

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра туберкулеза с курсом ПО

Реферат

Туберкулез у беременных

Выполнила: ординатор 117гр Лисовская Е.В.
Проверил: к.м.н., зав.кафедрой Омельчук Д.Е

Красноярск
2023г

Оглавление

Введение	3
Этиология заболевания	5
Патогенез заболевания	8
Клиническая картина	10
Диагностика	13
Прерывание беременности	16
Лечение	19
Ведение родов	20
Прогноз	23
Список используемой литературы	24

Введение

Начиная разговор на тему туберкулёз и беременность, а также беременность после туберкулёза, следует снова напомнить, что ещё недавно считавшийся исчезающим заболеванием, туберкулёз объявлен ВОЗ угрозой всему миру. В России в 90-е годы XX столетия на фоне снижения уровня жизни населения распространённость его увеличилась в 2 раза. Среди заболевающих существенно увеличился удельный вес женщин в возрасте от 20 до 30 лет. В период беременности и после родов заболеваемость женщин в 2-2,5 раза выше, чем вне беременности. В сочетании с беременностью туберкулез поздно диагностируется и иногда заканчивается летальным исходом.

До недавнего времени туберкулез являлся одним из наиболее частых показаний для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям. В настоящее время вопрос о беременности при туберкулезе пересмотрен в связи с проведением в нашей стране широких оздоровительных и специальных противотуберкулезных мероприятий, усовершенствованием методов диагностики туберкулеза, внедрению в практику новых комплексных методов лечения (антибиотики, химиопрепараты, искусственный пневмоторакс, оперативные вмешательства на легких и грудной клетке). Кроме того, установлен тот факт, что прерывание беременности часто не облегчало состояние здоровья женщин, и, наоборот, еще более ухудшало течение основного заболевания.

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.

Этиология заболевания

Туберкулез вызывается различными видами микобактерий. В основном это *Mycobacterium tuberculosis* или палочка Коха (впервые описана Р. Кохом 24 марта 1882 года, что послужило уже в наши дни поводом для ВОЗ объявить это день днем борьбы с туберкулезом). Одного наличия *Mycobacterium tuberculosis* не достаточно для развития заболевания, так как по некоторым данным до трети населения земли инфицированы микобактериями, но не все они болеют. Вирулентность микобактерий зависит от различных факторов внешней среды. Также у беременных женщин в развитии заболевания важную роль играет ослабление иммунной системы, перестройка организма.

Причины возникновения туберкулеза во время беременности и после родов:

1. Перенапряжение всех систем организма.
2. Мощная гормональная перестройка.
3. Фактор дефицита кальция в организме матери.
4. Потеря большого количества железа, что приводит к снижению активности макрофагов.
5. Ослабление резистентности организма от акта родов, кровопотери в это время, потеря необходимых биологических компонентов при лактации.

Очень часто наблюдается обострение туберкулезного процесса в легких во время беременности, и оно может происходить в результате нерационального лечения заболевания или вообще при его отсутствии.

Определенное влияние на течение заболевания оказывают и изменения в организме, которые происходят во время беременности: снижение иммунологической защиты организма, изменения функции нервной, дыхательной, сердечно-сосудистой систем, почек, гормональная перестройка организма женщины в связи с функционированием фетоплацентарного

комплекса. Кроме того, вследствие повышенных потребностей в кальции во время беременности этот элемент может выводиться из обизвествленных очагов туберкулеза, которые при этом размягчаются, что является причиной нового прогрессирования патологического процесса.

Обострение туберкулеза легких в послеродовом периоде часто бывает обусловлено как неэффективным лечением или его отсутствием во время беременности, так и тем, что роды вызывают быструю перестройку всех основных функций организма, а грудное вскармливание ребенка сопровождается повышением ежедневного расхода организмом женщины белков и жиров. Кроме того, после родов из-за опускания диафрагмы может происходить попадание инфекции из патологических очагов легких в их непораженные отделы.

Течение беременности у женщин с туберкулезом легких также носит, соответственно, осложненный характер. Повышенная частота развития раннего токсикоза бывает связана с туберкулезной интоксикацией, ведущей к недостаточной функции коры надпочечников и к нарушению электролитного обмена. Более высокая частота анемии вызвана туберкулезной интоксикацией и расходом железа, необходимого для развития плода. Возникновение бывает обусловлено изменением равновесия между системой перекисного окисления липидов и системой антиоксидантной защиты, а также нарушениями центральной гемодинамики, которые имеют место у абсолютного большинства больных туберкулезом легких. При активной форме туберкулеза частота осложнений беременности выше, чем при неактивной.

