усилился кашель, установилась субфебрильная температура, в мокроте обнаружены туберкулезные бактерии и эластические волокна; РОЭ 54 мм в час. Больная сохранила беременность, вопреки совету прервать ее.

В ноябре 1952 г. поступила в Московский областной научно-исследовательский туберкулезный институт. На рентгенограмме обнаружен двусторонний неэффективный искусственный пневмоторакс с частичными газовыми пузырями в верхней трети обоих легочных полей. В нижней трети правого легкого имеются две полости. Искусственный пневмоторакс продолжен и в сочетании с ним приступлено к лечению фтивазидом по 0,5 два раза в день. На 6-й день температура установилась нормальная, самочувствие улучшилось. За 6 месяцев пребывания в институте самочувствие стало хорошим, температура стойко нормальная, при многократном исследовании

мокроты туберкулезные бациллы не обнаружены. На рентгенограмме: от 5/V 1953 г. в правом поджатом легком в нижней трети ин-терстициальные уплотнения и плотный очаг. Каверны не определяются. Фтивазида принято всего 68,0.

В мае 1953 г. благополучно родила здорового ребенка весом 3500 г. В послеродовом периоде состояние хорошее.

В марте 1954 г. в легких перемен не обнаружено, пневмоторакс поддерживается.

В данном случае прогноз был сомнительным и поэтому нельзя было давать разрешение на сохранение беременности. Благоприятному течению процесса у больной способствовал, повидимому, длительный эффективный искусственный пневмоторакс, наложенный в начале заболевания, который стимулировал репаративные процессы в легких. Но полного закрытия каверн не произошло. Поэтому при обострении туберкулеза в начале беременности каверны снова открылись и зарубцевались только под влиянием лечения фтивазидом в сочетании с искусственным пневмотораксом.

Несмотря на благоприятный исход данного случая, мы все же считаем необходимым рекомендовать аборт во всех случаях фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, если беременность не превышает 12—14 недель.

Наши наблюдения над родившими женщинами показали, что на затихшие очаговые формы туберкулеза в фазе уплотнения ни беременность, ни роды не оказывали никакого влияния, хотя большинство женщин в отдаленном прошлом перенесло активный туберкулез, а некоторые — кавернозный с выделением туберкулезных бацилл (обострение имело место в одном случае у женщины, которая сохранила беременность, вопреки запрещению).

Такие женщины в течение всей беременности должны находиться под тщательным наблюдением противотуберкулезных диспансеров, так как за этот период могут выявиться различные факторы, которые смогут оказать влияние на понижение сопротивляемости организма (интеркуррентные заболевания, ухудшение морально-бытовых условий и др.) и вызвать активацию затихшего процесса.

Эти примеры (вопреки мнению тех врачей, которые считают, что у женщин, перенесших активный туберкулез, беременность, в особенности роды, может вызвать обострение процесса даже после длительного периода за-

тишья) показывают, что эти женщины прекрасно переносят беременность и роды.

При очаговых формах туберкулеза в фазе инфильтрации или распада, а также и при инфильтративном туберкулезе беременность и роды переносятся хорошо после наложения эффективного искусственного пневмоторакса и при лечении антибактериальными препаратами, а в некоторых случаях — при сочетании этих двух методов лечения. При этих условиях беременность может быть сохранена.

При гематогенно-диссеминированном туберкулезе легких беременность можно сохранить, если процесс протекает с нерезко выраженными симптомами интоксикации и только в тех случаях, когда женщина настаивает на ее сохранении. В этих случаях должно проводиться энергичное и длительное лечение антибиотиками и химиопрепаратами в туберкулезном стационаре.

Фиброзно-кавернозный туберкулез служит несомненным противопоказанием к сохранению беременности. Приведенные нами три случая родов при фиброзно-кавернозном туберкулезе были у женщин, которые категорически отвергли настоятельный совет прервать беременность.

При наличии и при вновь наложенном эффективном искусственном пневмотораксе мы не наблюдали ухудшений после родов. Только в одном случае произошло обострение процесса на противоположной стороне в связи с перенесенными после родов тяжело протекавшими интеркуррентными заболеваниями и операцией аппендэктомии. Но надо принять во внимание, что всем этим больным пневмоторакс был наложен по поводу нераспространенных форм туберкулеза — ограниченно очагового и инфильтративного, т. е. при тех формах, когда нарушения функционального состояния организма больных в связи с туберкулезной интоксикацией обычно еще не проявляются или выражены нерезко.

Но если вопрос идет о сохранении беременности у больной с пневмотораксом, наложенным по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза, или о наложении при той же форме туберкулеза первичного пневмоторакса с целью сохранить беременность, то в этих случаях требуется осторожный подход. Здесь могут проявиться нарушения функций дыхания и кровообращения, с одной стороны, как следствие токсического влияния туберкулеза и, с

другой — в связи с распространенными и деструктивными изменениями ткани легкого.

Поэтому сохранить беременность можно только тем женщинам с эффективным искусственным пневмотораксом, наложенным по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза, у которых функциональные нарушения незначительны.

Следует указать, что вопрос о сохранении беременности должен разрешаться только после всестороннего выяснения условий жизни больной, которые играют большую роль в течении туберкулезного процесса во время беременности и в послеродовом периоде.

Нужно учитывать и желание женщины иметь ребенка. Если женщина, страдающая активным туберкулезом легких, настаивает на прерывании беременности, долг врача разъяснить ей возможность сохранения беременности и излечения от туберкулеза.

В случаях сомнительного прогноза, как, например, при стойко затихшем процессе, но с явлениями туберкулезной интоксикации, когда у врача возникают колебания в возможности сохранения беременности, нельзя предоставлять возможность решения самой женщине, как это предлагают Штернберг, Рыбкин, Кобот и др.

Врач не должен предоставлять решение этого трудного вопроса больной. Он обязан продумывать его до конца и сделать собственное авторитетное заключение.

---

## Глава IV

### ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ СРОКОМ СВЕРХ ТРЕХ МЕСЯЦЕВ

До сих пор мы говорили о прерывании беременности до 3 месяцев. Но приходится часто разрешать вопрос о прерывании у больных туберкулезом беременности со сроком сверх 3 месяцев.

Литература не дает определенных указаний на этот счет.

Из русских авторов одни высказываются категорически против прерывания беременности со сроком сверх 3 месяцев, основываясь на тех соображениях, что в связи с прерыванием беременности, особенно чем больше ее срок, резко ухудшается течение туберкулезного процесса (Миронов, 1909; Штернберг, 1923; Рубель, 1930; Агаронов, 1930; Бейгель, 1935; Александрова, 1948, и др.). Другие считают допустимым прерывание беременности больших сроков, но только в исключительных, строго обоснованных случаях (Александров, 1908; Судаков, 1923; Мельников, 1931, и др.).

По мнению С. И. Благоволина (1939), прерывание беременности во второй половине способствует прекращению дальнейшего быстрого развития туберкулезного процесса. Поэтому категорическое отклонение прерывания беременности во второй половине не всегда является правильным.

Ф. В. Шебанов (1950) высказывается за необходимость сохранения беременности после 3 месяцев, приняв все меры к эффективному лечению больной от туберкулеза. Он допускает прерывание только в тех случаях, когда предпринятое лечение окажется неэффективным.

В иностранной литературе во взглядах на этот вопрос имеются еще более резкие противоречия.

Многие авторы считают противопоказанным прерывание беременности после 3—4 месяцев. По их убеждению, тяжелое оперативное вмешательство не может благоприятно повлиять на течение туберкулезного процесса, а чаще ухудшает состояние больной [Швайцер, 1922; Франк (Franque), 1931; В. Калов (W. Kalov), 1948; Интайер (Mc Intyrl), 1949, и др.]. Некоторые авторы признают аборт в последние три месяца при тяжелом туберкулезе безнадежным [Бекман и Кирх (Beckmann u. Kirch, 1929), Диву (Divoux), 1931].

Другая группа авторов также высказывается против прерывания беременности больших сроков, но из совершенно противоположных соображений. Они не придают значения беременности, как фактору, могущему вредно отразиться на заболевании туберкулезом [Менге, 1926; Майер (I. Mayer), 1928; Гансен (Hansen), 1925, и др.].

Все же следует согласиться с тем, что прерывание беременности после 3 месяцев является непоказанным.

Прерывание беременности поздних сроков сопряжено с серьезным оперативным вмешательством, которое является чрезмерным раздражителем для коры головного мозга, связано с нарушением целостного организма матери и плода вследствие преждевременного удаления плода и с внезапным нарушением интероцептивных влияний с внутренних половых органов на кору головного мозга, что может вызвать ухудшение ее функционального состояния.

Мы решили проверить результаты как оперативного прерывания беременности поздних сроков, так и сохранения беременности у женщин, больных туберкулезом.

Наши наблюдения над женщинами с беременностью поздних сроков проводились с 1927 г. Еще не так давно многие формы туберкулеза, как гематогенно-диссеминированный, фиброзно-кавернозный, давали большую смертность, а милиарный туберкулез и туберкулезный менингит считались неизлечимыми.

В тот период не было еще опыта в отношении того, как поступать с больными туберкулезом, обратившимися с поздним сроком беременности и далеко зашедшим туберкулезом. При этих формах туберкулеза широко применялось прерывание беременности путем операции малого кесарева сечения. Естественно, что при такой практике результаты операции оказывались неблагоприятны-

ми, наблюдался большой процент тяжелых обострений туберкулезного процесса и смертности.

Но и при сохранении беременности у больных с указанными формами туберкулеза процесс в большинстве случаев протекал тяжело, наблюдались смертельные исходы после родов, а в некоторых случаях и до наступления родов, при наличии жизнеспособного младенца.

За последние годы благодаря проведению широких оздоровительных и специальных противотуберкулезных мероприятий, улучшению работы по своевременной диагностике туберкулеза и внедрению в практику антибактериальной терапии изменилось течение и прогноз туберкулеза, резко снизилась заболеваемость и смертность от туберкулеза.

Это общее положение отразилось на течении туберкулезного процесса и у беременных женщин. Поэтому мы не будем останавливаться на анализе той части нашего большого материала, которая относится к периоду до введения антибактериальной терапии.

Но все же нужно указать, что на основе этого материала мы имели возможность выработать определенные установки в отношении сочетания тяжелых форм туберкулеза легких с беременностью. На основании наших длительных клинических наблюдений над больными с прогрессирующими функциональными и анатомическими изменениями в легких, которые значительно реже, но все же встречаются и в настоящее время, мы пришли к убеждению, что прерывание беременности больших сроков может вызывать у этих больных весьма тяжелые обострения туберкулезного процесса. Поэтому в данных случаях следует применять лечение антибактериальными препаратами и доводить беременность до конца.

Мы приведем наши клинические наблюдения за последние 5—6 лет, когда в связи с ранним выявлением туберкулеза уменьшилось количество запущенных форм и благодаря введению антибактериальной терапии некурабельные формы туберкулеза стали курабельными. Под нашим наблюдением находилось 245 женщин, больных туберкулезом, с беременностью от 4 до 8 месяцев. У 106 больных беременность была прервана, 139 женщинам аборт не был произведен.

Причины позднего обращения женщин к врачу по вопросу о прерывании беременности были следующие.

1. Поздно обнаруженная беременность. В эту группу входят больные с активным туберкулезом, страдающие аменореей, которой они и приписывали отсутствие менструаций, связанное с наступившей беременностью. Эти женщины узнавали о беременности только при шевелении ребенка.

2. Многие женщины при наступлении беременности считали себя здоровыми. Лишь с появлением субъективных признаков далеко зашедшего туберкулеза обращались к врачу с запущенным процессом и большой беременностью.

3. Во второй половине беременности впервые проявлялся туберкулез или обострялся затихший туберкулезный процесс.

4. Существует еще одна причина — это желание женщины иметь ребенка. Эти больные забеременели, имея выраженный туберкулез и ряд жалоб, связанных с наличием туберкулезного процесса. Но одни из них не обращались к врачу из-за боязни, что он не разрешит им иметь ребенка, другие хотя и обращались, но, несмотря на настойчивый совет прервать беременность, все же сохраняли ее.

## 1. Аборт

Беременность сверх 3 месяцев прервана у 106 женщин. В большинстве случаев прерывание беременности производилось путем влагалищного кесарева сечения и методом заоболочечного вливания в матку риванола. Лишь в единичных случаях было применено введение метрейринтера и малое кесарево сечение.

У 33 женщин, страдавших очаговым туберкулезом легких в инфильтративной фазе, имело место осложнение туберкулезом гортани, брюшины, кишечника и другими формами внелегочного туберкулеза, а также легочным кровотечением.

У этой группы больных малыми формами туберкулеза в связи с проведенной после прерывания беременности коллапсо- или антибактериальной терапией чаще всего отмечалось улучшение (у 22 женщин); без перемен процесс остался у 9 женщин и у 2 наступило ухудшение.

У одной больной искусственный пневмоторакс, наложенный после кесарева сечения, оказался неэффективным, выявилась каверна; у другой после прерывания бе-

### Исход туберкулеза после прерывания беременности сверх трех месяцев

Форма туберкулеза	Всего	Исход			
		улучше- ние	без пере- мен	ухудше- ние	смерть
Очаговый в фазе инфильтрации	33	22	9	2	—
Инфильтративный . . . . .	36	17	17	2	—
Гематогенно-диссеминирован- ный . . . . .	23	8	14	—	1
Фиброзно-кавернозный . . . . .	14	5	7	2	—
Итого . . . . .	106	52	47	6	1

ременности произошло обострение легочного туберкулеза и начался туберкулезный менингит.

Приведем их истории болезни.

У больной Ж., 41 года, при профилактическом осмотре во время пятимесячной беременности выявлен мягкоочаговый туберкулез в верхнем отделе правого легкого. После прерванной беременности путем операции малого кесарева сечения тотчас же наложен правосторонний искусственный пневмоторакс, оказавшийся неэффективным, — в поджатом легком выявилась каверна и обнаружены туберкулезные бактерии в мокроте. Произведена операция торакокаустики, но каверна и бактерии не исчезли. Примененное лечение стрептомицином (40,0) в сочетании с ПАСК (1,1 кг) в дополнение к инфузиям дало только субъективное улучшение, состояние в легких осталось в том же положении, бактерии в мокроте продолжали выделяться. Через 2 года пневмоторакс как бесполезный прекращен. Проведен повторный курс лечения стрептомицином (40,0) и ПАСК (38,0), давший только симптоматический эффект.

