

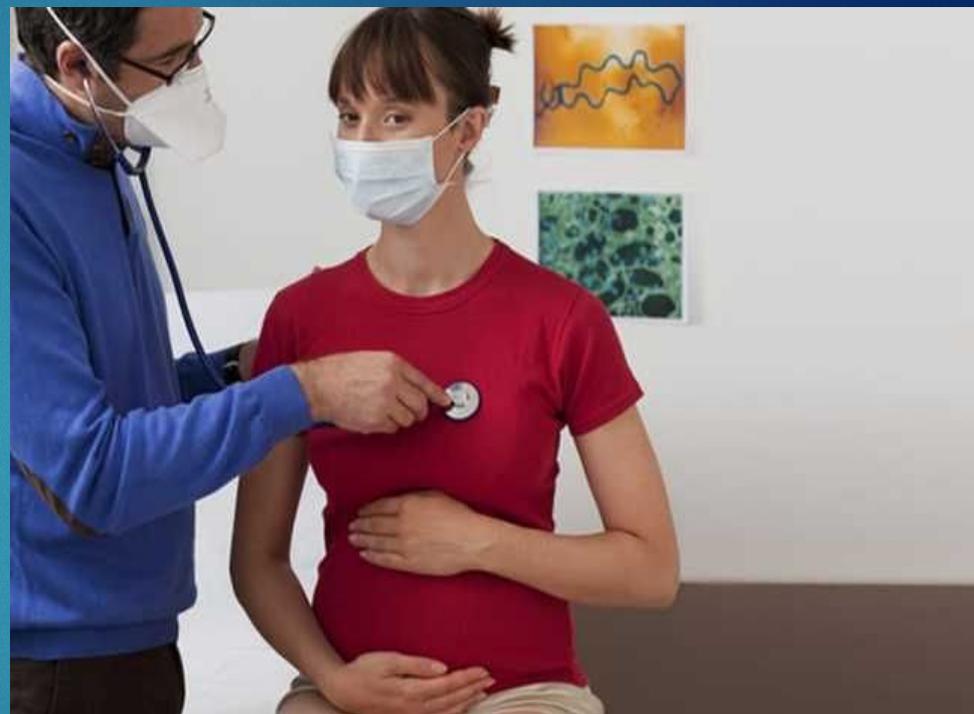


Туберкулез и беременность

Патогенез.

Беременность и роды, сопровождающиеся перестройкой функций эндокринной системы, органов иммунитета, обмена веществ, нагрузка, связанная с выделением продуктов обмена плода, являются факторами риска в отношении заболевания туберкулезом.

Возникновение туберкулеза связывают с эндогенной реактивацией инфекции.



Туберкулез, возникший у женщин во время беременности и в послеродовом периоде, протекает обычно тяжелее, чем выявленный до беременности.

Туберкулез может возникнуть в любой период беременности, но чаще в первой половине. Вспышки туберкулезного процесса в послеродовом периоде бывают чаще в первые 6 мес после родов. У женщин обнаруживаются различные формы туберкулеза легких, преимущественно ограниченные, в редких случаях диагностируется фиброзно-кавернозный туберкулез.



Симптоматика.

Туберкулез легких, возникший в первый триместр беременности, не имеет характерных особенностей клинической картины. Такие симптомы туберкулезной интоксикации, как слабость, недомогание, снижение аппетита, похудание, могут объясняться токсикозом беременных, что затрудняет своевременную диагностику туберкулеза. Туберкулез у женщин во вторую половину беременности, несмотря на распространенный инфильтративный или казеозно-деструктивный процесс, часто протекает без существенных изменений в состоянии больной.