Из-за недостаточного насыщения крови кислородом и гипоксии у беременных с туберкулезным процессом вследствие легочно-сердечной недостаточности возникает фетоплацентарная недостаточность, происходят преждевременные роды. Туберкулезная интоксикация усиливает эти процессы.

В группу риска по туберкулёзу относят:

- 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.

Патогенез заболевания

Пути передачи инфекции: аэрогенный (воздушно-капельный и пылевой) и алиментарный (через продукты и посуду больного человека или через молочные продукты от больной коровы). Ворота инфекции: носоглотка, миндалины, слизистая бронхов, реже поврежденная кожа, глаза, плацента. При формировании заболевания туберкулезом МБТ находятся в оптимальных для их жизнедеятельности условиях, они активно размножаются вегетативным путем, что приводит к быстрому накоплению популяции.

При лечении больных противотуберкулезными препаратами МБТ теряют способность к вегетативному размножению и превращаются в различные измененные формы. В этом неактивном состоянии они надолго остаются в организме, активизируясь при преждевременном прекращении лечения больного.

В неактивном состоянии МБТ в течение многих месяцев сохраняются и в окружающей среде (на посуде и белье больного, в пыли помещения, в навозе и т. д.), проявляя чрезвычайную устойчивость к неблагоприятным внешним воздействиям и активизируясь при попадании в организм человека или животного.

Типичной для туберкулеза формой воспалительной реакции является туберкулезный бугорок, или гранулема. В настоящее время туберкулезная гранулема рассматривается как реакция антиген-антитело и является выражением иммуноморфологической реакции организма. При преобладании антигена в бугорке развивается некроз, а при преобладании антител — продуктивная реакция. Типичный туберкулезный бугорок имеет округлую форму и небольшую величину (с зерно проса). Продуктивный туберкулезный бугорок состоит из эпителиоидных клеток и гигантских клеток Пирогова–Лангханса с лимфоидными элементами по периферии. Иногда в центре бугорка формируется казеоз. При заживлении происходит

фиброзирование бугорка, частичное рассасывание казеоза и трансформация клеточных элементов. На его месте остается небольшой рубчик паукообразной формы. В зависимости от реактивности организма бугорки могут быть экссудативными, состоящими преимущественно из мононуклеарных и лимфоидных клеток; экссудативно-продуктивными; продуктивными или некротическими, встречающимися при резко сниженных защитных реакциях организма.

Кроме специфических, при туберкулезе отмечаются различные неспецифические реакции. При этом в сердечно-сосудистой системе, в паренхиматозных органах выявляются гистиоцитарные и лимфоцитарные инфильтраты диффузного или узелкового характера. Эти реакции называют параспецифическими, они характерны для первичного туберкулеза и клинически проявляются «масками» различных заболеваний в зависимости от их преобладания в том или ином органе.

Клиническая картина

Туберкулез может возникнуть в любой период беременности, но особенно неблагоприятны первые 3 месяца беременности; на них приходится 1/3 обострений, встречающихся в период беременности, родов и вскармливания. В этот период непроста и диагностика туберкулеза, поскольку инфекция может маскироваться признаками раннего токсикоза.

В первые месяцы беременности туберкулез, как правило, имеет такие же клинические проявления, как и у небеременных. При этом клиника заболевания часто наслаивается на похожие симптомы раннего гестоза (слабость, снижение аппетита, потливость, субфебрилитет и др.), что может быть основной причиной поздней диагностики болезни. В связи с этим при малейшем подозрении на туберкулез, независимо от сроков беременности, пациентке следует немедленно провести рентгенологическое обследование органов грудной клетки с защитой живота.

Во второй половине беременности организм уже приспособился к новым условиям, поэтому туберкулез часто протекает малосимптомно даже при распространенных инфильтративных и диссеминированных деструктивных процессах в легких. Состояние женщины улучшается, нормализуется температура тела, ускоряется рубцевание полостей распада в легких. Однако возможно и прогрессирование туберкулеза, с развитием множественных полостей распада, очагового обсеменения легочной ткани, образованием дополнительных инфильтратов в легких. Во второй половине беременности чаще, чем в первой, могут развиваться такие тяжелейшие формы заболевания, как туберкулезный менингит и милиарный туберкулез.

Туберкулез, возникший у женщин во время беременности и в послеродовом периоде, протекает обычно тяжелее, чем выявленный до беременности. Это различие объясняется эндокринной перестройкой организма женщины в периоды беременности и кормления ребенка. Беременность приводит к мобилизации всех резервов женского организма.