Через год после прекращения пневмоторакса начато лечение фтивазидом, только что вошедшим в то время в лечебную практику. Улучшилось общее состояние, но полость распада осталась без изменений и бактериовыделение продолжалось. Приняла фтивазида 105,0. В дальнейшем процесс протекал волнообразно по типу фиброзно-кавернозного туберкулеза легких с выделением бактерий. Через 5 лет после кесарева сечения диагноз тот же, бактерии в мокроте не исчезли, общее самочувствие удовлетворительное.

В этом случае ухудшение после кесарева сечения произошло вследствие неэффективного пневмоторакса. Стрептомицин и ПАСК способствовали снятию явлений интоксикации.

При лечении фтивазидом обычно отмечается развитие reparативных процессов, но это наблюдается преимущественно при свежих кавернах, лишенных организованной капсулы. У больной Ж. каверна трехлетней давности. По этому поводу показано оперативное вмешательство.

У больной Н., 18 лет, в октябре 1953 г. обнаружен очаговый туберкулез левого легкого в фазе инфильтрации. 11/XI 1953 г. поступила в санаторий имени М. И. Калинина с температурой до 38°. Начато лечение стрептомицином. Температура снизилась до 37,2°.

28/XI выявлена четырехмесячная беременность. Переведена в туберкулезное отделение родильного дома № 9, где 13/XII беременность прервана при посредстве заоболочечного вливания в матку риванола. Лечение стрептомицином продолжалось.

20/XII вернулась в санаторий в удовлетворительном состоянии и с малой субфебрильной температурой. В ночь на 4/I 1954 г. появилась резкая головная боль и рвота, обнаружена ригидность затылочных мышц, слабо положительный симптом Кернига, вялость эрачковых реакций, температура поднялась до 37,7°. Назначен фтивазид. 5/I головная боль усилилась, рвота стала непрерывной, наступила сонливость, апатичное состояние и брадикардия; пульс 60 ударов в минуту. Поставлен диагноз туберкулезного менингита. 6/I переведена в Московский областной научно-исследовательский туберкулезный институт, где диагноз менингита подтвердился, а в легких установлен двусторонний гематогенно-диссеминированный туберкулез; менингеальные симптомы ясно выражены. При люмбальной пункции обнаружен высокий цитоз (404) и положительные белковые реакции (до 2,10). Применено лечение стрептомицином эндолюмбально по 0,15 (150 000 ЕД) и фтивазидом внутрь по 0,5 в день. Через 2 недели ввиду появившихся сильных болей в нижних конечностях фтивазид отменен, стрептомицин эндолюмбально продолжался. Боли не прекращались, перешли на внутримышечные инъекции стрептомицина по 0,5. Первый курс лечения закончен на 38-й пункции. Всего получила стрептомицина эндолюмбально 5,7 и внутримышечно 20,0, фтивазида — 5,5. К этому времени белок в спинномозговой жидкости снизился до 1,5‰, цитоз — до 100. Самочувствие улучшилось, температура установилась нормальная, менингеальные явления уменьшились.

Перед вторым курсом лечения самочувствие ухудшилось, появились слабость, головные боли, рвота. После трех эндолюмбальных пункций стрептомицина было решено перейти на менее токсичный салюзид по 1,0 эндолюмбально, а стрептомицин продолжать вводить внутримышечно. Через 12 дней появился дерматит. В связи с этим лечение стрептомицином прекращено, а салюзид, помимо эндолюмбального введения, стали применять внутрь по 1,0.

За второй курс лечения больной сделано 26 пункций салюзидом и 24,0 она получила внутрь.

После 6-дневного перерыва начат третий курс лечения при наличии в спинномозговой жидкости цитоза 37 и белка 0,3‰. Проведено 15 эндолюмбальных инъекций салюзидом и дано внутрь 30,0 по 1,0 препарата в день. После этого белка в спинномозговой жидкости было 0,3‰, цитоз 1; РОЭ 10 мм в час. В легких в верхних полях уплотненные очаги.

23/VI 1954 г. больная выписалась из института в состоянии полного благополучия и для закрепления результатов лечения направлена в санаторий, где провела два месяца.

При контрольном обследовании в октябре 1954 г. в легких без перемен, в спинномозговой жидкости уклонений от нормы не обнаружено. Температура нормальная.

Больная в связи с беременностью перенесла тяжелую психическую травму, что не могло не отразиться на регуляторной и адаптационной способности нервной системы. Вследствие этого она оказалась также вовлеченной в обострение туберкулезного процесса, наступившего вслед за прерыванием беременности сроком 4 $\frac{1}{2}$  месяца.

При наличии инфильтративного туберкулеза беременность была прервана у 36 женщин. У двух из них процесс был осложнен туберкулезом гортани.

При инфильтратах отчасти и при диссеминированном туберкулезе, так же как и при очаговых формах, мы прерывали беременность в тех случаях, когда нельзя было рассчитывать при сохранении беременности на успех активной терапии (в связи с тяжелыми бытовыми и моральными условиями) или она оказывалась неэффективной, а также при осложнениях внелегочным туберкулезом.

После прерывания беременности процесс остался без перемен у 17 женщин и у 17 наблюдалось улучшение; у двух наступило ухудшение.

Одна из них, С., 19 лет, считала себя здоровой, почему и сохранила беременность без совета с врачом. При пятимесячной беременности обнаружен в правом легком инфильтрат с распадом и выделением туберкулезных бактерий. Ввиду того что больная находилась в неблагоприятных бытовых условиях и имела тяжелые моральные переживания, решено беременность прервать. С целью избежать обострения процесса после аборта в декабре 1953 г. наложен правосторонний искусственный пневмоторакс до прерывания беременности, но он оказался неэффективным. В январе 1954 г. беременность прервана путем вливания в полость матки риванола, после чего в санатории в марте 1954 г. произведена торакокаустика, осложнившаяся пневмоплевритом, который вскоре рассосался. Инсуффляция продолжалась.

В июне 1954 г. снова пневмоплеврит и обнаружена каверна в правом легком. Больная помещена в Московский областной научно-исследовательский туберкулезный институт, где проводилось сначала лечение стрептомицином (53,0) в сочетании с ПАСК (340,0), а затем фтивазидом по 1,0 в день (13,0). В то же время производилось откачивание жидкости, но она снова набиралась. В связи с этим перешли на салюзид по 1,5 внутрь в день и 3 раза в плевральную полость вводился 10% раствор салюзиды по 10,0. Жидкость постепенно

рассосалась, температура установилась нормальная; РОЭ с 40 мм в час замедлилась до 10 мм в час. Каверна рентгенологически не определяется.

Вторая больная после прерывания беременности отказалась от стационара, для дальнейшего лечения уехала в деревню и вернулась оттуда через 10 месяцев с двусторонним диссеминированным туберкулезом легких. Помещена в Московский областной научно-исследовательский туберкулезный институт, где ей с успехом была применена антибактериальная терапия.

Из 17 женщин, имевших улучшение, у двух легочный туберкулез сопровождался туберкулезом гортани. У этих больных проводилось лечение антибактериальными препаратами.

При гематогенно-диссеминированном туберкулезе беременность прервана у 23 женщин. Шесть из них имели осложнение туберкулезом гортани.

После прерывания беременности путем заоболочечного вливания в матку риванола и влагалищного кесарева сечения у 14 женщин процесс остался без перемен, у восьми наступило улучшение и у одной ухудшение, приведшее к смерти.

При установлении прогноза и решении вопроса о прерывании беременности больших сроков диссеминированный туберкулез всегда представлял большие трудности вследствие особенности его течения. За время продолжительного течения беременности можно ожидать вспышки вследствие быстрого контактного роста очагов с переходом их в пневмонические участки, нередко подвергающиеся казефикации с последующим распадом.

В этих случаях после прерывания беременности можно было ожидать дальнейшего прогрессирования процесса. И действительно, мы наблюдали раньше при гематогенно-диссеминированном туберкулезе легких большой процент тяжелых исходов, часто смертельных, наступавших в большинстве случаев непосредственно после прерывания беременности больших сроков. В настоящее время, когда применение антибактериальных препаратов открыло возможность эффективной терапии этой формы туберкулеза, только у одной женщины из 23 наблюдалось прогрессирование процесса, приведшее к смерти.

Больная Т., 21 года, в марте 1948 г. заболела очаговым туберкулезом легких в фазе инфильтрации. После лечения в санатории на-

ступило значительное улучшение. В августе 1948 г. забеременела. Диспансер не посещала из опасения, что ей не разрешат сохранить беременность. После многократных вызовов явилась в диспансер (беременность была уже около шести месяцев). Обнаружен двусторонний тотальный гематогенно-диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтративной вспышки с каверной в правом легком. Начато лечение стрептомицином и ПАСК. Ввиду распространенного процесса, требующего длительного лечения антибактериальными препаратами с последующим наложением искусственного пневмоторакса, решено прервать беременность. В марте 1949 г. произведено влагалличное кесарево сечение. После операции в обоих легких обильные катарральные явления, сильный кашель со рвотой, температура 39° и выше.

В апреле 1949 г. произошел спонтанный пневмоторакс. После многократных откачиваний воздуха пневмоторакс постепенно ликвидировался. Состояние больной, несмотря на продолжавшееся лечение стрептомицином и ПАСК, ухудшалось и 9/X 1949 г. она скончалась.

В данном случае больная из желания иметь ребенка скрывала свою беременность и явилась в диспансер с далеко зашедшим туберкулезным процессом. После прерывания беременности состояние резко ухудшилось, а присоединившийся спонтанный пневмоторакс еще утяжелил состояние больной.

При обращении больной в тубдиспансер прогноз был сомнительный, и, вероятно, при сохранении беременности исход был бы такой же.

Четырнадцать женщинам беременность прервана по поводу фибринозно-кавернозного туберкулеза легких, в 3 случаях осложненного гортанным. Эта форма туберкулеза представлена по сравнению с другими формами небольшим количеством больных вследствие того, что в настоящее время запущенные формы туберкулеза встречаются значительно реже. В этой группе у 7 женщин состояние здоровья осталось без перемен, улучшение наблюдалось у пяти, ухудшение — у двух.

Наши наблюдения показывают, что прерывание беременности больших сроков может послужить причиной тяжелых вспышек туберкулеза легких, в особенности при распространенных легочных процессах, даже при лечении искусственным пневмотораксом и антибактериальными препаратами.

Надо отметить, что обострение после прерывания беременности больших сроков наблюдалось не только у больных с сомнительным прогнозом, но и у тех, у которых можно было рассчитывать на благоприятное течение туберкулезного процесса после операции.

Это показывает, насколько разнообразны результаты прерывания большой беременности и как иногда трудно бывает учесть исход операции при разрешении вопроса о прерывании беременности больших сроков, т. е. установить правильный прогноз.

Установить правильный прогноз не всегда легко в патологии туберкулеза и не осложненного беременностью (как вследствие полиморфизма течения туберкулеза, дисфункции эндокринных желез и связанных с ними нарушений в деятельности ряда других систем организма, в том числе центральной нервной системы, так и влияния на течение туберкулезного процесса отягощающих факторов внешней среды).

Эти трудности остаются в силе и при беременности, но к ним присоединяются еще те сложные изменения, которые происходят в организме беременной женщины.

На трудность установить верный прогноз легочного туберкулеза при беременности указывает и Майер (1928), ссылающийся на ошибки интернистов, сделанные в отношении его больных, а Винтер в доказательство той же трудности приводит результаты своих совместных с кенигсбергской клиникой наблюдений над больными. Их материал дал совершенно неожиданный результат: в случаях, когда вследствие неблагоприятного прогноза был сделан аборт, получилось ухудшение у 31% больных, а там, где аборт был отклонен вследствие хорошего прогноза, процент ухудшения дошел до 47.

Наши примеры, ошибки интернистов, Майера и неожиданные результаты Винтера дают указания на то, что, устанавливая прогноз туберкулеза при беременности, нельзя руководствоваться только клинико-анатомическим диагнозом, а необходимо принимать во внимание лечебные мероприятия, их эффективность и условия внешней среды.

Так, применение искусственного пневмоторакса беременным женщинам до и после прерывания беременности больших сроков, по нашим наблюдениям, сыграло большую роль в благоприятном течении туберкулезного процесса после операции.

Поэтому во всех случаях, когда показано наложение искусственного пневмоторакса, следует накладывать его до операции прерывания беременности, чтобы предупредить возможную вспышку после операции.

## 2. Роды

Из 230 женщин с поздней беременностью, больных туберкулезом, прерывание беременности не было произведено 139. Это обусловлено следующими причинами: 1) тяжесть туберкулезного процесса; 2) недостаточность показаний к прерыванию беременности; 3) большая беременность (7—8 лунных месяцев); 4) условное отклонение с тем, что если предпринятое лечение не даст результатов, поставить вновь вопрос о прерывании беременности; 5) отказ женщины от прерывания беременности в связи с желанием иметь ребенка.

Состояние процесса после родов в связи с неприменением аборта приведено в табл. 4.

Таблица 4

Состояние процесса после родов у беременных, больных туберкулезом, которым не применен аборт после трех месяцев

Причина неприменения аборта	Всего	Исход			
		улучше- ние	без пере- мен	ухудше- ние	смерть
Тяжесть состояния . . . . .	7	6	—	—	1
Недостаточность показаний	31	—	31	—	—
Беременность более 5—6 меся- цев . . . . .	19	—	18	1	—
Условный отказ—лечение . . .	47	44	3	—	—
Беременность сохранена по соб- ственному желанию . . . . .	35	16	18	—	1
Итого . . .	139	66	70	1	2

Рассмотрим каждую группу в отдельности.

