

ТУБЕРКУЛЕЗ И МАТЕРИНСТВО

Алиева Лейла Октай кызы

622 группа лечебный факультет

Диагностика туберкулеза
у женщин во время
беременности и
послеродовом периоде

Диагноз туберкулеза устанавливает врач – фтизиатр, консультацию которого необходимо проводить в следующих случаях:

- ✓ При подозрении на активный туберкулез (наличии симптомов интоксикации, обнаружении соответствующих рентгено – томографических признаков, выявлении МБТ, ДНК МБТ в биологических жидкостях)
- ✓ При наличии контакта (семейного, производственного) с больными активным туберкулезом органов дыхания и внелегочных локализаций
- ✓ У ВИЧ – инфицированных

✓ При клинически излеченных формах туберкулеза органов дыхания и внелегочных локализаций, независимо от срока давности перенесенного процесса (поскольку беременность может способствовать реактивации специфического процесса).

Клинические и лабораторные критерии диагностики туберкулеза у женщин во время беременности

Клинические проявления в I триместре беременности имеют **выраженный характер**: симптомокомплекс интоксикации - общая слабость, быстрая утомляемость, раздражительность, частая смена настроения, потливость, потеря аппетита, головные боли, длительное повышение температуры до субфебрильных цифр, чаще в вечернее время, кашель с мокротой или без нее, кровохарканье, боль в грудной клетке, одышка.

Клинические проявления туберкулеза органов дыхания во II и III триместрах беременности могут иметь «стертый», не выраженный характер → диспропорция между удовлетворительным общим состоянием и большими экссудативно – пневмоническими изменениями в легких

В период гестации беременные пребывают в состоянии физиологической иммуносупрессии → развиваются тяжелые деструктивные формы (инфильтративная с распадом, кавернозная, казеозная пневмония, диссеминированная) с прогрессирующим течением.

Во II и III триместрах беременности настораживает *отсутствие нарастания или даже снижение массы тела (!)*

Клинический анализ крови: ↑ абсолютного числа лейкоцитов (до 10 000-16 000), ↑ количества молодых форм нейтрофилов, ↓ цветного показателя (до 0,9). Во второй половине беременности часто - гипохромная анемия.

Состояние *резко ухудшается после родов* вследствие дополнительной физической нагрузки, кровопотери, изменения иммунного и гормонального состояния, резкого опускания диафрагмы и возникновения синдрома «абдоминальной» декомпрессии → *развивается острая гематогенная диссеминация туберкулезного процесса и аспирация казеозных масс* в здоровые участки легких, с развитием бронхогенного обсеменения.

Ограничения в диагностике туберкулеза у женщин во время беременности

Рентгенологическое исследование во время беременности - по показаниям, после окончания эмбрионального периода (10 недель акушерского срока), когда заканчивается морфогенез и органогенез.

В послеродовом периоде рентгенотомографическое исследование органов грудной клетки проводится в течение 1-2 суток после родов.

Туберкулинодиагностику с использованием внутрикожной пробы с АТГ проводят независимо от срока беременности.



- ***Обязательно обследование членов семьи беременной на туберкулез***
- ***Исследование материала на МБТ методом микроскопии и бактериологического посева - стандартно в течение 3-х последовательных дней, трехкратно.***
- ***Исследование материала от больной (мокроты, промывных вод бронхов, венозной крови) на наличие ДНК МБТ - не менее 3-х раз за беременность; не менее 2-х раз после родов. Исследование пуповинной крови на наличие ДНК МБТ и установления риска вертикального инфицирования проводят во время родов однократно.***

Показания к прерыванию
беременности и ее
продолгованию при
различных формах
туберкулеза

Пролонгирование беременности разрешается при:

- Клинически излеченный туберкулез с формированием больших или малых остаточных изменений или без них
- Малые формы активного туберкулеза легких без деструктивных изменений и бактериовыделения (очаговый туберкулез, инфильтративный туберкулез без распада)
- Туберкулезный плеврит
- Состояние после оперативного вмешательства по поводу туберкулеза легких со стойкой компенсацией и отсутствием рецидивов в течение 2-х лет.
- Ограниченный и не осложненный туберкулез внелегочных локализаций.

**Абсолютные показания к прерыванию
беременности:**

- ФКТ , кавернозный, диссеминированный туберкулез (прогрессирующее течение)
- Легочно – сердечная недостаточность у больных туберкулезом органов дыхания
- Сочетание туберкулеза органов дыхания с тяжело протекающей экстрагенитальной патологией (декомпенсированной бронхиальной астмой, ХОБЛ, сахарным диабетом, ХПН, сердечно – сосудистой патологией)
- Состояние после перенесенных хирургических вмешательств по поводу туберкулеза легких с декомпенсацией и сроком не менее 6-ти месяцев после перенесенных операций.

