



Ведение беременности и родов при туберкулёзе

- Заболевание туберкулезом легких выявляется почти в 2 раза чаще в первой половине беременности, чем во второй.
- Патологический процесс во время беременности, как правило, начинается остро и протекает менее благоприятно по сравнению с таковым, выявленным вне беременности.
- В целом ряде случаев имеют место тяжелые формы заболевания с распадом легочной ткани и выделением туберкулезной палочки, что нередко сочетается с поражением структур, окружающих легкие, а также трахеи, гортани, бронхов.
- Однако в основном туберкулез у большинства женщин выявляется в виде ограниченных форм. Процесс с поражением одной доли легкого наблюдается у 70-75% больных.

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

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 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).

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 после операций, произведенных по поводу туберкулёза (менее 1 года после вмешательства);
2. Беременные больные туберкулёзом различных локализаций моложе 20 и старше 35 лет. 3.
3. Беременные с распространенными формами туберкулёзного процесса;
4. 4. 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

1. 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.

2. 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: гипопротейнемия, 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;
- Железодефицитная 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).



**Спасибо за
внимание!**