В первую группу (отказ от прерывания беременности вследствие тяжести туберкулезного процесса) вошло 7 женщин. Две из них страдали двусторонним тотальным гематогенно-диссеминированным туберкулезом легких (у одной он был осложнен туберкулезом гортани) и пять — фиброзно-кавернозным. Ввиду далеко зашедшего туберкулезного процесса у этих больных беременность не была прервана во избе-

жание обострения после аборта. Применено лечение антибактериальными препаратами. У 6 больных наступило значительное улучшение, они благополучно родили в срок и продолжали лечение после родов. Седьмая больная к врачам не обращалась и прибыла в таком тяжелом состоянии (фиброзно-кавернозный туберкулез легких в фазе вспышки с множественными кавернами), что через трое суток скончалась (беременность 8 месяцев).

Ко второй группе (отклонение вследствие недостаточности показаний) отнесена 31 женщина; 24 из них имели ограниченно-очаговый туберкулез легких и семь — эффективный искусственный пневмоторакс. Ввиду того что одни женщины имели ограниченный процесс в периоде затихания или совершенно затихший, а другие — эффективный искусственный пневмоторакс при благоприятной клинической картине и лабораторных данных, не было никаких оснований для прерывания беременности.

У всех женщин беременность и послеродовой период протекали вполне благоприятно.

В третью группу (отклонение вследствие большой беременности) вошло 19 женщин с активными клиническими формами туберкулеза от очагового до фиброзно-кавернозного и две с осложнением туберкулезом гортани. Все они имели беременность сроком от 7 до 8 месяцев, почему прибегать к операции для прерывания беременности было уже поздно.

Для прерывания беременности сроком 7 месяцев и выше может быть применено только искусственное родоразрешение, так как ребенок в этот период беременности уже жизнеспособен. Но прерывать беременность таких поздних сроков нет никаких оснований. Приведенный выше анализ наших данных свидетельствует о том, что прерывание беременности больших сроков у больных с далеко зашедшим туберкулезным процессом может вызвать весьма тяжелые обострения процесса, и нормальные роды для этих женщин являются менее тяжелым актом, нежели искусственное прерывание беременности. Таких больных следует лечить антибиотиками и химиопрепаратами и доводить беременность до конца.

При более легких формах легочного туберкулеза еще меньше оснований для искусственных преждевременных родов. Заболевание в этих случаях прекрасно поддается

лечению антибактериальными препаратами, а при соответствующих показаниях и искусственным пневмотораксом, в связи с чем в интересах женщины следует доводить беременность до срочных родов.

Всем направленным к нам беременным женщинам с очаговым туберкулезом в фазе распада, при инфильтрации и диссеминации во время беременности было применено лечение искусственным пневмотораксом, стрептомицином, ПАСК и фтивазидом, а в одном случае искусственным пневмотораксом в сочетании со стрептомицином.

Все женщины, за исключением одной, благополучно родили в срок и после родов чувствовали себя хорошо.

У больной А., 33 лет, на VIII месяце беременности обнаружен инфильтративный туберкулез левого легкого в фазе распада с засевом в правое легкое и с выделением бацилл Коха. С этими явлениями поступила 8/II 1950 г. в Московский областной научно-исследовательский туберкулезный институт. С 28/II начато лечение стрептомицином по 0,5 в сутки. В тот же день наложен первичный искусственный пневмоторакс слева при беременности сроком 8½ месяцев. Состояние после инсуффляции хорошее. Мокрота перестала выделяться, температура установилась нормальная. Сделана 31 инъекция стрептомицина, всего введено 15,5. 1/IV начались схватки, больная переведена в туберкулезное отделение родильного дома № 9. В тот же день родила девочку, весом 3 800 г. После родов самочувствие хорошее, температура нормальная. На 6-й день произведена очередная инсуффляция. 10/IV больная возвращена в МОНИТИ, где продолжен искусственный пневмоторакс. Ввиду наличия спаек 4/V произведена операция полной торакокаустики слева, после которой легкое равномерно поджалось. Справа отмечается уменьшение очаговых изменений.

20/V 1950 г. больная выписалась в хорошем состоянии, с хорошим газовым пузырем и нормальной температурой.

Ухудшение процесса отмечалось у женщины, лечившейся во время беременности стрептомицином по поводу очагового туберкулеза, в результате которого отмечено значительное улучшение. Но после открывшегося на VIII месяце беременности маточного кровотечения и произведенных путем кесарева сечения преждевременных родов, несмотря на продолжение лечения стрептомицином, появился свежий очаг на другой стороне. После предпринятого комплексного лечения стрептомицином и ПАСК наступило улучшение, свежий очаг стал уплотняться.

В четвертую группу (сохранение беременности с условием при неэффективном лечении прервать беременность) вошло 47 женщин, которым по состоянию легких была показана актив-

ная терапия, главным образом коллапсотерапия и антибактериальная терапия. Мы сохранили им беременность, но с условием, что если предложенное лечение окажется безуспешным, то решение будет пересмотрено.

Одна женщина с очаговым туберкулезом в фазе рассасывания была направлена в санаторий, где провела 2½ месяца, хорошо поправилась, очаги частично уплотнились. Роды и послеродовый период перенесла хорошо.

Искусственный пневмоторакс наложен 29 женщинам, одной из них — двусторонний. У 3 человек он оказался неэффективным. Им проведено комплексное лечение инсуффляциями и антибактериальными препаратами. Двум женщинам не удалось наложить пневмоторакс из-за тяжело протекавшей беременности (отеки, одышка) и вследствие преждевременных родов. Первой женщине успешно проведено лечение стрептомицином и сердечными средствами, второй наложен искусственный пневмоторакс после родов. У четырех не пошел газ, в связи с этим одной женщине произведена ваго-симпатическая блокада, другой — операция на диафрагмальном нерве (у обеих с хорошим результатом) и двум операция торакопластики на VII и VIII месяце беременности.

Ввиду того что в русской литературе мы не встречали описания торакопластики во время беременности, приведем историю болезни этих двух женщин.

Больная Н., 30 лет, в ноябре 1939 г. забеременела и, считая себя здоровой, сохранила беременность без совета с врачом. В начале мая 1940 г., на VI месяце беременности, установлен хронический фиброзно-кавернозный туберкулез легких в фазе инфильтрации, при наличии бацилл Коха и эластических волокон в мокроте. Искусственный пневмоторакс не удался. Решено произвести операцию торакопластики. 7/VI 1940 г. в Московском областном научно-исследовательском туберкулезном институте была произведена первая нижняя фаза, удалены ребра от VI до IX. Больная во время и после операции чувствовала себя хорошо. 27/VI произведена вторая верхняя фаза, удалены ребра от V до I. Перенесла хорошо и вторую операцию. 20/VII роды на 2 недели раньше срока. Послеродовой период протекал нормально.

Преждевременные роды наблюдаются нередко при тяжелых формах туберкулеза с явлениями интоксикации. В данном случае связывать преждевременные роды с операцией торакопластики нет оснований, так как они произошли через 23 дня после этой операции.

У больной Я., 26 лет, туберкулез впервые обнаружен в 1936 г. — очаговый в фазе инфильтративной вспышки. После двух месяцев

лечения в санатории процесс затих. В июле 1939 г. больная забеременела. Ввиду очагового туберкулеза в фазе уплотнения, беременность была сохранена. На VII месяце беременности обнаружен левосторонний фиброзно-кавернозный туберкулез в фазе распада. Вследствие большого срока беременность была сохранена и предложено наложить искусственный пневмоторакс, но газ не пошел. Тогда решено было произвести операцию торакопластики. 3/II 1940 г., тоже в МОНИТИ, на VIII месяце беременности была сделана первая нижняя фаза, иссечены ребра от X до V. Во время операции и в послеоперационном периоде больная чувствовала себя хорошо. 25/II проведена вторая верхняя фаза — резецированы I—V ребра. После операции самочувствие хорошее. 3/IV больная родила в срок. После родов небольшая одышка, но самочувствие удовлетворительное. Больная выписалась в хорошем состоянии. В 1941 г. выехала в Казахстан, чувствует себя в течение 9 лет после операции хорошо. Ребенок здоров.

Из остальных 11 женщин восемь страдали очаговым туберкулезом легких в фазе инфильтративной вспышки и тригематогенно-диссеминированным туберкулезом с резко выраженными симптомами интоксикации. Рентгенологически у всех отмечались очаги различной плотности.

Под влиянием проведенной антибактериальной терапии, преимущественно стрептомицином и в сочетании с ПАСК, а также фтивазидом у всех наступило улучшение, наблюдалось рассасывание перифокальной инфильтрации вокруг очагов и свежих очагов, установилась нормальная температура.

Для иллюстрации приведем результаты лечения стрептомицином больной, страдавшей двусторонним гематогенно-диссеминированным туберкулезом легких.

Больная С., 22 лет, больной туберкулезом себя не считала. На IV месяце беременности направлена женской консультацией в тубдиспансер для проверки состояния легких. Там выявлен двусторонний гематогенно-диссеминированный туберкулез легких, и больной предложено прервать беременность. Направлена к нам на консультацию. Самочувствие хорошее, кашель небольшой, сухой, температура малая субфебрильная. В легких хрипов нет; РОЭ 53 мм в час. На рентгенограмме: в верхних третях обеих легочных полей группы плотных очагов. В средних и более густо в нижних третях большое количество мелких мягких очагов. Ввиду хорошего состояния больной, нерезко выраженной интоксикации и желания женщины иметь ребенка решено беременность сохранить и применить лечение стрептомицином. 18/II 1949 г. больная поступила в МОНИТИ, где ей введено 16,0 стрептомицина. Общее состояние хорошее, температура нормальная; РОЭ 43 мм в час. На рентгенограмме в обеих легких значительно меньше мягких очагов. 1/X выписана домой. 10/XI повторно поступила в МОНИТИ. Получила еще 10,0 стрептомицина. 13/XII срочные роды здоровым ребенком. Самочувствие

хорошее, температура нормальная. После родов в родильном доме введено еще 18,0 стрептомицина. При выписке на рентгенограмме оба легочных поля очистились от мягких очагов, остались только в верхних отрезках плотные очаги. В течение 5 лет после родов мать и ребенок здоровы. В августе 1954 г. родила второго ребенка. Через 6 месяцев после родов мать и второй ребенок чувствуют себя хорошо.

У 3 больных с неэффективным искусственным пневмотораксом процесс остался без перемен.

Приведенные в этой группе примеры свидетельствуют о том, что применение лечебных или профилактических мероприятий с успешным результатом избавляет женщин от операции прерывания беременности и дает возможность довести беременность до благоприятного конца и сохранить ребенка.

К пятой группе отнесены 35 женщин (по состоянию здоровья им предложено прервать беременность, но они отказались от этого из желания иметь ребенка или сохранили беременность без совета с врачом). Большинство женщин имело распространенный туберкулезный процесс (инфильтраты с распадом, диссеминированный туберкулез, фиброзно-кавернозный), осложненный в 5 случаях туберкулезом гортани, в одном — эмпиемой после спонтанного пневмоторакса и в одном — аддисоновой болезнью, которая при повторном обследовании больной через год осталась в том же состоянии.

Всем женщинам проводилось лечение антибактериальными препаратами, а трем наложен искусственный пневмоторакс. В результате лечения у 16 человек наблюдалось улучшение в течении процесса, у трех улучшение наступило после наложения искусственного пневмоторакса по поводу инфильтрата с распадом, а у остальных 13 — в результате лечения антибактериальными препаратами.

У больной К., 24 лет, в 1948 г. выявлен двусторонний гематогенно-диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада слева. Наложен левосторонний искусственный пневмоторакс. Справа не пошел газ. Больная чувствовала себя лучше. В апреле 1951 г. обнаружен туберкулез гортани. Больная провела специфическое лечение стрептомицином (16,0) и ПАСК (136,0).

В гортани процесс значительно улучшился и самочувствие стало хорошим. В сентябре 1951 г. пневмоторакс слева закончен из-за облитерации плевральной полости.

В мае 1952 г. появилась слабость, частый кашель с мокротой, сильная одышка и боль в горле. При рентгеноскопии — тотальная диссеминация в обоих легких. В мокроте обнаружены туберкулез-

ные бациллы. Выявлена беременность 6½ месяцев, которую больная сохранила, не посоветовавшись в врачом.

20/VI 1952 г. поступила в ото-ларингологическое отделение Московского областного научно-исследовательского туберкулезного института в тяжелом состоянии с жесткой дисфагией. Температура субфебрильная. Клинический диагноз: хронический диссеминированный туберкулез легких в фазе распада. Туберкулез мягкого неба, язычка, корня языка, глотки, гортани язвенный инфильтративный прогрессирующий. Обнаружены туберкулезные бациллы и эластические волокна. Лечение глобиспорином и стрептомицином отменено, так как оно вызвало подъем температуры выше 39° и сыпь на коже всего тела. Лечение фтивазидом переносила хорошо. Всего приняла 100,0 (по 1,5 в день). В результате лечения в течение 3 месяцев самочувствие улучшилось, исчезли боли в горле, в глотке и гортани, язвы зарубцевались, экссудативные явления уменьшились. В легких отмечается рассасывание очагов. Температура стойко нормальная. 26/IX 1952 г. срочные роды без осложнений здоровым мальчиком весом 3450 г, длиной 50 см. За 2 недели пребывания в родильном доме № 9 приняла 10,0 фтивазида. 10/X вновь поступила в туберкулезный институт, где продолжала лечение фтивазидом, которого приняла 150,0. 1/XI 1952 г. выписана под наблюдение туберкулезного диспансера. При выписке хорошее состояние, очаги в легких значительно рассосались, частично уплотнились, клиническое излечение туберкулеза глотки и значительное улучшение туберкулеза гортани. Туберкулезные бациллы при повторных анализах не обнаружены. Температура все время нормальная. Послеродовой период протекал без обострения туберкулезного процесса.

Через год после родов больная перенесла психическую травму, в связи с чем у нее произошло обострение легочного процесса, которое ликвидировалось после приема 40,0 фтивазида.

У 18 женщин, из которых 13 были больны хроническим гематогенно-диссеминированным туберкулезом легких с уплотняющимися очагами и со слабыми признаками интоксикации и пять — хроническим фиброзно-кавернозным туберкулезом, выраженного эффекта от лечения антибактериальными препаратами не наблюдалось, процесс остался без перемен.