**Относительные показания к прерыванию
беременности:**

- Туберкулезный менингит
- Милиарный туберкулез
- Лекарственно – устойчивые формы туберкулеза
- Казеозная пневмония

В случае согласия женщины на проведение искусственного прерывания беременности, врачебная комиссия п/туберкулезного учреждения выносит соответствующее заключение.

Ведение беременности
при выявленном
туберкулезе различных
локализаций

Для своевременного выявления беременности у женщин, больных туберкулезом:

1. участковым (районным) врачам-фтизиатрам ежеквартально передавать (корректировать) в женские консультации *списки женщин репродуктивного возраста, состоящих на диспансерном учете по поводу туберкулеза* любой локализации, в том числе и по контакту с бацилловыделителями.

2. Участковым (районным) врачам-фтизиатрам постоянно *взаимодействовать* с врачами акушерами – гинекологами женских консультаций и при необходимости **контролировать выполнение алгоритма ведения беременности у больных туберкулезом**

3. Врачам акушерам-гинекологам женских консультаций при выявлении беременности среди женщин, из ежеквартальных списков, переданных участковыми фтизиатрами, **немедленно сообщать об этом в поликлинические отделения п/туберкулезных учреждений**, совместно решать вопрос о возможности пролонгирования или прерывания беременности и дальнейшем ведении в послеабортном или послеродовом периоде

Если туберкулез был выявлен **во время беременности** и коллегиально принято решение о **продолжении**, необходимо соблюдать следующие рекомендации:

- ❖ Беременные с установленным диагнозом ТОД должны состоять **на диспансерном учете в женской консультации** по месту жительства под наблюдением участкового акушера – гинеколога. Одновременно женщина состоит **на диспансерном учете в противотуберкулезном диспансере** под наблюдением участкового фтизиатра

- ❖ Акушерам – гинекологам необходимо быть готовым к развитию **акушерских осложнений**, наиболее характерных для женщин, больных туберкулезом во время беременности
- ❖ При наличии акушерских показаний для госпитализации беременную с туберкулезом следует направлять для лечения в отделение патологии беременности при специализированных родильных домах или в наблюдательное отделение родильного дома общего профиля

- ❖ Госпитализация женщин с остаточными изменениями, из очага туберкулезной инфекции, из группы риска в палату патологии беременности осуществляется за 2 недели до родов
- ❖ Госпитализация беременных с активным ТОД в связи с необходимостью проведения противотуберкулезного лечения осуществляется независимо от срока беременности.

Наблюдение
новорожденного у
женщин с туберкулезом
различных локализаций



Все новорожденные от матерей, больных туберкулезом, должны быть вакцинированы **БЦЖ** или **БЦЖ-М**. Сроки вакцинации детей, родившихся от матерей, больных ТОД, устанавливаются врачом – неонатологом совместно с фтизиатром, в зависимости от состояния новорожденного. *Здоровым новорожденным детям первичную вакцинацию осуществляют на 3-7 сутки жизни.* Вакцину БЦЖ применяют внутрикожно в дозе 0,05мг в 0,1мл растворителя.

При наличии активного туберкулезного процесса, особенно с бактериовыделением, после первичной обработки (через 10-15 минут после рождения) необходима изоляция новорожденного сроком на 6-8 недель в случае проведения БЦЖ – вакцинации

Дети, не вакцинированные в период новорожденности, получают вакцину БЦЖ-М. Детям в возрасте 2 месяцев и старше предварительно проводят пробу Манту с 2ТЕ РРД-Л и вакцинируют только туберкулин – отрицательных.

Родильный дом информирует родителей о том, что через 4-6 недель после внутрикожной вакцинации у ребенка должна развиваться местная прививочная реакция, при появлении которой необходимо показать ребенка участковому педиатру. Место реакции категорически запрещается обрабатывать любыми растворами и смазывать мазями.

Детям, родившимся вне родильного дома, а также новорожденным, которым по каким – либо причинам не была сделана прививка, вакцинацию проводят в детской поликлинике (детском отделении больницы, фельдшерско – акушерском пункте). Наблюдение за вакцинированными проводят врачи и медицинские сестры общей лечебной сети.

Если туберкулез у матери был выявлен после вакцинации БЦЖ (БЦЖ-М), ребенка изолируют на срок не менее 2-х месяцев, проводят курс химиопрофилактического лечения одним или двумя противотуберкулезными препаратами, с учетом формы туберкулезного процесса и чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам, независимо от сроков введения вакцины

Список литературы

1. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза у женщин во время беременности и послеродовом периоде, Москва 2014 г
2. Туберкулез у детей и подростков / Под ред. В.А. Аксеновой. - 2007. - 272 с.
3. Фтизиатрия. Перельман М.И., Корякин В.А., Богадельникова И.В. , 2004

Мотивация



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ**

