

ГОУ ВПО «Красноярский государственная медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно- Ясенецкого»
Кафедра туберкулеза с курсом ПО

Туберкулез, беременность и материнство

Лектор: доцент Большакова Ирина Александровна

Из истории вопроса...

- В древней Индии, за 1400 лет до нашей эры, закон Ману запрещал жениться на девушках из семьи, где есть больной туберкулезом
- В древности Гиппократ и Гален учили, что беременность благоприятно влияет на легочный процесс
- Со второй половины XVII века до начала XIX столетия медики признавали, что беременность оказывает неблагоприятное влияние на течение туберкулеза.

- В настоящее время отмечается повышение заболеваемости туберкулезом легких среди женщин репродуктивного возраста, а у беременных в 1,5 – 2 раза выше
- Заболевание может развиваться в любой период беременности, почти в 2 раза чаще в первой её половине, чем во второй и в первые 6 месяцев после родов
- Заболевание, возникшее во время беременности и в послеродовом периоде, протекает менее благоприятно.
- Процесс с поражением одной доли легкого наблюдается у 70-75% больных.

В норме:

В период беременности все органы и ткани, весь организм как единое целое работают с повышенной нагрузкой с тем, чтобы удовлетворить собственные потребности и потребности растущего плода. Эти морфологические и функциональные изменения у здоровой женщины при нормально протекающей беременности не вызывают патологического состояния организма.

При туберкулезе:

- развиваются функциональные изменения и тканевые дистрофии в нервной системе, приводящие к глубоким нарушениям обмена веществ;
- изменяется реактивность организма;
- развиваются изменения функционирования дыхательной, сердечно-сосудистой систем, почек;
- гормональная перестройка организма женщины

- для постройки костной системы плода необходим кальций, поглощаемый не только из крови матери, но и из старых, заживших очагов ранее перенесенного туберкулеза, которые в этих условиях размягчаются, что может явиться причиной прогрессирования специфического процесса
- во время беременности, родов, лактации каждая женщина теряет до 700-800 мг железа. В связи с этим в материнском организме возникает значительный, порой трудно восполнимый дефицит железа;
- повышение активности половых гормонов;

- в послеродовом периоде - неэффективным лечением или его отсутствием во время беременности;
- роды вызывают быструю перестройку всех основных функций организма;
- грудное вскармливание ребенка сопровождается повышением ежедневного расхода организмом женщины белков и жиров;
- из-за опускания диафрагмы может происходить попадание инфекции из патологических очагов легких в их непораженные отделы.

Группа риска по туберкулезу

- ранее перенесенный туберкулез различных локализаций (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;
- имеющие контакт с больным активным туберкулезом
- ВИЧ инфицированные и с вторичным иммунодефицитом
- Длительно принимающие ГКС, цитостатики иммунодепрессанты

- с впервые установленным «виражом», гиперергической или нарастающей туберкулиновой чувствительностью (по пробе Манту с 2 ТЕ);
- имеющие тяжелую сопутствующую патологию (сахарный диабет, ХОБЛ, заболевания почек, язвенную болезнь, желудка и ДПК);
- употребляющие алкоголь, никотин и наркотические вещества, ведущие асоциальный образ жизни.

Клиническая картина:

- клиника на фоне беременности более стертая; она может маскироваться гестозами, респираторными заболеваниями;
- синдром интоксикации: слабость, потливость, снижение аппетита, массы тела, длительная субфебрильная температура, повышенная раздражительность, требующий выявления причины его развития;
- Бронхо-легочный синдром: кашель с мокротой или без неё, кровохарканье, боль в грудной клетке, одышка;

- при изучении анамнеза беременной необходимо выяснение перенесенного в прошлом туберкулеза, возможного контакта с больными туберкулезом, случаев туберкулеза в семье, сопутствующих заболеваний;
- акушер-гинеколог должен обследовать больную (клинический минимум) и направить в противотуберкулезный диспансер;

В диспансере:

- проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л;
- клинические анализы крови и мочи;
- при наличии мокроты – бактериоскопия и культуральные методы;
- рентгенологическое исследование (по показаниям)

Рентгенологическое исследование

- проводят в сложных диагностических ситуациях в виде исключения, защищая плод просвинцованным фартуком;
- плановое проведение беременным, не предъявляющим жалоб со стороны ОД запрещено, (вредное влияние рентгеновских лучей на развивающийся плод).

Беременность + туберкулез =?

консилиум акушера-гинеколога и фтизиатра;

■ решение вопроса зависит от:

- оценки общего состояния;

- формы, фазы и особенностей процесса;

- согласия иметь ребенка,

результатов проводимой терапии,
переносимости ПТП

 акушерского анамнеза

 наблюдения и лечения пациентки.