Построение костной системы плода требует повышенного расхода кальция будущей матерью, происходит деминерализация, способная привести к размягчению очагов Гона или кальцинатов в лимфатических узлах и активации латентного процесса — эндогенной реактивации. К жалобам, по которым можно заподозрить туберкулез относятся:

- длительное (более 3-х недель) покашливание с выделением незначительного количества слизистой или слизисто-гнойной мокроты;
- ночная потливость;
- боль в грудной клетке;
- нарушение динамики веса
- длительное время повышение температуры до 37-38 градусов вечером.

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.

Большую опасность для здоровья и жизни больной женщины представляет послеродовой период. 2/3 всех обострений туберкулёза, встречающихся во время беременности, родов и вскармливания приходится на первое полугодие после родов. Травма во время родов, кровопотеря, очередная эндокринная перестройка, лактация, эмоциональный стресс и уход за ребёнком - всё это факторы риска ухудшения течения туберкулёза и его генерализации. Без лечения вялотекущий процесс обостряется, локальные поражения могут привести к генерализованному поражению, отмечают выраженную интоксикацию и лихорадку.

Беременность, возникшая у уже болеющей туберкулёзом женщины, может и благоприятно повлиять на течение заболевания. В литературе описаны случаи стабилизации и обратного течения процесса в этот период. Это связывают с тем, что гормональный фон у беременной имеет анаболическую направленность, диафрагма стоит высоко, как бы повторяя лечебное действие пневмоперитонеума. В последние недели беременности больная туберкулёзом может чувствовать себя даже лучше, чем до беременности. В то же время благополучие может быть мнимым, даже серьёзные обострения во второй половине беременности могут носить характер холодной вспышки туберкулёза, то есть протекать без лихорадки и выраженной интоксикации при обширных поражениях органов и систем.

Как беременность оказывает неблагоприятное влияние на течение активного туберкулеза легких, вызывая обострения процесса, так и течение самой беременности при туберкулезе часто осложняется преждевременными родами, причиной чего является специфическая инфекция, интоксикация и кислородная недостаточность. Чаше, чем у здоровых беременных, наблюдаются ранние и поздние токсикозы. Отмечается меньшая продолжительность родов по сравнению со здоровыми женщинами. В первом триместре беременности клиника туберкулёзной интоксикации наслаивается на проявления раннего токсикоза беременности (ухудшение самочувствия, слабость, сонливость, субфебрилитет, тошнота, снижение аппетита).

Диагностика

Диагностика начальных форм туберкулеза и его обострений во время беременности нередко представляет значительные трудности по причине стертой клинической картине, подавленной чувствительности к туберкулину, повышению СОЭ, анемия, невысокий лейкоцитоз, противопоказания к рентгенографии.

Беременным с высоким риском развития этого заболевания (жители крупных городов; люди, недавно приехавшие из эндемичных районов) следует проводить кожную туберкулиновую пробу (Mantoux), если нет сведений, что такая проба была недавно проведена.

Кожная туберкулиновая проба безопасна, но мало информативна при беременности. При отрицательном результате пробы дальнейшего обследования не требуется; водится 0,1 мл (5 туберкулиновых единиц) внутрикожно в переднюю поверхность предплечья; результат пробы оценивается через 48 – 72 часа. Измеряется поперечный диаметр индукции (но не воспаления):

- ≥ 5 мм – для лиц с очень высоким риском заражения туберкулёзом: имеющие иммуносупрессию, патологические данные рентгенографии, контактирующие в недавнем времени с больным активной формой туберкулёза;

- ≥ 10 мм – для лиц с высоким риском заражения: эмигранты из эндемичных районов, лица, длительно использующие внутривенное введение препаратов, беременные;

- ≥ 15 мм – для лиц с низким риском заражения, не имеющих факторов риска инфекции.

Важное замечание: если БЦЖ сделано за 10 лет до беременности и ранее, а результат туберкулиновой пробы составляет ≥ 10 мм, пациента следует считать больным туберкулезом.

Существуют генетические методы (ПЦР) для быстрой диагностики туберкулеза с чувствительностью более 95% и специфичностью до 100%.

Всех женщин с туберкулёзным процессом рекомендуется тестировать на наличие у них ВИЧ-инфекции.

Диагностика туберкулёза в период беременности должна включать тщательное бактериологическое исследование — многократное бактериоскопическое исследование мокроты, посеvy. При скудности мокроты обязательны провоцирующие ингаляции.

При постановленном диагнозе туберкулеза в общеклинических обследованиях будут обнаружены:

- ОАК: увеличение процента палочкоядерных нейтрофилов, появление юных форм, эозинопения, моноцитоз;
- б/х: гипопроотеинемия, гиперфибриногенемия;
- ОАМ: протеинурия, пиурия, гематурия.