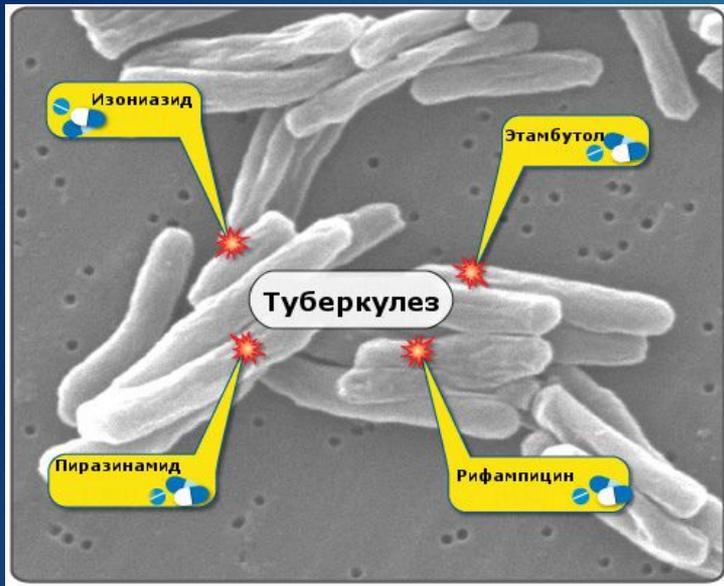


Беременным не проводят плановых профилактических флюорографических исследований легких. Туберкулез у них выявляют при обследовании в связи с жалобами на заболевание органов дыхания. При появлении таких жалоб акушер-гинеколог направляет беременную в ПТД, где ей проводят рентгенографическое исследование легких (флюорографии следует избегать из-за большей дозы облучения), исследование мокроты на МБТ, анализы крови, мочи. После рождения ребенка флюорографическое обследование проводят матери (2—4 исследования в течение первого года) и окружающим реб



Лечение.

Туберкулез у беременных, а также у кормящих матерей лечат в туберкулезной больнице или санатории. Препараты назначают в оптимальных дозах, используя обычные методы их введения. При выборе лекарственных средств следует учитывать возможные побочные реакции на некоторые препараты в виде диспепсических расстройств, поэтому их не следует назначать беременным с токсикозом. Высказывается мнение о токсичном воздействии ряда препаратов на плод. Установлен эмбриотоксический эффект стрептомицина и канамицина, которые могут вызывать глухоту у детей, матери которых лечились этими препаратами в первую половину беременности. Не рекомендуется лечить беременных этамбутолом, этионамидом, рифампицином в связи с возможностью развития у плода уродств.



Наиболее безопасным для беременных и для плода является изониазид. Его следует назначать с лечебной целью и с целью профилактики туберкулеза. Химиотерапия не проводится во время лактации. Не исключена возможность хирургического вмешательства на легких при обнаружении у беременной прогрессирующей туберкулемы, кавернозного или фиброзно-кавернозного туберкулеза, сопровождающихся бактериовыделением. Однако в случае отсутствия эффекта от химиотерапии следует решать вопрос о прерывании беременности. Цель химиотерапии и хирургического вмешательства — прекращение бактериовыделения у больной в короткие сроки, чтобы предотвратить распространение МБТ в организме и избежать заражения плода.



Дети, родившиеся у больных туберкулезом легких женщин, здоровы. Только в исключительных случаях может произойти внутриутробное заражение плода. Большинство инфицированных МБТ детей были заражены после родов при контакте с больной туберкулезом матерью. Поэтому грудное вскармливание новорожденных разрешается только матерям с неактивным туберкулезом, не выделяющим МБТ. Если новорожденный продолжает получать молоко матери, то по возможности мать не должна принимать противотуберкулезные препараты с тем, чтобы у ребенка правильно сформировался послевакцинный (БЦЖ) противотуберкулезный иммунитет. Новорожденным от больных туберкулезом матерей проводят вакцинацию БЦЖ так же, как и остальным детям. После вакцинации мать и ребенка разобщают на 6 нед, т. е. на срок формирования у ребенка противотуберкулезного иммунитета. При невозможности провести срочную изоляцию после вакцинации или в случае противопоказаний к проведению вакцинации ребенку назначают химиопрофилактику.

Для родов беременную туберкулезом женщину направляют в специализированный родильный дом. Если на территории, где она проживает, нет такого родильного дома, то акушер-гинеколог и фтизиатр должны заранее поставить в известность родильное отделение больницы с тем, чтобы были проведены необходимые профилактические мероприятия, исключающие контакт больной со здоровыми роженицами. Формы туберкулеза, сопровождающиеся выраженными симптомами интоксикации, могут оказывать неблагоприятное влияние на течение беременности и иногда приводить к самопроизвольному выкидышу. Роды у больных активным туберкулезом часто протекают более тяжело, чем у здоровых, с большей кровопотерей и осложнениями. Туберкулез в большинстве случаев не служит показанием для прерывания беременности, так как, если проводить комплексную противотуберкулезную терапию, беременность может быть сохранена без ущерба для здоровья матери и ребенка.



Прерывание беременности в связи с туберкулезом целесообразно по следующим показаниям: фиброзно-кавернозный, хронический диссеминированный и цирротический туберкулез легких, осложненные легочно-сердечной недостаточностью; прогрессирующий впервые выявленный туберкулез легких; туберкулез легких в сочетании с сахарным диабетом или другими хроническими заболеваниями; туберкулез легких, требующий для лечения хирургического вмешательства. Прерывать беременность следует в течение первых 12 нед. В период подготовки к прерыванию беременности и после прерывания необходимо усилить противотуберкулезную терапию. Повторная беременность рекомендуется не раньше чем через 2—3 года.