У больной К. произошло ухудшение, приведшее к смерти. Она страдала фиброзно-кавернозным туберкулезом, осложненным эмпиемой. Ей тоже проводилось комбинированное лечение ПАСК и стрептомицином, но безуспешно.

У этой больной при беременности сроком 6 месяцев в июне 1951 г. при рентгенографии обнаружен хронический фиброзно-кавернозный туберкулез легких, правосторонний спонтанный пневмоторакс и пневмоплеврит. Спонтанный пневмоторакс возник, повидимому, еще в январе 1951 г., когда больная после физического напряжения почувствовала резкую боль в правом боку и появилась сильная одышка, сердцебиение. Больная оставалась дома. После ле-

чения ПАСК состояние несколько улучшилось. 4/IV 1951 г. она поступила в Московский областной научно-исследовательский туберкулезный институт с сильной одышкой, сердцебиением, очень частым кашлем и ощущением плеска в правом боку. Положение больной вынужденное, на правом боку; РОЭ 68 мм в час. Температура 37°. При пункции плевральной полости получена гнойная жидкость. Диагноз: фиброзно-кавернозный туберкулез легких, правосторонний спонтанный пневмоторакс, осложненный эмпиемой с выделением бактерий Коха.

Больную лечили ПАСК, производили откачивание жидкости из плевральной полости с последующим введением этого препарата. Состояние больной постепенно улучшалось: экссудат уменьшился и стал осумковываться, одышка значительно легче, тахикардия менее резка; РОЭ 46 мм в час. Температура нормальная. Всего получила ПАСК внутривнутриплеврально 13,0 и per os 642,0. 13/VII 1951 г. со схватками переведена в родильный дом № 9, где родила в срок в тот же день. После родов температура поднялась до 39°. Стали вводить стрептомицин внутримышечно по 0,5 в день. Температура начала снижаться и дошла на 6-й день до 37,2°. Всего получила стрептомицина 3,0. 20/VII 1951 г. наступило ухудшение и больная переведена обратно в МОНТИ в тяжелом состоянии — цианоз губ, щек, конечностей, одышка, пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения. Через 9 часов больная скончалась.

На этом примере сказался ограниченный предел действия антибактериальных препаратов.

Таблица 5

Формы туберкулеза у беременных, родивших в связи с тем, что им не был произведен аборт после трех месяцев

Форма туберкулеза	Всего	Исход			
		улучшение	без перемен	ухудшение	смерть
Очаговый . . . . .	43	12	30	1	—
Инфильтративный . . . . .	41	31	10	—	—
Гематогенно-диссеминированный . . . . .	31	18	13	—	—
Фиброзно-кавернозный . . . . .	24	9	13	—	2
Итого . . . . .	139	70	66	1	2

Если данные, приведенные в табл. 5, проанализировать, то обращает на себя внимание большое количество распространенных форм туберкулеза: 55 женщин из 139 родивших страдали гематогенно-диссеминированным и фиброзно-кавернозным туберкулезом и 41 — инфильтра-

тивным, причем 10 из них с распадом. В то же время среди родивших женщин, обратившихся за советом к фтизиатру в начале беременности, диссеминированный и фиброзно-кавернозный туберкулез имели только две женщины из 79 и инфильтративный без распада — одна (см. табл. 2). Это указывает на то, что беременность с такими формами туберкулеза была прервана у этих женщин своевременно (в начале беременности, когда аборт причиняет меньший ущерб здоровью). Женщинам с этими же распространенными формами туберкулеза, обратившимися впервые с беременностью больших сроков, мы предпочли сохранить беременность и применить им соответствующее лечение, так как в этом периоде аборт может оказаться для них более опасным, нежели роды.

Большое число больных с распространенными формами туберкулеза при наличии поздней беременности указывает женским консультациям на необходимость направлять женщин на обследование к фтизиатру с начальной беременностью, независимо от состояния их здоровья, при первом же посещении консультации.

Врачам-фтизиатрам в свою очередь при всякой задержке менструаций у больных туберкулезом женщин необходимо немедленно направлять их в женскую консультацию.

Клинические наблюдения над женщинами, у которых беременность во второй половине не была прервана, показали, что затихшие формы туберкулеза не дали обострения после родов, за исключением одной женщины, у которой ухудшение произошло в связи с искусственным родоразрешением по поводу маточного кровотечения. Ухудшения не отмечалось также у женщин, забеременевших при наличии искусственного пневмоторакса, и после наложения первичного пневмоторакса, оказавшегося эффективным, во второй половине беременности и если им применялось лечение антибиотиками и химиопрепаратами. Резкое ухудшение наблюдалось у 2 женщин с тяжелым распространенным хроническим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких и осложненным у одной из них спонтанным пневмотораксом с последующей эмпиемой.

Наблюдались случаи, когда женщины с ухудшением умирали во второй половине беременности. В связи с этим возникает вопрос: как поступать врачам, чтобы спасти живой плод, находящийся в чреве матери?

Подробную историю этого вопроса излагает К. Н. Калмыков (1912). Он пишет, что этот вопрос стремились разрешить еще в глубокой древности. В Риме во времена Нумы Помпилия был издан специальный закон—*Lex regia*, внесенный в римское право, запрещающий хоронить неразрешившихся женщин. Закон гласит: «Женщину, умершую, но не разрешившуюся, не хоронить; кто поступит иначе, то это будет, как если бы он погубил надежду на появление живого существа».

*Lex regia* включен в законодательство всех европейских стран. Но этот закон не разрешает вопроса о спасении плода, поэтому понадобились дополнительные инструкции к нему. Так, в Австрии в специальной инструкции даны указания, что женщинам, умершим во второй половине беременности, необходимо произвести по всем правилам искусства кесарево сечение, как живым, чтобы, если возможно, спасти плод. У нас в дореволюционной России во врачебном уставе также предписывалось в случае внезапной смерти беременной женщины, если беременность дошла до второй половины, извлечь плод с помощью кесарева сечения.

Но вопрос осложняется тем, что трудно рассчитывать, чтобы в момент смерти имелись все условия для быстрого производства кесарева сечения в ближайшие 5—15 минут, в течение которых, по данным разных авторов, плод переживает смерть матери.

Большинство матерей умирает не внезапно, а от длительных инфекционных болезней в больницах, где также далеко не всегда возможно выполнить операцию кесарева сечения (за отсутствием специалистов).

Ввиду кратковременности жизни плода после смерти матери Левенхардт (1871) предложил делать кесарево сечение во время агонии матери, а Штеберг и позже Леопольд советовали в безнадежных случаях делать искусственные преждевременные роды.

По мнению Рунге (1897), преждевременные роды показаны, если есть уверенность, что безнадежная больная умрет ранее наступления родов. Он считает, что кесарево сечение в агонии дает лучшие результаты для жизни плода, но ускоряет смерть матери. Поэтому в некоторых случаях очень тяжело на него решиться.

Среди иностранных авторов за кесарево сечение во время агонии высказываются очень немногие.

Из русских авторов И. П. Лазаревич (1877) и А. Я. Красовский (1885) допускают кесарево сечение во время агонии с целью спасти хотя бы одну жизнь, укорачивая жизнь матери может быть на несколько мгновений.

Н. Н. Феноменов (1892) считает, что врач не вправе предпринять кесарево сечение во время агонии потому, что это значило бы оперировать без ведома и согласия больной. Кроме того, нельзя поручиться, что у больной во время агонии хотя на мгновение не появится проблеска сознания.

Д. О. Отт (1914), учитывая, что право жизни человека принадлежит только ему самому, также считает непозволительным нарушать это право, когда у самой женщины нельзя спросить об ее согласии на операцию.

Таким образом, спасение жизни плода сводится к двум вопросам, делать ли операцию кесарева сечения во время агонии или после смерти женщины. Определенного ответа на эти вопросы в литературе нет. Нет также соответствующего законоположения по этому поводу. Вследствие этого в настоящее время в Советском Союзе при решении вопроса о спасении жизни плода руководствуются только положением, выработанным практикой, т. е. кесаревым сечением на женщине после ее смерти.

---

## Глава V

### ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Достижения отечественной медицины в области изучения патогенеза, клиники и терапии туберкулеза создали широкие возможности для эффективного лечения больных туберкулезом.

Длительные клинические наблюдения многих авторов и наши личные с несомненностью доказали, что терапевтические методы и средства, которые используются при туберкулезе, могут быть применены и во время беременности к женщинам, больным туберкулезом.

Эффективное лечение больных туберкулезом беременных в большинстве случаев дает возможность сохранить беременность и довести ее до благополучных родов. Лечение избавляет многих женщин, больных туберкулезом, от необходимости прерывать беременность. Это особенно важно во второй ее половине, когда прерывание связано с серьезными оперативными вмешательствами.

Сохранить жизнь и здоровье беременной женщины, больной туберкулезом, и ее будущего ребенка — большая государственная задача, стоящая перед врачами. Поэтому врачи-фтизиатры и акушеры должны обращать особое внимание на лечение больной туберкулезом беременной женщины и на ограждение ребенка от заболевания туберкулезом.

Проведенный нами выше анализ литературы, посвященный теории наследственной передачи туберкулеза, с убедительностью показал, что туберкулез не является наследственным заболеванием; дети, родители которых больны туберкулезом, рождаются здоровыми и могут быть ограждены от заболевания путем проведения про-

филактических и социально-оздоровительных мероприятий.

Лечение больных туберкулезом беременных при неблагоприятных домашних условиях следует проводить в санатории, а при тяжелых формах туберкулеза — в больнице. Беременная женщина, больная туберкулезом, должна пользоваться во время беременности правом внеочередного направления в больницы и санаторий.

Для больных туберкулезом беременных женщин должен быть организован санаторий со специализированным профилем. Помимо применения специальных лечебных мероприятий (коллапсотерапия, антибактериальные препараты), в этом санатории должны быть созданы соответствующие условия для лечебно-охранительного режима, подготовки для обезболивания родов и рационального питания.

В 1953 г. впервые было открыто специальное санаторное отделение для беременных женщин, больных туберкулезом, на базе туберкулезного санатория Мособлздравотдела имени М. И. Калинина.

Из активных методов и средств лечения больных туберкулезом беременных женщин могут быть применены антибиотики, химиотерапевтические препараты, коллапсотерапия и хирургические операции.

Одним из действенных способов лечения многих клинических форм туберкулеза является коллапсотерапия и в первую очередь искусственный пневмоторакс, за которым по эффективности остается ведущее место, несмотря на введение антибактериальных препаратов.

Показанием к наложению одностороннего и двустороннего искусственного пневмоторакса во время беременности служат те же формы туберкулеза, которые являются показанием для этого вмешательства. Беременность не служит препятствием для наложения пневмоторакса. Если выявилась необходимость во время беременности применить искусственный пневмоторакс, то его следует наложить немедленно, не дожидаясь родов, при любом, даже самом позднем, сроке беременности, для предупреждения возможной вспышки легочного туберкулеза после родов.

Больная Ч., 26 лет. При рентгеноскопии 18/II 1934 г. у нее выявлено в левой ключичной области несколько плотных очагов. В июне 1934 г. установлена беременность, которую она сохранила

с разрешения врача. На VIII месяце беременности появилось кровохаркание, вслед за которым температура повысилась до 39°. На рентгенограмме обнаружен левосторонний подключичный инфильтрат с распадом. В мокроте найдены туберкулезные бактерии. В конце VIII месяца беременности наложен левосторонний искусственный пневмоторакс. Газ пошел хорошо, но каверна не поджалась. Бактерии появлялись факультативно. Торакокаустика ввиду большой беременности не произведена. 22/III 1935 г. срочные роды здоровым ребенком. Послеродовой период протекал нормально, инфуляции продолжались. Через месяц после родов произведена торакокаустика. Каверна поджалась, бактерии исчезли. Искусственный пневмоторакс прекращен в 1940 г. ввиду клинического выздоровления больной.

Отдаленные результаты при обследовании больной 20/V 1945 г. показали, что она прекрасно себя чувствует, хорошо упитана, температура нормальная; РОЭ 5 мм в час. При рентгенографии обнаружены единичные плотные очаги под левой ключицей. Ребенок здоров.

Методика наложения искусственного пневмоторакса при беременности ничем не отличается от обычной, только в случае появления одышки, тахикардии и других признаков сердечно-сосудистых расстройств необходимо вводить меньшие дозы газа, но, чтобы не потерять газового пузыря, следует сократить интервалы между инфуляциями.

При наложении первичного двустороннего пневмоторакса инфуляцию производят в плевральную полость на стороне более пораженного легкого. После ряда инфузий на этой стороне, когда сформируется газовый пузырь, производят первичную инфуляцию в плевральную полость другой стороны.

При дальнейшем ведении пневмоторакса нельзя во время беременности производить вдвух газ одновременно в обе плевральные полости. Инфуляции следует чередовать с интервалом не менее одного дня.

Первичное наложение искусственного пневмоторакса беременным больным, как одностороннего, так и двустороннего, производится непременно в стационаре.

Больной с искусственным пневмотораксом во время родов должны быть обязательно наложены выходные щипцы для выключения потужной деятельности с целью избежать возможного разрыва спаек.

При выявлении вспышки легочного туберкулеза у женщин после родов следует без промедления в родильном доме наложить первичный искусственный пневмоторакс.

Лечение искусственным пневмотораксом не следует прекращать во время беременности и в период лактации.

Если искусственный пневмоторакс оказался неэффективным и выявилась необходимость в корригирующем вмешательстве к искусственному пневмотораксу, то операцию торакокаустики целесообразно выполнить во время беременности, чтобы создать эффективный пневмоторакс и избежать риска разрыва плевральных сращений во время родового акта. Но торакокаустика рекомендуется производить не позже VII месяца беременности ввиду возможных осложнений после операции (пневмоплеврит, эмфизема средостения, гемоторакс и др.), которые могут утяжелить состояние больной и создать большие затруднения во время родов.

Из других хирургических вмешательств во время беременности может быть применена операция на диафрагмальном нерве (френикоалкоголизация), экстраплевральный пневмоторакс и торакопластика.

