

АО « Медицинский Университет Астана»

Туберкулез и беременность.

Астана 2016г.

- ▶ **Туберкулёз** — инфекционное заболевание, вызываемое *Mycobacterium tuberculosis*. Вопросы влияния туберкулеза на беременность и беременности на туберкулез остаются спорными. Риск заражения туберкулезом во время беременности не увеличивается.
- ▶ Общепризнан тот факт, что во второй половине беременности, в связи с изменениями гормонального фона, улучшением кровоснабжения, возможно улучшение состояния больных туберкулезом.
- ▶ Туберкулез в любой форме с наличием бактериовыделения является противопоказанием к беременности.



По образному выражению старых фтизиатров: «**Больная туберкулезом девушка не должна беременеть, беременная не должна рожать, а родившая не должна кормить грудью**». Конечно туберкулёз и беременность сочетание требующее особого внимания.

- ▶ - Идеально отложить материнство до полного излечения, т.е на 2-3 года после окончания курса терапии;
- ▶ - С правовой и этической точки зрения нет никаких ограничений для вступления в брак мужчин и женщин, страдающих туберкулезом;
- ▶ - С началом эры антибиотиков стало возможным ведение беременности при некоторых формах туберкулёза.

Группа риска

- Пациентки с недавно перенесенным туберкулезом - менее 1 года после окончания лечения.
- Пациентки моложе 20 лет и старше 35 лет с туберкулезом любой локализации.
- Беременные с распространенным туберкулезным процессом независимо от его фазы.
- Беременные, имеющие контакты с лицами, у которых установлен туберкулез с выделением или без выделения туберкулезной палочки.
- Беременные с впервые установленным виражом, гиперэргической или нарастающей туберкулиновой чувствительностью (по пробе Манту с 2 ТЕ).
- Беременные, имеющие такие сопутствующие заболевания, как: [сахарный диабет](#), хронические неспецифические заболевания органов дыхания, почек, [язвенную болезнь](#) желудка и двенадцатиперстной кишки; употребляющие алкоголь, никотин и наркотические вещества, ведущие асоциальный образ жизни.