Показания к прерыванию беременности:

- прогрессирующее течение впервые выявленного туберкулеза (туберкулезный менингит, МТ, КП);
- фиброзно-кавернозный, кавернозный, диссеминированный или цирротический туберкулез.;
- состояние после хирургических вмешательств по поводу туберкулеза (срок не менее 6 месяцев)
- туберкулез в сочетании с тяжело протекающей экстрагенитальной патологией (сахарный диабет, легочно-сердечная, сердечно-сосудистая, почечная недостаточность);

Прерывание беременности:

- с письменного согласия женщины;
- производится в ранние сроки (до 12 недель);
- прерывание беременности в более поздние сроки способствует обострению и прогрессированию туберкулезного процесса;
- в период подготовки и после прерывания необходимо усилить противотуберкулезную терапию;
- повторная беременность рекомендуется не раньше, чем через 2-3 года.

Роды:

- беременные с установленным диагнозом состоят на учете у участкового фтизиатра и акушера-гинеколога;
- роды в специализированном роддоме;

Ведение родов при туберкулезе:

- роды чаще преждевременные;
- стараются вести через естественные родовые пути;
- возможно раннее излитие околоплодных вод и кровотечение;
- родоразрешающие операции проводятся при гипоксии плода, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты во втором периоде родов,

Показания к кесареву сечению

- тяжелая акушерская патология (клинически и анатомически узкий таз)
- предлежание плаценты, со значительным кровотечением при неподготовленных родовых путях
- поперечное положение плода
- легочно-сердечная недостаточность

Общая продолжительность родов при туберкулезе легких меньше, чем у здоровых женщин.

Дети, рожденные от матерей, больных туберкулезом легких:

- с малой массой тела
- нарушения периода адаптации в первые дни после рождения (нарушения со стороны центральной нервной системы, повышение уровня билирубина, нарушение кровообращения, кровоизлияния и отечный синдром);
- аспирационный синдром

Ведение ребенка, рожденного от матери, больной туберкулезом.

- после первичной обработки, ребенок изолируется от матери;
- проводят вакцинацию БЦЖ
- мать и ребенка разобщают на срок 8 недель.
- при невозможности вакцинации или разобщения - химиопрофилактика;
- перевод ребенка на искусственное вскармливание

- перед выпиской новорожденного из роддома в квартире бактериовыделителя проводится – дезинфекция;
- контрольные рентгенограммы окружающим ребенка лицам.

При контакте с матерью до введения вакцины БЦЖ (рождение ребенка вне медучреждения)

- Госпитализация матери для лечения
- Изоляция ребенка
- Вакцинацию БЦЖ не проводят
- Назначают ребенку химиопрофилактику на 3 месяца
- После ХП проведение пробы Манту с 2 ТЕ
- При отрицательной реакции Манту с 2 ТЕ проведение вакцинации БЦЖ-М
- После вакцинации ребенок остается разобщенным с матерью не менее чем на 8 недель

Родильнице:

- через 1-2 сутки после родов производят рентгенологическое исследование;
- бактериологическое исследование;
- определяют лечение.

Грудное вскармливание:

- возможно родильницам с неактивным туберкулезом;
- решается индивидуально консилиумом врачей с обязательным участием фтизиатра, акушера-гинеколога и педиатра;

Противопоказания:

- туберкулез молочной железы;
- остро прогрессирующие формы туберкулеза;
- активный туберкулез органов дыхания с бактериовыделением;
- активный туберкулез любых органов, выявленный в конце беременности или после родов;
- обострение или рецидив туберкулеза во время беременности

Лечение:

- проводят у беременных, а также во время лактации (особенно если заболевание выявлено во время беременности);
- стандартные режимы химиотерапии (изониазид, рифампицин, пиразинамид этамбутол);
- не следует применять ПТП в ранние сроки беременности в период органогенеза (с 3-й по 12-ю недели).

Результаты лечения

при положительной динамике наблюдается

- прекращение бактериовыделения
- закрытие полостей распада
- рассасывание перифокального воспаления

- Женщины, больные туберкулезом органов дыхания, должны наблюдаться с ранних сроков беременности совместно акушером-гинекологом и фтизиатром,
- им необходимо проводить специфическое лечение до полной ликвидации всех признаков активности туберкулезного процесса.

Выводы:

- туберкулезный процесс в легких, особенно активный, оказывает отрицательное влияние на течение беременности и родов;
- новорожденные дети у матерей, больных туберкулезом легких, являются группой высокого риска по развитию неонатальной патологии

Благодарю за внимание!