При решении вопроса о целесообразности проведения рентгенологического обследования следует учитывать следующее:

- отрицательное влияние внешних факторов на плод проявляется в основном в первые 10-12 недель беременности.
- среди множества методов рентгенологического обследования наименьшее воздействие радиации имеет место при рентгенографии, наибольший при рентгеноскопии.

Придерживаются проведения снимков только после родоразрешения, членов же семьи беременной обследовать необходимо.

Уровень лучевой нагрузки при флюорографическом обследовании в 2 раза выше, чем при рентгенографии.

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

К мерам предосторожности относятся:

- просвинцованный резиновый фартук;
- желательно после 12 нед. беременности;

- тщательное диафрагмирование пучка лучей лишь на грудную клетку матери.

Категорически запрещены: флюорография и рентгеноскопия.

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

Учитывая, что у значительной части больных женщин туберкулез возникает в течение 1-1,5 лет после родов, необходима обязательная повторная профилактическая флюорография. Врачи акушеры - гинекологи и участковые терапевты должны организовать эти осмотры, а фтизиатры оказывать им методическую и консультативную помощь, а также контролировать своевременность рентген-флюорографического обследования, как профилактического, так и при появлении жалоб.

Активный туберкулёз должен быть адекватно пролечен во время беременности: польза от терапии превосходит предполагаемый вред от применения препаратов. Эффективность лечения для вновь заболевших – 90%. Прием каждого противотуберкулёзного препарата рекомендуется проводить под контролем медицинского персонала. При отсутствии в дальнейшем клинического ухудшения на фоне лечения, контрольное рентгенологическое исследование целесообразно проводить только после родов.

Прерывание беременности

В настоящее время сохранение беременности возможно у большинства женщин больных туберкулезом при систематическом наблюдении и лечении в туберкулезном диспансере и стационаре. Своевременное распознавание и систематическое лечение позволяет сохранить беременность у больных со свежесвыявленными мелкоочаговыми процессами и ограниченными фиброзно-очаговыми образованиями, а также гематогенно-диссеминированным туберкулезом легких.

Прерывание беременности при ТБС показано при всех активных формах туберкулеза:

- 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.

К абсолютным показаниям к прерыванию беременности относятся:

- фиброзно-кавернозный и кавернозный туберкулёз;
- диссеминированный туберкулёз с хроническим течением;
- легочно-сердечная недостаточность при туберкулёзе;
- сочетание туберкулёза с сахарным диабетом и другими тяжелыми хроническими заболеваниями;
- впервые выявленный инфильтративный туберкулёз лёгких в фазе распада при тенденции к прогрессированию;
- туберкулёз мочевыделительной системы, осложненный ХПН I-III степени;

- любые формы туберкулёза при выделении микобактерий с множественной лекарственной устойчивостью.

Противопоказаниями к прерыванию беременности являются:

- Туберкулёзный менингит;
- Острый милиарный туберкулёз лёгких;
- Подострый диссеминированный туберкулёз;
- 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.

При наличии показаний прерывание беременности следует производить в ранние сроки (до 12 недель). Прерывание беременности в более поздние сроки не целесообразно и, как правило, способствует обострению и прогрессированию туберкулезного процесса.

К осложнениям беременности при туберкулезе относятся:

- 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.

Лечение

При выявлении ТБС у беременных и возможности сохранить беременность необходимо начать комплексную специфическую терапию. Плановую госпитализацию при туберкулезе проводят три раза. В первые 12 недель беременности, 30-36 и 36-40 нед. лечение проводят в стационаре, в остальные месяцы беременности - в туберкулезном диспансере.

Только стрептомицин среди всех противотуберкулезных препаратов, противопоказан при беременности. Он вызывает повреждение вестибулярного и слухового нерва, что приводит к развитию глухоты у новорожденного.

Другие препараты, не рекомендуемые к применению у беременных: этионамид, капреомицин, амикацин, канамицин, циклосерин, пипразинамид.

Детальные сведения о безопасности применения пипразинамида при беременности отсутствуют. Если этот препарат не включен в начальный этап лечения, то минимальная длительность терапии может быть продлена до 9 месяцев.

Одним из наиболее серьезных побочных эффектов изониазида является гепатотоксичность. Основные клинические проявления – тошнота, боли в животе, тяжесть в правом подреберье; лабораторные – повышение печеночных трансаминаз в 3 и более раза при наличии клинических проявлений или повышение ферментов в 5 и более раз у пациенток без симптомов. При беременности гепатотоксичный эффект изониазида проявляется чаще, чем вне беременности, поэтому при наличии клинических проявлений необходимо ежемесячно оценивать уровень печеночных трансаминаз: повышение у 10-20% пациентов. Развитие гепатотоксичности – показание для замены изониазида на другой препарат (рифампин).