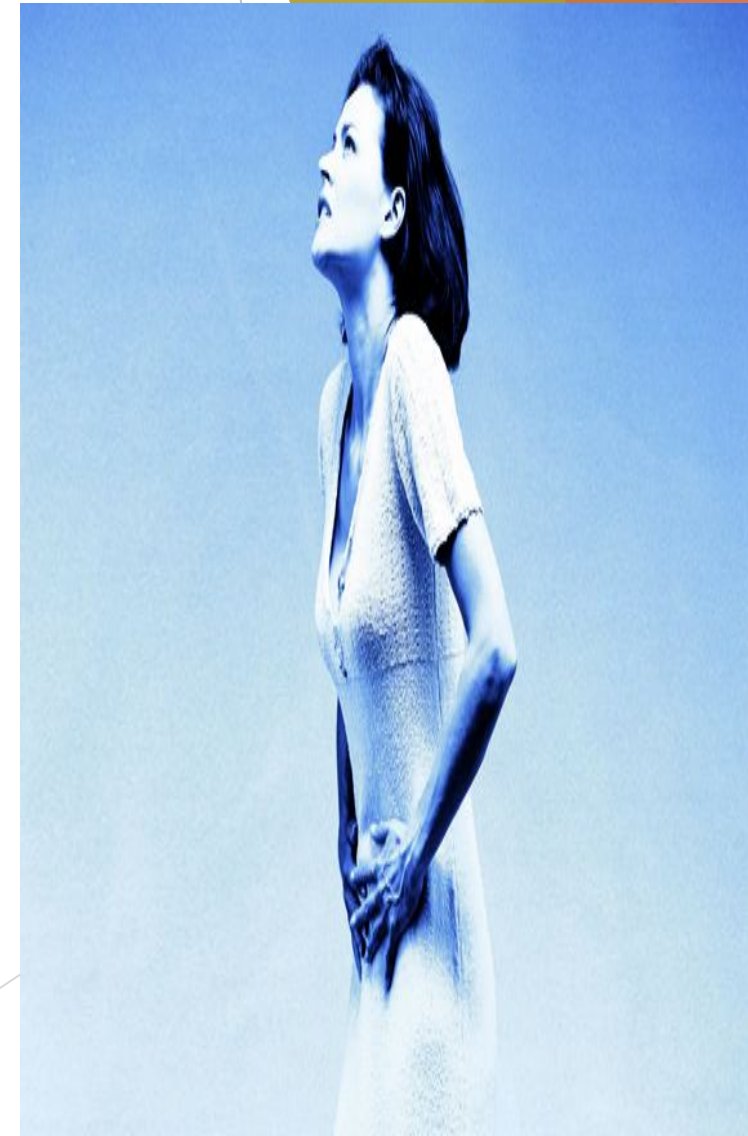
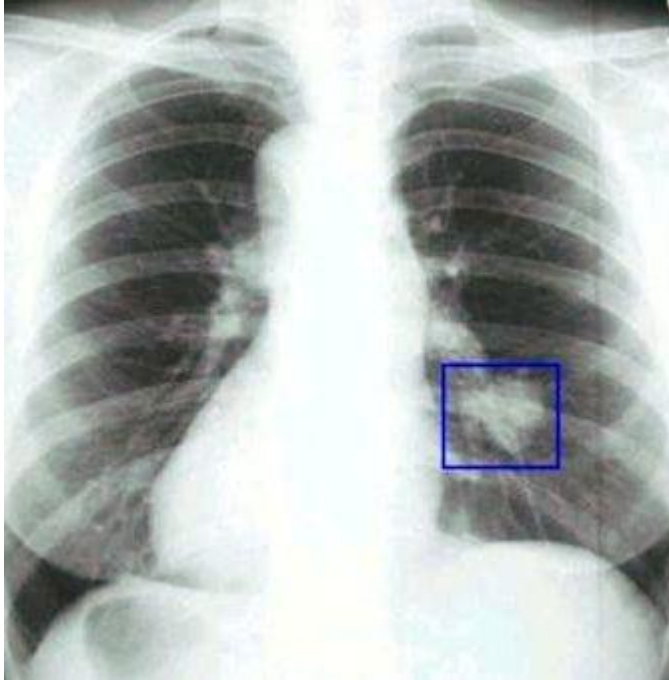


ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ БЕРЕМЕННОЙ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗНОГО ПРОЦЕССА.

- ▶ 1. Изменение обмена веществ, деятельности эндокринных желез, функций нервной системы;
 - 2. Увеличение нагрузки на сердечно-сосудистую, дыхательную системы и почки;
 - 3. Физиологическая иммуносупрессия беременных;
 - 4. Повышение потребности в кальции.
-
- ▶ В материнском организме происходит деминерализация, способная привести к размягчению очагов Гона или кальцинатов в лимфоузлах и эндогенной реактивации туберкулезного процесса. Что может привести к прогрессированию нелеченного активного туберкулёза

ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ НА ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА.

- ▶ Туберкулёз и беременность оказывают взаимное влияние друг на друга. Определяется это влияние 4-мя факторами:
 1. Характер туберкулёзного процесса;
 2. Срок беременности;
 3. Социально бытовые и семейные обстоятельства;
 4. Возраст беременной женщины.



ХАРАКТЕР ТУБЕРКУЛЁЗНОГО ПРОЦЕССА.

I. АКТИВНОСТЬ.

- Неактивный, стойко затихший процесс под влиянием беременности обычно не обостряется
- Активный процесс, развившийся до беременности, нелеченый или недолеченый, на фоне беременности обычно прогрессирует

II. ВРЕМЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

- Первичный туберкулёз, развившийся у ранее неинфицированных беременных, имеет склонность к генерализации и более опасен, чем вторичный туберкулёз, возникший на фоне инфицированности.