Операция на диафрагмальном нерве применяется как самостоятельное вмешательство и как дополнительное к другим видам коллапсотерапии. Как самостоятельное вмешательство она применяется в случаях заболевания беременной женщины односторонней туберкулезной пневмонией или инфильтративным процессом с прикорневым расположением в легком. Как дополнительная операция френикоалкоголизация показана при неэффективном пневмотораксе при наличии верхушечного и базального приращения легкого.

В связи с параличом диафрагмы возникает вопрос, возможно ли производить операцию на диафрагмальном нерве во время беременности, принимая во внимание, что диафрагма входит в состав брюшного пресса, имеющего большое значение для родов в качестве изгоняющей силы.

Наши наблюдения показали, что операция на диафрагмальном нерве не отражается на течении родов. Это объясняется, повидимому, тем, что в механизме наступления родовой деятельности играют роль кортикальные влияния и зависящие от них нервно-гуморальные регуляции и рефлекторные механизмы (А. П. Николаев, 1951). В результате этих воздействий происходит сокращение матки, которое является главной изгоняющей силой.

В дальнейшем течении родов присоединяются сокращения мышц брюшного пресса, в которых принимает участие и диафрагма. Возможно, что выключение из брюшного пресса действия диафрагмы после операции на диафрагмальном нерве не оказывает заметного влияния на родовую деятельность потому, что последняя обеспечена всем комплексом гуморальных и нервных изменений, а брюшной пресс — мощными поперечнополосатыми мышцами.

Операцию торакопластики и экстраплеврального пневмоторакса во время беременности можно производить по общим для этих вмешательств показаниям, преимущественно при одностороннем легочном туберкулезе.

Применять эти операции у беременных женщин, больных туберкулезом, следует только при наличии прямых показаний к ним, а именно при одностороннем фиброзно-кавернозном туберкулезе небольшой распространенности (при хорошем функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы и органов дыхания).

На течении туберкулезного процесса во время беременности и в послеродовом периоде у женщин, перенесших операцию торакопластики до беременности, мы остановимся ниже.

Необходимо еще уделить внимание вопросу о применении пневмоперитонеума после родов, который рекомендуют некоторые авторы (Е. М. Коган, 1940; Е. К. Морозов, 1946; И. А. Каган, 1950, и др.). Они основываются на представлении, что во время беременности поднятая увеличенной маткой диафрагма создает относительный коллапс большого легкого.

После родов, по мнению указанных авторов, вследствие опущения диафрагмы легкое быстро расправляется и пневмоперитонеум восстанавливает нарушенное положение и тем будто бы сохраняется коллапс легкого.

Мы уже указывали выше, что по нашим наблюдениям увеличение матки не ограничивает подвижность диафрагмы и амплитуда ее колебания достаточно велика. Поэтому во время беременности не может произойти коллапса легкого, а после родов — расправления его. Следовательно, это положение как мотив для немедленного применения пневмоперитонеума после родов отпадает.

Помимо того, надо принять во внимание, что после отделения последа внутренняя полость матки представляет собой сплошную раневую поверхность. Поэтому пер-

вые дни после родов матка крайне восприимчива к инфекциям. Инфекция с эндометрия может перейти на слизистую оболочку труб, а через абдоминальное отверстие труб и на серозную оболочку брюшной полости вызвать тазовый или общий перитонит.

Пневмоперитонеум, примененный в первые дни пуэрперия, при возможном наличии скрытой инфекции, являясь раздражающим фактором для брюшины, может стать причиной перитонита.

Ранение сосуда иглой сопряжено с риском вызвать обильное кровотечение, так как после родов в брюшной полости происходит резкое падение давления, вследствие чего сосуды переполнены кровью. Наконец, осложнения, наблюдающиеся при пневмоперитонеуме и большей частью благополучно заканчивающиеся, — подкожная, интерстициальная и медиастинальная эмфизема, ранения кишечника, появление асцита — могут принять в послеродовом периоде неблагоприятное течение.

С учетом приведенных нами обстоятельств пневмоперитонеум можно применять, если имеются к нему прямые показания не ранее 14-го дня пуэрперия, при отсутствии признаков послеродовых осложнений.

Из антибиотиков большой эффект при лечении больных туберкулезом дает стрептомицин, а из химиопрепаратов — натриевая соль парааминосалициловой кислоты (ПАСК), фтивазид и салюзид. Эти препараты необходимо применять и для лечения беременных женщин, больных туберкулезом.

Стрептомицин дает хорошие результаты преимущественно при подострых гематогенно-диссеминированных и острых милиарных формах туберкулеза, при инфильтративном туберкулезе, при туберкулезе верхних дыхательных путей, мочеполовом туберкулезе и при туберкулезном менингите. В меньшей степени он влияет на фиброзно-очаговый туберкулез в фазе нерезко выраженного обострения и хронический фиброзно-кавернозный туберкулез; на творожистую пневмонию стрептомицин не оказывает заметного действия.

Длительность применения стрептомицина беременным женщинам и дозировка его устанавливаются в каждом отдельном случае в зависимости от клинической формы туберкулеза, тяжести процесса, эффективности и переносимости лечения. Так, при инфильтративном туберкулезе

вводится от 30 до 90 г стрептомицина в течение 2—3 месяцев по 0,5—1 г в сутки внутримышечно.

При хронической гематогенно-диссеминированной форме лечение проводится также в течение 2 месяцев, а при подострой — до 3 месяцев.

При инфильтративных и диссеминированных формах туберкулеза стрептомицин дает более выраженный успех при одновременном лечении ПАСК.

ПАСК ослабляет интенсивность воспалительного процесса, уменьшает явления интоксикации и катарральные явления в легких и способствует обратному развитию туберкулезного процесса.

ПАСК принимается per os по 2 г на прием от 8 до 12 г в сутки, всего на курс лечения от 700 г до 2 кг.

Комбинированное лечение стрептомицином и ПАСК проводится с целью усиления действия этих препаратов и для предупреждения развития стрептомициноустойчивости бактерий. Стрептомициноустойчивость развивается при лечении стрептомицином обычно через 2—3 месяца регулярного приема антибиотика.

Если курс лечения стрептомицином или ПАСК в течение беременности не закончен, то его следует продолжить тотчас после родов. Стрептомицин и ПАСК применяются также в комбинации с искусственным пневмотораксом при медленном исчезновении инфильтративных изменений в легких и длительно не исчезающих явлений интоксикации.

Большой эффект при лечении туберкулезных больных дает фтивазид. Наиболее эффективное действие фтивазид оказывает на очаговый туберкулез в фазе вспышки, на туберкулезные инфильтраты и на свежий диссеминированный туберкулез.

При хроническом фиброзно-кавернозном туберкулезе под влиянием лечения фтивазидом исчезают явления интоксикации, очищаются стенки каверны от казеозных наслоений, уменьшаются размеры каверн и в некоторых случаях наступает полное излечение.

Благоприятное действие фтивазида на туберкулезных больных выражается в уменьшении или полном исчезновении у них явлений интоксикации, улучшении общего самочувствия, аппетита, сна, в снижении температуры и в уменьшении или исчезновении воспалительных явлений в пораженных органах.

Фтивазид принимается внутрь от 0,5 до 1,5 г в сутки. При острых формах легочного туберкулеза применяются большие дозы. Фтивазид назначается также в сочетании со стрептомицином и ПАСК с целью усилить действие каждого препарата в отдельности и продлить срок их действия.

Как поступать с женщиной, заболевшей во время беременности туберкулезным менингитом?

На основании наших наблюдений над женщинами, заболевшими туберкулезным менингитом во время беременности, мы считаем, что если заболевание произошло в начале беременности, до трех месяцев, то следует срочно начать лечение, снять острые явления и немедленно произвести аборт. При заболевании менингитом во второй половине беременности прерывать беременность в тяжелом периоде болезни совершенно противопоказано.

Под влиянием лечения возможно улучшение состояния больных и исчезновение у них симптомов менингита, но прерывание беременности может вновь вызвать тяжелое необратимое обострение менингита.

Поэтому больную по поводу менингита во время беременности следует лечить антибактериальными препаратами по общепринятому способу. Лечение антибактериальными препаратами должно продолжаться во время родов и в послеродовом периоде. Такое же мнение о необходимости лечения антибактериальными препаратами туберкулезного менингита, возникшего во время беременности, высказывает и Ю. В. Кулачковский (1954).

В хронических случаях туберкулезного менингита при остаточных клинических явлениях и неполной санации спинномозговой жидкости хорошие результаты дает фтивазид в сочетании со стрептомицином.

Больная С., 23 лет, в сентябре 1951 г. забеременела. Беременность сохранила без совета с врачом, так как считала себя здоровой. С 15/III 1952 г. (6 месяцев беременности) появились головные боли. С 25/III головные боли резко усилились, появилась рвота, температура поднялась до 38°. 29/III помещена в гинекологическое учреждение, где поставлен диагноз токсикоза беременности. Проводилось лечение пенициллином. Введено всего 1 750 000 ЕД. Состояние больной ухудшалось. Был заподозрен туберкулезный менингит.

7/IV больная переведена в Московскую клиническую инфекционную больницу, где диагноз туберкулезного менингита подтвердился. У больной был выраженный менингеальный симптомокомплекс с затемнением сознания. Температура 38°. В спинномозговой

жидкости обнаружены патологические изменения, характерные для туберкулезного менингита. В легких справа отмечен только один плотный очаг.

С 9/IV начаты субокципитальные инъекции стрептомицина с одновременным внутримышечным лечением. Всего проведено 32 субокципитальных инъекций по 50 000 ЕД, девять эндолюмбальных по 100 000 ЕД, внутримышечно введено 66,0 стрептомицина; кроме того, больная получила 163,0 ПАСК. Состояние больной значительно улучшилось, менингеальный синдром исчез, температура установилась нормальная, но полной санации спинномозговой жидкости не произошло.

В таком состоянии больная переведена 17/VI в родильный дом № 9. 18/VI она родила мальчика весом 2750 г. Потужная деятельность была выключена наложением выходных щипцов.

19/VI температура поднялась до 38°. Общее состояние удовлетворительное, но жалоба на головокружение и недостаточно ясное зрение. В спинномозговой жидкости увеличение цитоза и белка. Применено субокципитальное лечение стрептомицином, всего 7 инъекций по 50 000 ЕД через день; введено 350 000 ЕД и внутримышечными инъекциями по 0,5 два раза в день, всего 16,0. Температура за все время пребывания больной в родильном доме оставалась 38°.

5/VII больная переведена в Московский областной научно-исследовательский туберкулезный институт, где установлен диагноз хронического туберкулезного менингита. Появились сильные головные боли, головокружение, шум в ушах, слух понижен. На рентгенограмме обнаружены справа мягкие очаги. Температура 38°. Ригидности затылочных мышц и симптома Кернига нет.

Начато комплексное лечение стрептомицином эндолюмбально, сначала ежедневно по 100 000 ЕД, а затем через день по 150 000 ЕД и внутримышечно по 0,5 в день и фтивазидом внутрь по 1,0 два раза в день.

С 20/VII температура стала постепенно снижаться, головные боли прошли, осталось головокружение и резкое понижение слуха.

13/IX появились признаки сердечно-сосудистой недостаточности — одышка, цианоз губ. В связи с этим сделан перерыв в лечении стрептомицином и фтивазидом, которого больная получила 138,0.

Со 2/IX вводилось 0,5% витамина В<sub>1</sub> по 0,5 в сутки. После перерыва лечения на 15 дней самочувствие стало хорошим, менингеальные явления исчезли, но полной санации спинномозговой жидкости не наступило.

С 10/X возобновлены эндолюмбальные инъекции стрептомицина по 100 000 ЕД в день. Сделано 15 пункций, после чего самочувствие хорошее, головокружение незначительное, слух улучшился, температура установилась нормальная, спинномозговая жидкость санировалась. В легких мягкие очаги рассосались, остался один плотный очаг справа. Больная прибавила в весе 10 кг.

25/XI больная выписана в хорошем состоянии и для закрепления полученных результатов направлена в санаторий «Мцыри», где провела 3 месяца и выписалась в хорошем состоянии.

При обследовании 1/VI 1954 г. у больной не обнаружено никаких патологических изменений; чувствует она себя хорошо, ребенок также здоров.

В приведенном примере при хронически протекавшем менингите после родов наступило обострение. Выявилось снижение эффективности стрептомицина, а после присоединения к лечению фтивазида больная полностью выздоровела.

На этом примере можно также убедиться в тех трудностях, которые представляет дифференциальная диагностика между токсикозами беременности и туберкулезным менингитом. Менингеальные симптомы были приняты за проявление токсикоза беременности, вследствие чего специфическое лечение менингита было начато с запозданием, а это отразилось на длительности течения болезни.

Во всех случаях, где нет полного симптомокомплекса, характеризующего токсикозы беременности, следует проконсультироваться с невропатологом и окулистом и произвести пробную люмбальную пункцию, которая играет важнейшую роль в диагностике туберкулезного менингита.

Оказывает ли влияние на плод лечение матери антибиотиками и химиопрепаратами?

З. А. Ваксман (1946) указывает, что после внутривенного вливания в родовой период стрептомицин был найден в плацентарной жидкости и в крови пуповины. Но проникают ли антибактериальные препараты в плод при внутримышечном или субарахноидальном введении матери? Этот вопрос еще мало изучен.

Н. Т. Бусыгина (1953) обследовала родильниц, больных туберкулезом, подвергавшихся стрептомицинотерапии, и не болевших туберкулезом, но получавших стрептомицин по другим показаниям (кесарево сечение, наличие повышенной температуры и др.).

Автор исследовал кровь пуповины, взятую в момент перерезки ее, и обнаружил стрептомицин в крови плода во всех случаях, за исключением одного. На основании этого автор делает вывод, что плацента женщины проницаема для стрептомицина. Содержание его в крови плода находится в пределах терапевтической концентрации.

В крови матери стрептомицин обнаружен во всех случаях. Концентрация его, как правило, в 2 раза и более выше, чем в крови плода.

Т. Г. Моисеева (1954) проводила экспериментальные исследования со стрептомицином на белых крысах и крольчихах и клинические наблюдения над беременными

женщинами. Она обнаружила, что плацента проницаема для стрептомицина, но, несмотря на это, даже длительное введение больших доз стрептомицина беременным крысам и крольчихам не оказывает влияния на развитие внутриутробного плода и на его выживаемость.