III. ФОРМА ЗАБОЛЕВАНИЯ.

- ▶ • Распространенные и деструктивные формы туберкулёза представляют большую угрозу, чем ограниченные.
- ▶ • Наиболее опасны остро текущие формы туберкулёза, а также хронические деструктивные процессы, особенно с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза.
- ▶ • Сочетание туберкулёза почек с беременностью неблагоприятно, т.к. беременность увеличивает нагрузку на почки и обостряет латентно протекающий туберкулёзный процесс в почках.
- ▶ • Генитальный туберкулёз редко сопровождается беременностью, но сочетание туберкулёзного эндометрита с беременностью крайне неблагоприятно (риск в/у инфицирования плода).

ГРУППА ПОВЫШЕННОГО РИСКА ОБОСТРЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ:

1. Беременные, недавно перенесшие Уэс (менее года после лечения);
2. Беременные после операций, произведенных по поводу туберкулёза (менее 1 года после вмешательства);
3. Беременные больные туберкулёзом различных локализаций моложе 20 и старше 35 лет;
4. Беременные с распространенными формами туберкулёзного процесса;
5. Молодые здоровые беременные, имеющие контакты с больными туберкулёзом.



Наибольшую опасность для развития и прогрессирования туберкулёза представляют:

Срок беременности:

- первый триместр беременности;
- последние недели перед родами.

Возраст беременной:

- моложе 20 лет;
- старше 35 лет.

ГРУППА ПОВЫШЕННОГО РИСКА ОБОСТРЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ:

- ▶ 1. Беременные, недавно перенесшие Узс (менее года после лечения);
- ▶ 2. Беременные после операций, произведенных по поводу туберкулёза (менее 1 года после вмешательства);
- ▶ 3. Беременные больные туберкулёзом различных локализаций моложе 20 и старше 35 лет;
- ▶ 4. Беременные с распространенными формами туберкулёзного процесса;
- ▶ 5. Молодые здоровые беременные, имеющие контакты с больными туберкулёзом.

ПОКАЗАНИЯ К ПРЕРЫВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ

Все активные формы туберкулёза:

- первичная туберкулёзная инфекция;
- туберкулёз лёгких и других органов дыхания;
- туберкулёз кишечника, брыжеечных лимфатических узлов и брюшины;
- туберкулёз костей и суставов;
- туберкулёз мочеполовых органов;
- туберкулёз других органов.

АБСОЛЮТНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ПРЕРЫВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ.

1. Фиброзно-кавернозный и кавернозный туберкулёз;
2. Диссеминированный туберкулёз с хроническим течением;
3. Легочно-сердечная недостаточность при туберкулёзе;
4. Сочетание туберкулёза с сахарным диабетом и другими тяжелыми хроническими заболеваниями;
5. Впервые выявленный инфильтративный туберкулёз лёгких в фазе распада при тенденции к прогрессированию;
6. Туберкулёз мочевыделительной системы, осложненный ХПН I-III степени;
7. Любые формы туберкулёза при выделении микобактерий с множественной лекарственной устойчивостью.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРЕРЫВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ.

1. Туберкулёзный менингит;
2. Острый милиарный туберкулёз лёгких;
3. Подострый диссеминированный туберкулёз;
4. Другие остро прогрессирующие процессы.

При этих формах заболевания прерывать беременность нецелесообразно, т.к. они приобретают особенно бурное течение после аборта. Показана интенсивная терапия. Только в крайних случаях можно прерывать беременность в сроки до 12 недель, но не раньше, чем воспаление начнет рассасываться под влиянием лечения. В поздние сроки беременности прерывание ее абсолютно противопоказано, т.к. оно опасно для жизни женщины (в большей степени, чем роды).



БЕРЕМЕННОСТЬ МОЖНО СОХРАНИТЬ.

1. У женщин, закончивших курс специфического лечения с клиническим эффектом, имеющих неактивный и клинически излеченный туберкулёз;
2. У пациенток с ограниченными не осложнёнными формами активного туберкулёза любой локализации, в том числе при очаговом туберкулёзе лёгких, ограниченном инфильтративном туберкулёзе, экссудативном плеврите.

Такие процессы эффективно лечатся на фоне беременности. Прогрессирование, как правило, не наступает.

КЛИНИКА ТУБЕРКУЛЁЗА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.

- ▶ • В первом триместре беременности клиника туберкулёзной интоксикации наслаивается на проявления раннего токсикоза беременности (ухудшение самочувствия, слабость, сонливость, субфебрилитет, тошнота, снижение аппетита).
- ▶ Жалобы, подозрительные на туберкулёз:
 - длительное (более 3-х недель) покашливание с выделением незначительного количества слизистой или слизисто-гнойной мокроты;
 - ночная потливость;
 - боль в грудной клетке;
 - нарушение динамики веса.
- ▶ • Во втором и третьем триместрах на фоне мнимого благополучия может наблюдаться «холодная вспышка туберкулёза второй половины беременности»;
 - Это связывают с тем, что гормональный фон у беременной имеет анаболическую направленность, диафрагма стоит высоко, как бы повторяя лечебное действие пневмоперитонеума.
- ▶ Наблюдается парадоксальная диспропорция: хорошее общее состояние беременной с малыми внешними проявлениями болезни при больших экссудативно-пневмонических изменениях в лёгких с распадом и обсеменением.



ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЁЗА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.

- ▶ Диагностика начальных форм туберкулеза и его обострений во время беременности нередко представляет значительные трудности:
- ▶ · стертая клиническая картина;
- ▶ · чувствительность к туберкулину подавлена;
- ▶ · повышенное СОЭ, анемия, невысокий лейкоцитоз встречаются и при беременности;
- ▶ · рентгенография считается противопоказанной.

I. Клинические методы диагностики туберкулёза

- ▶ 1. Тщательный сбор анамнеза, выявление жалоб;
- ▶ 2. Общеклиническое обследование:
 - ОАК: увеличение процента палочкоядерных нейтрофилов, появление юных форм, эозинопения, моноцитоз;
 - б/х: гипопропротеинемия, гиперфибриногенемия;
 - ОАМ: протеинурия, пиурия, гематурия.

II. Проба Манту.

Является методом исследования напряженности иммунитета к *Micobacterium tuberculosis* с помощью оценки кожной реакции на специальный препарат микобактерий - туберкулин.

Основанием для тщательного обследования на туберкулез беременной и членов ее семьи является:

- впервые положительная нормергическая реакция (папула 10 мм и более);
- гиперергическая реакция (папула более 16-20 мм или с везикулой, пустулой).

III. Обследование на микобактерии туберкулёза.

1. Многократное ежедневное бактериоскопическое исследование мокроты, промывных вод бронхов или бактериального секрета, мочи (при подозрении на нефротуберкулёз);
2. Культуральное исследование: бак посев на микобактерию туберкулёза (метод Левенштейна-Йенсена);
3. Определение микобактерии методом ПЦР.

IV. Рентгенологическое исследование.

Рентгенография грудной клетки.