Влияет ли стрептомицин на развитие плода у человека? Этот вопрос требует дальнейшего изучения.

Наши наблюдения за 5 лет показывают, что дети матерей, лечившихся во время беременности стрептомицином, ПАСК и фтивазидом, не имели при рождении никаких признаков побочных явлений, вызываемых этими препаратами, и никаких отклонений от нормы в их развитии не наблюдалось.

Лечение во время беременности спасает жизнь матери и ребенка и суживает показания к прерыванию беременности у женщин, больных туберкулезом.

---

## Глава VI

### БЕРЕМЕННОСТЬ И ТОРАКОПЛАСТИКА

Влияние беременности и родов на течение туберкулеза у женщин, перенесших операцию торакопластики, недостаточно освещено в литературе; еще меньше сведений имеется о торакопластике, произведенной во время беременности. А между тем несомненно, что к прогнозу при беременности у больных, перенесших операцию торакопластики, необходимо подходить с большой осторожностью, так как эти больные в прошлом имели тяжелый деструктивный процесс, а после торакопластики в легком на оперированной стороне произошли значительные изменения — ателектазы различной степени, образовалась плотная соединительная ткань, резко уплотнилась плевра.

В отечественной литературе не встречается ни одного случая операции торакопластики, произведенной во время беременности. Наши два случая торакопластики при беременности 7 и 8 месяцев приведены в главе IV.

Из зарубежных авторов Сайе (L. Saye) в 1926 г. первый опубликовал случай нормальных родов и пуэрперального периода после торакопластики, произведенной на V месяце беременности. В течение 2 $\frac{1}{2}$  лет мать и ребенок здоровы.

Коске (H. Koske), 1939, Интайер (1948, 1949 и 1950) и Шефер (G. Schaeffer) (1949) описали 18 случаев торакопластики, произведенной во время беременности сроком от 3 $\frac{1}{2}$  до 7 месяцев.

Все авторы утверждают, что операция во время беременности переносилась легко, роды и послеродовой период протекали без осложнений и в дальнейшем со стороны легких не было обострений.

Несколько чаще авторы наблюдали нормально протекавшие роды после торакопластики, произведенной до наступления беременности.

А. И. Близнянская и А. И. Лазаревич (1936) наблюдали 7 случаев беременности и родов, наступивших через 1½—3 года после торакопластики. У 6 женщин беременность, роды и послеродовой период протекали хорошо, а у одной на седьмом месяце после родов произошло обострение. Больная забеременела через полгода после операции полной торакопластики и беременность сохранила без совета с врачом.

И. И. Сивков и А. В. Шлепов (1940) описывают случай двукратной беременности после торакопластики с хорошим результатом.

Иностранные авторы [Ф. Иессен (F. Jessen), 1929; Буш (Busch), 1930; Г. Иессен (H. Jessen), 1931; Ландау (Landaу), 1932; Л. Альбертс (L. Alberts), 1932; Г. Мюллер, 1932; Бройнинг (H. Bгаeuning), 1935] наблюдали 10 случаев родов после торакопластики, произведенной в сроки от нескольких месяцев до 9 лет до наступления беременности. У всех женщин беременность закончилась срочными родами, пуэрперальный период протекал гладко. В течение последующего наблюдения, длившегося до 3½ лет, мать и ребенок оставались здоровыми.

Г. Боквист, И. Симон и И. Мейер (Boquist, Simonds a. Meers, 1935) приводят случай, когда беременность и роды после торакопластики протекали хорошо, но к концу года после родов произошло обострение. После санаторного лечения больная поправилась, ребенок здоров.

Г. Коске (1939) приводит 7 случаев беременности и родов через 1—5 лет после торакопластики с последующим наблюдением до 7 лет. Беременность протекала нормально, и только у одной женщины незадолго перед родами отмечалось кровохаркание, почему ей закончили роды кесаревым сечением.

И. Интайер (1948) наблюдал 11 женщин, которые подверглись операции торакопластики в сроки от 1 года до 10 лет до зачатия. Из них 10 женщин перенесли беременность, роды и послеродовой период хорошо, а у одной через 3 месяца после родов произошло обострение туберкулеза. Все дети родились доношенными и хорошо развивались.

Автор считает, что после торакопластики больные туберкулезом хорошо переносят беременность и роды.

Л. Фридман и И. Гарбер (1946) указывают, что женщинам, перенесшим в прошлом операцию торакопластики,

можно разрешить беременность, если туберкулезный процесс затих, но применять торакопластику во время беременности, по их убеждению, никогда не следует.

Биимер не видел благоприятных результатов при последующем наблюдении после родов у больных, которым была произведена торакопластика, и поэтому относится отрицательно к сохранению беременности после этой операции.

Под нашим наблюдением находилось 16 женщин, которым торакопластика была произведена до беременности, и 2 женщины (см. главу IV), оперированные во время беременности.

Больной К., 39 лет, был сделан аборт через 1 год 9 месяцев после операции торакопластики при беременности сроком 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> месяца. Она имела искусственный пневмоторакс по поводу инфильтрата с распадом; пневмоторакс был распущен вследствие клинического выздоровления. В сентябре 1929 г. возникло резкое обострение после аборта с рядом последующих вспышек. Восстановить пневмоторакс не удалось. В связи с этим в декабре 1930 г. и в январе 1931 г. произведена двухмоментная торакопластика. В августе 1932 г. вторая беременность, сопровождавшаяся неукротимой рвотой, сильно ослабившей больную. В октябре 1932 г. беременность прервана. При разрешении аборта была принята во внимание неустойчивость организма в отношении туберкулеза (многократные обострения) и истощение организма. После аборта вспышек не наблюдалось.

Остальные 15 больных родили.

Роды были разрешены только 5 больным. Десять женщин сохранили беременность по собственному желанию.

Одна больная страдала до операции торакопластики очаговым туберкулезом в фазе инфильтративной вспышки и распада, 11 — инфильтративным туберкулезом в фазе распада и три — фиброзно-кавернозным туберкулезом. У 8 больных заболевание сопровождалось кровохарканием. У всех больных выделялись бациллы Коха; 4 больным была сделана неудачная попытка наложить искусственный пневмоторакс. У 9 человек эффективный пневмоторакс перешел в неэффективный; 5 больным была произведена операция на диафрагмальном нерве и одной применен вибрационный массаж. Однако все эти лечебные мероприятия не дали успеха. В связи с этим всем 15 больным произведена операция торакопластики: 10 больным — полная и 5 — частичная.

Беременность наступила у больных через 6 месяцев до 15 лет после торакопластики. У 4 больных после торакопластики были двукратные роды. Двум женщинам из пя-

ти, сохранивших беременность с нашего согласия, произведена полная торакопластика, трем — частичная; у всех больных достигнуты положительные результаты. С момента торакопластики до наступления у них беременности прошло от 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> до 10<sup>1</sup>/<sub>2</sub> лет. За это время они не перенесли ни одного обострения.

У четырех из них были срочные роды здоровым ребенком и нормальное течение послеродового периода. Дальнейшие наблюдения проводились в течение 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—7 лет. Матери и дети в течение этого периода были здоровы. Условия жизни у них хорошие.

Пятая женщина, П., 37 лет, забеременевшая через 2 года после эффективной верхней торакопластики, также хорошо перенесла беременность, роды и послеродовой период. Через 11 месяцев после родов повторная беременность. Ввиду короткого промежутка времени между родами и новой беременностью произведен аборт. Через 4 года после первых родов — третья беременность, которая сохранена с нашего согласия. Беременность протекала хорошо. После срочных родов заболела затянувшимся гнойным маститом, температура до 40°. Через 2 месяца обострение в легком на оперированной стороне, затихшее через три месяца под влиянием комбинированного лечения пенициллином, стрептомицином и ПАСК. В дальнейшем в течение 2 лет наблюдалась компенсация процесса в легких; общее состояние матери и ребенка было хорошим. Условия жизни у больной хорошие.

Обострение туберкулезного процесса у этой больной нет основания связывать с торакопластикой, которая закончена с положительным результатом. В течение 6 лет после торакопластики в легких не наблюдалось обострений, несмотря на перенесенные роды и аборт. Надо полагать, что в данном случае инфекция, внесенная возбудителями гнойного мастита, ослабила сопротивляемость организма больной и вызвала вспышку туберкулезного процесса в легком на фоне старых очагов.

Десять женщин, сохранивших беременность по собственному желанию (одни вопреки запрещению врача, другие без совета с врачом), забеременели через 6 месяцев до 15 лет после торакопластики. Двум больным произведена частичная торакопластика, восьми — полная, при этом у двоих из них терапевтический эффект был не вполне выражен (повторные обострения, кровохаркание,

факультативное выделение туберкулезных бактерий). Четверо больных имели после торакопластики от 1 до 3 аборт-ов и трое — повторные роды.

Из женщин, сохранивших беременность по собственному желанию, только у двух беременность протекала хорошо; роды и послеродовой период не дали осложнений.

У одной из них, В., 40 лет, беременность наступила через 2 года после торакопластики, закончилась нормальными родами. Мать и ребенок здоровы в течение 5 лет после родов.

Вторая больная, Г., 32 лет, забеременела через 5 лет после торакопластики и благополучно родила здорового ребенка. Через 3 месяца ребенок умер от воспаления легких. Через 4 месяца после родов она снова забеременела и сохранила беременность, как и предыдущую, без совета с врачом. В течение 10 месяцев после срочных родов мать и ребенок чувствуют себя хорошо.

Условия жизни у обеих больных хорошие.

Остальные 8 женщин имели после торакопластики обострения, повторившиеся у одних во время беременности, у других после родов. Четыре из них, находившиеся в хороших жизненных условиях, перенесли обострение во время беременности, но роды и послеродовой период протекали у них благополучно и в течение 1—2 лет после родов обострения не наблюдалось.

У одной больной, сохранившей беременность, наступившую вскоре после операции торакопластики (спустя 6 месяцев), произошло обострение туберкулезного процесса через 7 месяцев после родов. При повторной беременности, которая наступила через 2½ года после первых родов и сохранена тоже без совета с врачом, процесс обострился на VII месяце беременности. В дальнейшем процесс прогрессировал и перешел в фиброзно-кавернозный. Материальные, жилищные и моральные условия неблагоприятные. Лечение больная проводила нерегулярно.

Эти случаи показывают, что после торакопластики, давшей стойкий эффект, беременность и послеродовой период протекают гладко и в дальнейшем не наблюдается обострений. Но в случае неполного успеха после операции отмечались обострения как во время беременности, так и в послеродовом периоде.

Имеет значение и срок, протекший после операции. Так, больная, сохранившая, не посоветовавшись с врачом,

беременность, наступившую через 6 месяцев после торакопластики, имела после родов обострение.

Большое значение имеют и внешние условия: плохие условия способствовали ухудшению даже после эффективной торакопластики, а при хороших наблюдалось благоприятное течение родов и послеродового периода после торакопластики, не давшей полной компенсации процесса.

На основании приведенных нами наблюдений можно сделать заключение, что роды после операции торакопластики могут быть разрешены, но только после стойкой компенсации туберкулезного процесса в течение не менее 2 лет, без обострений за это время и при отсутствии расстройства сердечно-сосудистых и дыхательных функций. При этом должны также учитываться условия быта и труда.

Что касается операции торакопластики во время беременности, то хотя и трудно высказаться на основании двух случаев, но все же благоприятный исход после операции и литературные данные, в особенности за последние годы (Интайер, Коске, Шефер), позволяют сделать вывод, что в тех случаях, где показана операция торакопластики и где промедление вследствие ожидания родов может сделать операцию уже запоздалой, возможно прибегнуть к ней во время беременности, не дожидаясь родов.

---

## Глава VII

# ЗАКОНОПОЛОЖЕНИЯ ОБ ОХРАНЕ ТРУДА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И КОРМЯЩИХ ГРУДЬЮ МАТЕРЕЙ

### Охрана труда туберкулезных больных

С целью сохранения трудоспособности и предупреждения обострений процесса у больных туберкулезом, работающих на предприятиях, издана инструкция ВЦСПС и Наркомздрава о трудовом устройстве рабочих и служащих, имеющих заболевание туберкулезом. Инструкция утверждена СНК СССР 5 января 1945 г.

Согласно этой инструкции, заболевшие туберкулезом рабочие не должны допускаться на работу, которую они не могут выполнять в данный момент или которая неблагоприятно влияет на течение процесса. В этих случаях рабочий должен быть переведен через ВКК на другую работу.

Больные после наложения искусственного пневмоторакса или недавно перенесшие обострение процесса подлежат переводу на другую, более легкую работу и в облегченные условия труда.

Туберкулезные больные по решению ВКК подлежат освобождению от ночных смен, а больные с активной формой туберкулеза не допускаются к сверхурочным работам.

Особенно строго должны выполняться указанные мероприятия по рациональному трудоустройству в отношении забеременевшей женщины, больной туберкулезом, так как она должна быть поставлена с первых же дней беременности в условия, при которых у нее могла бы сохраниться общая биологическая устойчивость и которые не снижали бы сопротивляемости организма.

## Охрана труда беременных женщин

Согласно советскому законодательству, руководители предприятий и учреждений не имеют права по причине беременности отказывать женщинам в приеме на работу или снижать им заработную плату.

Беременных женщин на основании ст. 131 Кодекса законов о труде запрещено привлекать к сверхурочной работе, начиная с 4 месяцев беременности, и к ночной работе, т. е. с 22 часов и до 6 часов утра, в течение всего периода беременности.

С V месяца беременности запрещается посылка женщин в командировку вне места постоянного жительства без их согласия (ст. 131 КЗоТ) <sup>1</sup>.

Согласно ст. 132 КЗоТ, беременная женщина переводится на более легкую работу в зависимости от характера выполняемой ею работы и от состояния ее здоровья.

Это право может быть предоставлено женщине по врачебному заключению женской консультации с первого же месяца беременности и в течение всего периода до ухода в декретный отпуск по беременности.

При переводе на более легкую работу, если новая работа оплачивается ниже прежней, за беременной женщиной сохраняется прежняя заработная плата из расчета последних 6 месяцев ее работы, независимо от выполнения ею норм выработки.

Советское законодательство предоставляет женщинам специальный отпуск по беременности и родам сверх ежегодного отпуска, которым пользуются все рабочие и служащие.

Согласно Указу Президума Верховного Совета СССР от 26 марта 1956 года «Об увеличении продолжительности отпусков по беременности и родам», отпуск по беременности и родам увеличен с 1 апреля 1956 года с 77 до 112 календарных дней.

Продолжительность отпуска установлена 56 дней до родов и 56 дней после родов с выдачей за этот период пособия в установленном порядке.

В случае ненормальных родов или рождения двух и более детей отпуск после родов предоставляется продолжительностью 70 календарных дней.

<sup>1</sup> Кодекс законов о труде (сокращенно КЗоТ).

Женщины имеют право на отпуск по беременности и родам независимо от стажа работы.

Во время отпуска по беременности и родам не допускается, согласно закону, увольнение женщины с работы.

### **Охрана труда матерей, кормящих грудью ребенка**

Советское законодательство запрещает отказывать в приеме на работу женщин, кормящих ребенка грудью, или снижать им по этой причине заработную плату. Матери, кормящие грудью, не допускаются ни к сверхурочным, ни к ночным работам в течение всего периода кормления.

Женщинам, кормящим грудью ребенка, согласно ст. 134 КЗоТ, предоставляется, помимо общего перерыва для обеда и отдыха, которым они пользуются, как все рабочие и служащие, еще дополнительные, оплачиваемые перерывы для кормления грудью ребенка продолжительностью не менее 30 минут и не реже чем через 3½ часа. В отдельных случаях, в зависимости от состояния здоровья ребенка, перерывы могут быть и чаще.

### **Пособия по беременности и родам**

Все женщины, проработавшие непрерывно на предприятии или в учреждении не менее 3 месяцев, имеют право на получение пособий за время отпуска по беременности и родам.

При рождении ребенка, если мать или отец работают на предприятии или в учреждении не менее 3 месяцев и если заработок родителя не превышает 500 рублей в месяц, выдается единовременное пособие в размере 120 рублей на приобретение предметов ухода за новорожденным (детское приданое) и 180 рублей на кормление ребенка. В случае рождения двойни или тройни пособие выдается на каждого ребенка в отдельности в указанном выше размере.

8 июля 1944 г. Президиум Верховного Совета СССР издал указ об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, об усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания «Мать-героиня», об учреждении ордена «Материнская слава» и медали «Медаль материнства». Мероприятия, предусмотренные Указом, обеспечи-

вают расширение и увеличение государственной помощи, усиление охраны материнства и детства.

Государственное пособие по этому Указу выдается матерям уже при рождении третьего ребенка (а не седьмого, как раньше) и увеличивается при рождении каждого следующего. В то же время матери продолжают получать пособия и на детей, рожденных раньше.

Одиноким матерям, не состоящим в браке, устанавливается пособие на содержание детей и право помещать ребенка за государственный счет в детское учреждение.

Руководители предприятий и учреждений обязаны выполнять все положения советского законодательства об охране трудовых прав беременных женщин и кормящих. За нарушение трудового законодательства установлена уголовная ответственность по ст. 133-а Уголовного кодекса РСФСР.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Из обзора литературы можно убедиться, что у авторов, как русских, так и зарубежных, нет единой точки зрения на влияние беременности на туберкулез и на показания к прерыванию беременности.

Наш материал свидетельствует о том, что и у лечащих врачей-фтизиатров также не выработалось еще единого взгляда на показания к прерыванию беременности при туберкулезе.

К нам направляли больных для решения вопроса о показаниях к аборту с беременностью ранних и поздних сроков, которым аборт не был показан, с одной стороны, вследствие затихших малых форм туберкулеза, с другой—ввиду тяжести процесса и большого срока беременности—7—8 месяцев.

Только в последнее время стали направлять больных с целью решения вопроса о сохранении беременности и методе лечения больных.

Как показали наши наблюдения, после абортов, произведенных как до 3 месяцев, так и позже, отмечаются ухудшения (главным образом у больных с тяжелым распространенным туберкулезным процессом). Но при аборте после 3 месяцев беременности ухудшение протекает более остро и клиническое течение туберкулеза бывает значительно тяжелее.

Материал, касающийся группы больных, у которых беременность была закончена родами, показывает, что в случаях, когда больным было рекомендовано сохранить беременность ввиду отсутствия прямых показаний для аборта (при очаговофиброзных стабильных формах туберкулеза и при эффективном искусственном пневмотораксе), беременность протекала хорошо и не давала обострений и в послеродовом периоде.

Но беременность, сохраненная по тем или иным причинам (противопоказание к прерыванию вследствие тяжести процесса, сохраненная беременность вопреки совету врача и др.), при активных прогрессирующих формах туберкулеза, при вспышке процесса протекала тяжело, в особенности у женщин, обратившихся к нам впервые и с большим сроком беременности.

Но эти тяжелые исходы родов не должны вызывать представление о необходимости в этих случаях прерывать беременность. По нашим наблюдениям, обострения, вызванные операциями прерывания беременности больших сроков, протекают более тяжело, чем после родов.

В случаях тяжелого распространенного туберкулеза антибиотики и химиопрепараты могут облегчить состояние больной и дать возможность довести ее до благополучных родов, а при дальнейшем лечении — получить и значительное улучшение, в чем можно убедиться на приведенных нами выше примерах.

Начальную беременность при распространенном туберкулезе следует прервать, так как продолжение беременности может привести к прогрессированию процесса, в то время как беременность больших сроков при этих формах туберкулеза следует сохранять; больную нужно лечить, чтобы не вызвать обострения процесса после родов.

На нашем материале мы убедились также, что при своевременном эффективном лечении (искусственный пневмоторакс, стрептомицин, ПАСК, фтивазид) беременность была сохранена и женщины хорошо переносили ее и роды, и послеродовой период.

Антибактериальные препараты оказывают также хорошее влияние при туберкулезе гортани и при туберкулезном менингите, вследствие чего эти заболевания не являются теперь таким грозным осложнением при беременности, каким считались до недавнего времени. Но было бы большой ошибкой думать, что с введением антибакте-

риальных препаратов полностью разрешена проблема лечения всех больных туберкулезом. Нужно помнить, что существует определенный предел терапевтического действия этих препаратов, ограниченный их бактериостатическими свойствами.

Антибактериальные препараты дали возможность резко повысить эффективность лечения больных туберкулезом, в особенности при комплексном использовании их с коллапсотерапией, санаторно-курортным и диететическим режимом.

Все эти терапевтические и профилактические мероприятия оказывают такое же благоприятное влияние и при лечении беременных женщин, больных туберкулезом.

Это не могло не отразиться на изменении взгляда на взаимосвязь туберкулеза и беременности. В настоящее время мысль врача все чаще направляется на возможность лечения больной и сохранение беременности, и только при невозможности лечения или его неэффективности приходится думать о прерывании беременности. В результате такой установки за последнее время количество абортос снизилось.

Дети у туберкулезных женщин рождаются здоровыми, полноценными. Матери, у которых не выделяется туберкулезных бацилл, кормят детей грудью, и дети остаются здоровыми.

Таким образом, старые афоризмы — Янга «Если девушка — то безбрачие, если замужняя — без беременности, если беременная — без родов» и Винтера и Оппенгейма «Беременность — как верстовые столбы на жизненном пути туберкулезных женщин, каждый из них отмечает, что пройдена еще часть пути к конечной цели — к гибели» в настоящее время потеряли свое значение. Мы видим, что туберкулезная девушка может выходить замуж, замужняя может беременеть, беременная может родить.

### Выводы

На основании наших данных можно сделать следующие выводы.

1. Беременность может быть сохранена:

1) при стойко затихшем фиброзноочаговом туберкулезе легких;

2) при наличии эффективного искусственного пневмоторакса без проявления функциональных нарушений;

3) при всех сроках беременности, во всех случаях, когда показаны коллапсотерапия или лечение антибиотиками и химиопрепаратами и лечение оказывается успешным.

## 2. Беременность следует прервать до 3 месяцев:

1) в тех случаях, когда предпринятое лечение туберкулеза оказалось безуспешным;

2) при тяжелом прогрессирующем и распространенном туберкулезе легких и гортани.

Прерывание после 3 месяцев:

3) во всех случаях беременности, когда лечение туберкулеза, предпринятое до или во время беременности, оказалось неэффективным и беременность не достигла 7 месяцев.

4) При тяжелом распространенном туберкулезе легких, гортани и при туберкулезном менингите прерывать беременность сверх 3 месяцев не следует, так как операция прерывания беременности, а также искусственные роды могут вызвать резкое ухудшение в состоянии больных и ускорить летальный исход.

5) При решении вопроса как о сохранении беременности, так и о прерывании ее в каждом отдельном случае следует подходить индивидуально, с учетом подробного анамнеза и морально-бытовых и трудовых условий.

6) В целях предупреждения развития запущенных форм туберкулеза у беременных женщин необходимо выявлять его в самом начале беременности. Для этого следует проводить обследование на туберкулез (через противотуберкулезные учреждения) всех беременных женщин при первом посещении ими женских консультаций и периодически проводить проверку в этом отношении через туберкулезные диспансеры не менее 3 раз в течение беременности.

---

## ЛИТЕРАТУРА

- Абрамова А. А., Охрана трудовых прав женщин в СССР, Государственное издательство юридической литературы, 1954.
- Агаронов А. М., Туберкулез и беременность, Труды I Закавказского съезда гинекологов и акушеров в Тифлисе, 1930.
- Айрапетьянц Э. Ш., Крыжановская Е. Ф., К физиологии интероцепции матки, Хемоцепция, Сборник научных трудов ЦИАГ, 10, 1947.
- Александрова Ф. И., Доклад на VII межобластной противотуберкулезной конференции в Одессе 10—14/VI 1938 г., Проблемы туберкулеза, 1938, № 11—12.
- Александров Ф. А., Беременность и туберкулез, СПб, Практическая медицина, 1908.
- Баландер А. И. и Левинсон М. М., Дети туберкулезных матерей, Борьба с туберкулезом, 1938, № 9.
- Бейгель Я. И., Туберкулез легких и беременность, Юбилейный сборник проф. Н. Н. Горизонтова, Новосибирск, 1935.
- Беляева Н. К. и Верховская Ф. М., Туберкулез и беременность, Вопросы туберкулеза, 1931, № 3—4.
- Благоволин С. И., Сборник трудов Лечебно-санитарного управления Кремля, 1939.
- Близнянская А. И., Туберкулез и беременность, Биомедгиз, М., 1936.
- Близнянская А. И. и Лазаревич А. И., Искусственный пневмоторакс при беременности, Борьба с туберкулезом, 1934, № 4.
- Близнянская А. И. и Лазаревич А. И., Торакопластика и беременность. Проблемы туберкулеза, 1936, № 4.
- Богомолец А. А., Введение в учение о конституциях и диатезах, М., Наркомздрав, 1928.
- Бусыгина Н. Т., Изучение проницаемости плаценты для стрептомицина, Тезисы доклада на VI научной сессии Львовского государственного научно-исследовательского института охраны материнства и детства, Львов, 1953.
- Быков К. М., Кора головного мозга и внутренние органы, Медгиз, 1947.
- Ваксман З. А., Антибиотики, изд. АН СССР, 1946.
- Вейбель, Беременность и туберкулез легких, М., 1927.
- Васич Е. А., Туберкулез в раннем детском возрасте, Вопросы туберкулеза, 1931, № 1.
- Венцовский М. К., К вопросу о взаимоотношении между туберкулезом и беременностью, Вопросы туберкулеза, 1931, № 10—11.

- Виноградов А. М. и Чернявская О. П., Дети матерей с активными закрытыми формами туберкулеза, Проблемы туберкулеза, 1936, № 9.
- Гамбашидзе С. К., Материалы к физиологии интероцепторов половой сферы, Грузмедгиз, Тбилиси, 1951.
- Гармашева Н. Л., Значение рефлексов с рецепторов матки в физиологии и патологии женского организма. В сб.: Рефлекторные реакции в физиологии и патологии женского организма, Медгиз, Л., 1952.
- Горизонтов П. Д., Учение Мичурина — Лысенко и некоторые вопросы конституции и наследственности в патологии, Архив патологии, 1949, № 1.
- Горизонтов П. Д., Физиологическое и патологическое значение плаценты, Акушерство и гинекология, 1946, № 5.
- Гросман С. А., Туберкулез и беременность, Казанский медицинский журнал, 1925, № 10.
- Данилов С. А., Проблема наследственной передачи туберкулеза в свете современных знаний, Здравоохранение, 1931, № 1—2.
- Знаменский В. Ф., Туберкулез и конституция у детей, Вопросы туберкулеза, 1929, № 1.
- Изаболинский М. П. и Гитович В. И., О фильтрующихся формах туберкулезного вируса, Микробиологический журнал, 1929, т. IX, в. 3.
- Каган И. А., Опыт терапевтического применения пневмоперитонеума при туберкулезе, Проблемы туберкулеза, 1950, № 3.
- Калмыков К. Н., Случай кесарского сечения на умершей с благоприятным исходом, Врачебная газета, 1912, № 8.
- Кекчеев К. Х. и Сыроватко Ф. А., К вопросу об интероцептивных раздражениях, Акушерство и гинекология, 1953, № 5.
- Кисель А. А., Туберкулез и наследственность, изд. Вятского губздравотдела, Вятка, 1921.
- Коган Е. М., Терапевтическое применение пневмоперитонеума при туберкулезе, Проблемы туберкулеза, 1940, № 7—8.
- Копелиович С. И., К вопросу о врожденном туберкулезе, Проблемы туберкулеза, 1940, № 10.
- Красовский А. Я., Оперативное акушерство, СПб, 1885.
- Кулачковский Ю. В., К вопросу об антибактериальной терапии острого милиарного туберкулеза и туберкулезного менингита, Сборник научных трудов Львовского научно-исследовательского института охраны материнства и детства, изд. Львовского государственного университета, 1954.
- Куликовская А. А., Экспериментальные данные о переходе инфекции от матери к плоду, Вопросы педиатрии, 1949, т. XVII, в. I, № 3.
- Курбатова М. А., К вопросу об осложнениях при пневмоперитонеуме, Проблемы туберкулеза, 1950, № 6.
- Лазаревич А. И., Взаимоотношение между туберкулезом и беременностью, Вопросы туберкулеза, 1931, № 10—11.
- Лазаревич А. И., Прерывание беременности при туберкулезе, Советская медицина, 1951, № 6.
- Лазаревич А. И. и Штефко В. Г., К антенатальной патологии туберкулеза, Проблемы туберкулеза, 1946, № 6.
- Лазаревич И. П., Курс акушерства, Харьков, 1877.