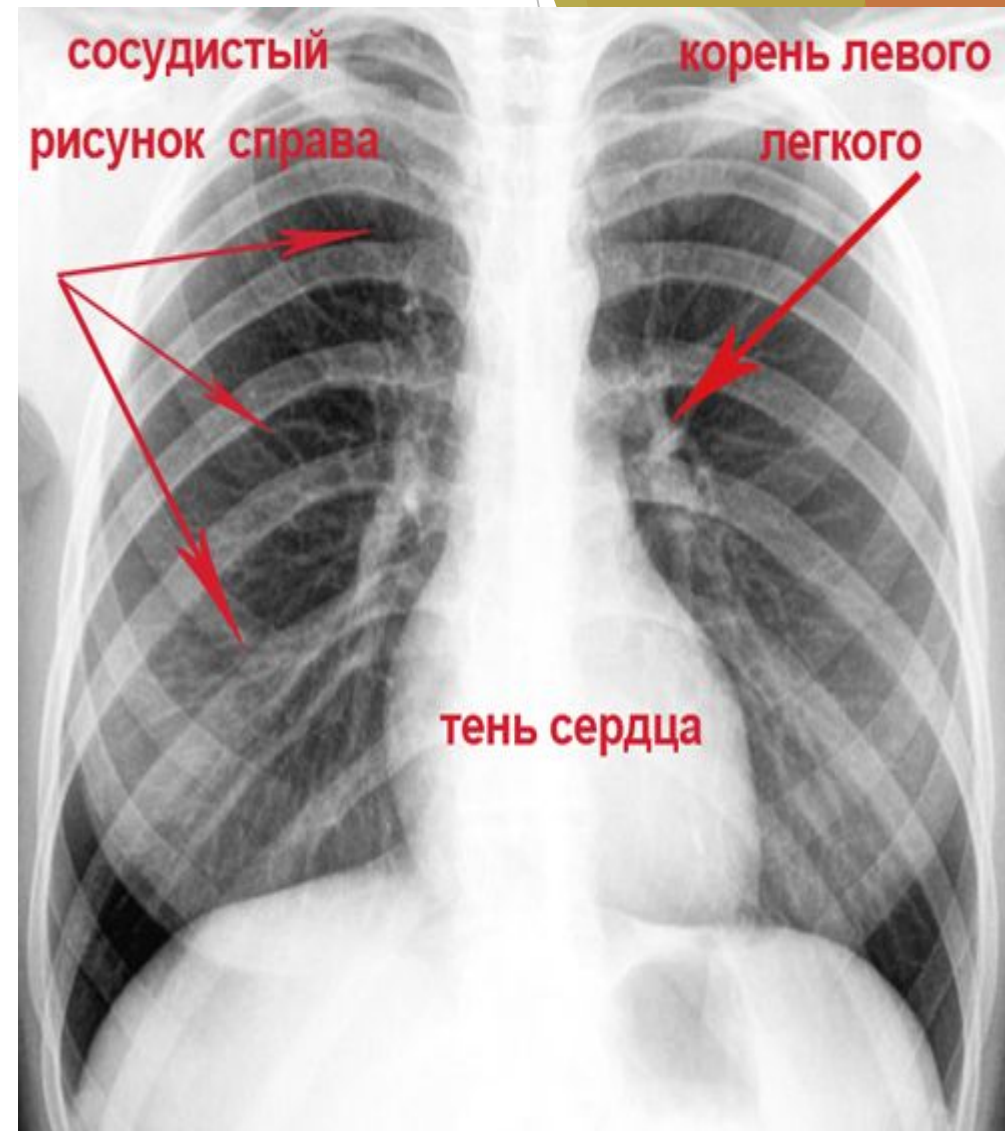
При экспозиции грудной клетки в прямой проекции рентгеновское облучение плода в 10 раз меньше, чем облучение грудной клетки матери.

Меры предосторожности:

- просвинцованный резиновый фартук;
- желательно после 12 нед беременности;
- тщательное диафрагмирование пучка лучей лишь на грудную клетку матери.

Запрещены: флюорография и рентгеноскопия.

Оптимальна: низкодозная цифровая R-графия, при нефротуберкулёзе: экскреторная урография, хромоцистоскопия, ретроградная пиелография.