- Липовецкая Е. Н., Характеристика детей бациллярных очагов, Вопросы туберкулеза, 1930, № 2.
- Лотис В. М., Условные интероцептивные рефлексы с матки, Акушерство и гинекология, 1949, № 6.
- Лысенко Т. Д., Агробиология, М., 1948.
- Макаров П. В., Критика цитологических основ хромосомной теории наследственности. В сб.: Против реакционного менделизма-морганизма, изд. АН СССР, М.—Л., 1950.
- Малишевская В. П., О формах и течении туберкулеза у детей в семьях бацилловыделителей, Вопросы туберкулеза, 1930, № 2.
- Малыжев Е. С. и Чистович А. Н., О патогенезе врожденного туберкулеза, Проблемы туберкулеза, 1937, № 5.
- Маслов М. С., Вопросы наследственности и аномалий конституции в педиатрии, Вопросы педиатрии и охраны материнства и детства, 1949, т. XVII, № 1.
- Мельников Н. А., Легочная чахотка и беременность, Вопросы туберкулеза, 1931, № 10—11.
- Мионов М. М., Туберкулез и беременность, Доклад на III съезде Общества российских акушеров и гинекологов в 1909 г., Русский врач, 1909.
- Мичурин И. В., Сочинения, ОГИЗ, М., 1948, т. I, стр. 298—299; т. III, стр. 538—539.
- Мнушкин А. С. и Серебренников В. Ш., Взаимоотношение между легочным туберкулезом и беременностью, Проблемы туберкулеза, 1939, № 1.
- Моисеева Т. Г., К вопросу о проницаемости плаценты для стрептомицина и влияние его на развитие плода, Акушерство и гинекология, 1954, № 6.
- Морозов Е. К., К вопросу о лечении легочного туберкулеза пневмоперитонеумом, Проблемы туберкулеза, 1946, № 4.
- Мясников А. Л., Доклад на 2-й сессии отделения клинической медицины АМН СССР, Педиатрия, 1949, № 2.
- Николаев А. П., Учение И. П. Павлова и важнейшие проблемы акушерства и гинекологии, изд. АМН СССР, М., 1951.
- Никольский А. В., Туберкулез и наследственность, Туберкулез, 1912, № 7—8.
- Новоселов Р. С., Случай врожденного туберкулеза у ребенка 13 дней, Педиатрия, 1951, № 2.
- Нуждин Н. И., Критика идеалистической теории гена. В сб.: Против реакционного менделизма-морганизма, изд. АН СССР, М.—Л., 1950.
- Отт Д. О., Оперативная гинекология, СПб, 1914.
- Павлов И. П., Полное собрание сочинений, т. I, 1951, М.—Л., стр. 526, 527.
- Павлов И. П., Лекции о работе больших полушарий головного мозга, изд. АМН СССР, М., 1952.
- Платонов Т. В., Мировоззрение К. А. Тимирязева, изд. АН СССР, М., 1952.
- Похитонова М. П., Туберкулезная инфекция в грудном и раннем возрасте, Вопросы туберкулеза, 1929, № 4.
- Рабухин А. Е. и Чистяков Г. А., Конституция и туберкулез, Борьба с туберкулезом, 1935, № 7.

- Розенталь И. С., Влияние беременности и лактации на условные рефлексы, Русский физиологический журнал, 1922, т. V, стр. 157—160.
- Рубель А. Н., Туберкулез легких и материнство, Клиническая медицина, 1930, № 15—16.
- Рубинштейн Г. Р., Туберкулез легких, Медгиз, М., 1948.
- Рубинштейн Г. Р., Проблема наследственности при туберкулезе, изд. АН СССР, М., 1951.
- Рунге, Учебник акушерства, 1897.
- Рыбкин И. А., Влияние беременности и аборта на течение лечебного туберкулеза, Труды Казанского государственного института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, т. IX, Казань, 1947.
- Сивков И. И. и Шлепов А. В., Случай двукратной беременности после торакопластики, Проблемы туберкулеза, 1940, № 10.
- Судаков И. В., Туберкулез и беременность, Вопросы туберкулеза, 1923, № 3—4.
- Триус М. В., Экспериментальные данные к вопросу о внутриутробном заражении при туберкулезе, Вопросы туберкулеза, 1930, № 1, 2.
- Унтербергер С. Ф., Роль наследственности в вопросе о чахотке, СПб, 1909.
- Феноменов Н. Н., Оперативное акушерство, Казань, 1892.
- Фурсиков Д. С., Влияние беременности на условные рефлексы, Архив биологических наук, 1922, т. XXI, в. 3—5, стр. 188.
- Цехновицер М. И. и Соколова С. Н., Некоторые экспериментальные данные к вопросу о наследственности туберкулеза, Врачебное дело, 1924, № 16—19.
- Чеботаревская Т. Н., К вопросу о потомстве туберкулезных родителей, Журнал по изучению раннего детского возраста, 1930, № 7—8.
- Шебанов Ф. В., Коллапсотерапия легочного туберкулеза, М., 1950.
- Шебанов Ф. В., Прерывание беременности после трех месяцев у туберкулезных больных, Проблемы туберкулеза, 1950, № 1.
- Шмит (Schmidt), Туберкулез и брак, Доклад на очередном германском съезде по туберкулезу в 1930 г., Вопросы туберкулеза, 1931, № 3—4.
- Штернберг А. Я., Туберкулез и беременность, Вопросы туберкулеза, 1923, № 3—4.
- Шурыгина Е. П., К клинике туберкулеза у детей раннего возраста, Вопросы туберкулеза, 1947, № 4.
- Шурыгина Е. П., Проявление и течение туберкулеза у детей раннего возраста из туберкулезных очагов, Борьба с туберкулезом, 1932, № 11—12.
- Эйнис В. Л., Туберкулез, клиника, профилактика и лечение, Медгиз, М., 1946.
- Энгельс Ф., Диалектика природы, 1930, стр. 271.
- Эпштейн И. М., Туберкулез почки, патогенез, клиника, лечение. Диссертация, Медгиз, М.—Л., 1941.
- Яроцкий А. И., Наследственность и болезнь, М., 1924.
- Adam E., Lungentuberculose und Schwangerschaft, Diss., Hamburg, 1924.

- Alberts L., Schwangerschaft und Thoracoplastik, Med. Welt, 1932, II.
- Arloing et Dufour, Essai sur l'hérédité du virus tuberculeux filtrant, Presse médicale, 1928, N 48.
- Braeuning H., Tuberculose und Schwangerschaft, Leipzig, 1935.
- Beckmann u. Kirch, Tuberculose und Schwangerschaft, Arch. f. Gyn., 1929, Bd. 135, H. 2.
- Bernard L., Tuberculose et hérédité, Presse méd., 1928, N 24.
- Brindeau A., Des indications de l'interruption de la grossesse dans la tuberculose pulmonaire, Rev. de la tuberc., 1931, N 7.
- Boquist Simonds a. Meers, Pregnancy following extrapleural thoracoplasty, Amer. Rev. of Tuberc., 1935, Bd. XXVI, 1.
- Busch, Thorakoplastik und Geburt, Beitr. z. Klin. der Tuberc., 1930, Bd. 74.
- Calmette J., Valtis M., Lacomme, Transmission intra-utérine du virus tuberculeux de la mère à l'enfant, Presse méd., 1926, N 90.
- Dittmar F., Zur Frage Tuberculose und Schwangerschaft, Zbl. für Gyn., 1950, 72, 11.
- Divoux A., Zur künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung, Beitr. z. Klin. der Tuberc., 1931, Bd. 77, H. 6.
- Dixon Hugh, Pulmonary tuberculosis by pregnancy, Med. Journ. of Australia, 1946, v. VII, N 7.
- McDowell A., Tuberculosis and Pregnancy, Dis. of chest, 1945, 11, 3.
- Franque, Umfrage über Tuberculose und Schwangerschaft, Med. Klin., 1931, N 20.
- Friedmann and James Garber, Pregnancy and Tuberculosis, Amer. Rev. of Tuberc., 1946, v. LIV, N 3.
- Grancher R., Preservation de l'enfance contre la tuberculose, Oeuvre Grancher, Paris, 1907.
- Hansen R., Tuberculose und Schwangerschaft, Beitr. z. Klin. der Tuberc., 1935, Bd. 36, H. 8.
- Mcintyre, General observations on pregnancy and tuberculosis with special reference to collapse therapy, Edinb. med. Journ., 1949, 56, 12.
- Mcintyre, Observations on Thoracoplasty during pregnancy, Journ. of Thorac. Surg., 1950, 19, 6.
- Jessen E., Thoracoplastik und Geburt, Ztschr. für Tuberc., 1929, Bd. 53, N 3.
- Jessen H., Schwangerschaft und Thorakoplastik, Ztschr. für Tuberc., 1932, Bd. 63, H. 3—4.
- Kalov W., Tuberculosis and Pregnancy, Med. Journ. Australia, 1946, v. II, N 7.
- Kuehne, Tuberculose und Schwangerschaft, Beitr. z. Klin. der Tuberc., 1925, Bd. 60, H. 5.
- Koske H., Thoracoplastik und Schwangerschaft, Beitr. z. Klin. der Tuberc., 1939, Bd. 93, H. 5.
- Landau, Die Geburt bei tuberc. Frauen nach Thoracoplastik, Münch. med. Wschr., 1932.
- Mayer J., Bemerkungen über Schwangerschaftsunterbrechung wegen Lungentuberculose, Ztschr. für Tuberc., 1928, Bd. 51, H. 2.
- Morin P. et Chertier J., Tuberculose pulmonaire et gestation, Sem. hopit., 1950, 26, 27.

- Mueller H., Schwangerschaft und normale Geburt nach Thoracoplastik, Med. Welt, 1932, 6.
- Pankow O., Umfrage über Tuberculose und Schwangerschaft, Med. Klin., 1931, N 23.
- Reiche F., Die Heredität bei Phthisis pulmonum, Beitr. z. Klin. der Tuberc., 1923, Bd. 54.
- Riffel, Die Erbllichkeit der Schwindsucht, 1890—1892.
- Romberg E., Unterbrechung der Schwangerschaft bei Lungentuberculose, Münch. Med. Wschr., 1931, N 1.
- Sachs, Schwangerschaft und Tuberculose, Beitr. z. Klin. der Tuberc., 1925, Bd. 61, 2.
- Saye L., Bronchopneumonie caseo-ulcereuse, traitement par la thoracoplastique extrapleurale du cinquième mois de la grossesse, guérison clinique après deux ans et demi, Bull. soc. méd. Hop., Paris, 1926, 42.
- Schaeffer G., Pregnancy and Tuberculosis, Amer. J. Obst. and Gyn., 1949, 58, 3.
- Schultze-Rhönhof, Lungentuberculose und Schwangerschaft, Klin. Wschr., 1928, N 42.
- Schweizer, Tuberculose und Gravidität, Zbl. für Gyn., 1922.
- Stewart C. J. a. Simmonds F. A., Prognosis of Pulmonary tuberculosis in Married, Tubercle, 1954, v. XXXV, N 2, p. 28—30.
-

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие . . . . .	3
Глава I. Туберкулез и беременность . . . . .	5
Глава II. Туберкулез и наследственность . . . . .	13
Глава III. Прерывание беременности до трех месяцев . . . . .	22
1. Аборт . . . . .	25
2. Роды . . . . .	33
Глава IV. Прерывание беременности сроком сверх трех месяцев . . . . .	45
1. Аборт . . . . .	48
2. Роды . . . . .	55
Глава V. Лечение больных туберкулезом женщин во время беременности . . . . .	66
Глава VI. Беременность и торакопластика . . . . .	77
Глава VII. Законоположения об охране труда больных туберкулезом беременных женщин и кормящих грудью матерей . . . . .	83
Охрана труда туберкулезных больных . . . . .	83
Охрана труда беременных женщин . . . . .	84
Охрана труда матерей, кормящих грудью ребенка . . . . .	85
Пособия по беременности и родам . . . . .	85
Заключение . . . . .	86
Выводы . . . . .	88
Литература . . . . .	90

**Лазаревич Александр Иванович**

БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ



Техн. редактор *Г. А. Глухоедова*

Корректор *Л. Ф. Кухтина*

Сдано в набор 29/II 1956 г.

Подписано к печати 25/V 1956 г.

Формат бумаги 84×108<sup>1/32</sup> 1,5 бум. л. 4,92 печ. л.

5,23 уч.-изд. л.,

Тираж 20 000 экз.

Т 05815 МБ-56

Медгиз, Москва, К-31, Петровка, 12

Заказ 327. 1-я тип. Профиздата. Москва, Крутицкий вал 18

Цена 2 р. 60 к.

## ОПЕЧАТКИ

<i>Стр.</i>	<i>Строка</i>	<i>Напечатано</i>	<i>Следует читать</i>	<i>По чьей ви</i>
4	7 снизу	приводится	проводится	Корр.
23	2 "	№ 5	№ 9	Авт.
38	21 "	слева	справа	Авт.
46	22 сверху	целостного	целостности	Авт.
57	7 "	при инфильтра- ции и диссеми- нации	с инфильтратив- ным и диссеми- нированным	Авт.
78	3 "	1½—3 года	1½—3 года	Авт.
94	9 и 10 снизу	McIntyre	McIntyre	Корр.
96	9 снизу		Редактор книги И. Э. Соркин	Техред

Беременность при туберкулезе