В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НА АКТИВНЫЙ СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС НУЖДАЮТСЯ БЕРЕМЕННЫЕ:

- ранее перенесшие активный туберкулёзный процесс различных локализаций;
- находящиеся в контакте с больными активным туберкулёзом, особенно бактериовыделителями;
- с установленными в течение 2-х предшествующих лет виражом, гиперергической реакцией на пробу Манту или нарастающей чувствительностью к туберкулину;
- имеющие сахарный диабет, хр. обструктивные заболевания органов дыхания, хронические неспецифические заболевания мочевой системы, язвенную болезнь желудка и ДПК;
- длительно получавшие иммунодепрессанты;
- ВИЧ-инфицированные;
- социально дезадаптированные.

ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.

Нелеченый туберкулёз у беременной опасен для плода гораздо больше, чем противотуберкулезное лечение матери.

При полноценном лечении есть шанс довести беременность до благополучного исхода без ущерба для здоровья матери и плода.

В лечении туберкулёза очень важны:

- соблюдение режима;
- психологический комфорт;
- полноценное сбалансированное питание с достаточным количеством белков, жиров, витаминов и микроэлементов;
- полноценная химиотерапия.



ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ТУБЕРКУЛЁЗЕ.

- ▶ • Угроза прерывания беременности;
- ▶ • Самопроизвольные выкидыши;
- ▶ • Тяжелое течение раннего токсикоза;
- ▶ • Железодefицитная анемия;
- ▶ • Плацентарная недостаточность;
- ▶ • Внутриутробная гипоксия и гипотрофия плода;
- ▶ • Гипоплазия половых органов у плода.;
- ▶ • Инфицирование плода микобактериями туберкулеза;
(трансплацентарное или при аспирации инфицированной амниотической жидкости)
- ▶ • Антенатальная гибель плода вследствие туберкулезной интоксикации.



АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА.

Принципы антибактериальной терапии:

- оптимально назначение после 12 недель;
- начинать антибактериальную терапию обязательно в условиях стационара;
- избегать эмбриотоксичных антибиотиков (аминогликозиды, фторхинолоны, этионамид, протионамид, циклосерин).

Препараты выбора:

1. Изониазид;
2. Пиразинамид;
3. Рифампицин;
4. ПАСК.

Антибиотики целесообразно назначать совместно:

- с витаминами В1, В6, В12, С;
- с гепатопротекторами.



ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНОЙ ТУБЕРКУЛЁЗОМ.

- ▶ · Ведение беременных с туберкулёзом осуществляется совместно фтизиатром и акушером-гинекологом.
- ▶ · Необходимы преемственность и тесный контакт в работе противотуберкулезного диспансера, женской консультации и родильного дома (обмен сведениями обо всех беременных, больных туберкулёзом).
- ▶ · Плановая госпитализация в противотуберкулёзный стационар во время беременности проводится трехкратно: в первом триместре, в 30-36 недель и в 36-40 недель беременности.
- ▶ · Госпитализация на роды осуществляется в специализированный роддом или в наблюдательное отделение роддома общего профиля (часто с началом регулярной родовой деятельности или с излитием околоплодных вод).

ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Роды стараются вести через естественные родовые пути. Родоразрешающие операции, как акушерские щипцы, резко ограничены. Их выполняют лишь по акушерским показаниям (гипоксия плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты во втором периоде родов) и при легочно-сердечной недостаточности. Показанием к кесареву сечению является тяжелая акушерская патология (клинически и анатомически узкий таз, предлежание плаценты, со значительным кровотечением при неподготовленных родовых путях, поперечное положение плода).

В родах целесообразно проводит дыхательную гимнастику, применяют обезболивающие и спазмолитические средства.

Прогноз. Ранняя диагностика и раннее начало лечение туберкулеза у беременных обеспечивают благоприятный исход беременности и родов для матери и плода.

Все новорожденные должны подвергаться профилактической вакцинации БЦЖ. Если у матери закрытая форма туберкулеза, она может кормить новорожденного грудью.

После выписки из родильного дома женщина с новорожденным должны находиться под наблюдением туберкулезного диспансера, женской и детской консультаций.