Кроме того при терапии изониазидом необходимо:

- назначать пиридоксин в суточной дозировке 25-50 мг/сутки для снижения риска нейропатии у матери;

- назначать витамин К в дозе 10 мг/сутки начиная с 36 недель беременности для уменьшения риска развития геморрагических заболеваний у новорожденного.

На фоне продолжающегося лечения всем пациенткам с легочной формой туберкулёза необходимо ежемесячно проводить микроскопическое и культуральное исследование мокроты до тех пор, пока два последовательных исследования не дадут отрицательный результат.

Глюкокортикоиды показаны только в исключительных случаях, для плановой патогенетической терапии их применять нельзя, равно как и методы стимулирующей терапии. До VI мес беременности возможны операции на лёгких.

После родов лечение может быть более интенсивным, особенно если женщина не кормит ребёнка грудью. В случае грудного вскармливания исключены аминогликозиды. Если у больной деструктивный туберкулёз, в послеродовом периоде показано наложение пневмоперитонеума.

Противотуберкулёзные препараты в той или иной степени проникают в молоко матери и попадают в организм ребёнка. Если ребёнку была введена вакцина БЦЖ, эти препараты могут подавить штамм и не дать развиваться нестерильному иммунитету.

Ведение родов

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 проводить дыхательную гимнастику, применять обезболивающие и спазмолитические средства.

Важно помнить:

- При наличии активного туберкулёза необходима изоляция роженицы.

- Роженица с туберкулёзом или подозрением на него должна носить маску. Ношение маски персоналом и другими роженицами менее эффективно, чем пациенткой с туберкулёзным процессом, потому что размер взвешенных в воздухе частиц, содержащих *Mycobacterium tuberculosis*, тем меньше, чем они дальше от источника распространения, то есть частицы задерживаются в маске больного и проникают через защитный слой маски здорового человека.

- Взвешенные в воздухе частицы не оседают, а сохраняются в качестве суспензии длительный период времени.

- В течение двух дней терапии изониазидом количество колоний *M. tuberculosis* в мокроте составляет 2 log/мл и снижается на 1 log/мл каждые 12 дней терапии.

В послеродовом периоде необходимо помнить о следующих моментах:

- При наличии в мокроте у матери возбудителей туберкулёза необходимо раздельное пребывание родильницы и новорожденного.

- При терапии пиразинамидом мокрота становится стерильной через 10 дней.

- Новорожденному от матери с активной формой туберкулёза следует назначать изониазид для профилактики инфицирования от матери и вводить изониазид-резистентную форму БЦЖ.

- Новорожденным от матерей, получающих лечение, следует провести туберкулиновую пробу после рождения и три месяца спустя

- Грудное вскармливание не противопоказано при терапии изониазидом, пиразинамидом, этамбутолом и рифампином. Эти препараты проникают в грудное молоко в небольшой концентрации, не являющейся токсичной для новорожденного. Создаётся стойкое абациллирование.

- Концентрации препаратов в молоке недостаточно также и для защиты новорожденного от инфицирования туберкулёзом.

Медицинскому персоналу, участвовавшему в ведении и родоразрешении беременной с активной формой туберкулёза необходимо проведение кожной пробы (Mantoux) сразу и через 12 недель после контакта.

Прогноз

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

Дети, родившиеся у больной туберкулезом легких женщины, здоровы. Только в исключительных случаях может произойти внутриутробное заражение плода (при патологических состояниях плаценты), а также в процессе родов (при травмах родовых путей). Большинство инфицированных МБТ детей заражаются после родов в результате контакта с больной туберкулезом матерью.

По мнению экспертов ВОЗ, дитя не следует отлучать от матери, за исключением случаев её безнадежно тяжёлого состояния. Если у матери нет бацилловыделения, ребёнку показано введение вакцины БЦЖ, разрешается грудное вскармливание. Если же мать выделяет микобактерии, сначала проводят туберкулиновую пробу, а при её отрицательном результате после введения БЦЖ рекомендуют исключить контакт ребёнка с матерью на 6 нед. её интенсивного лечения. Европейские врачи считают оптимальным грудное вскармливание в сочетании с химиотерапией матери. Ребёнку в этом случае проводится химиопрофилактика изониазидом в течение всего периода бактериовыделения у матери. БЦЖ вводят через 6-8 нед. после окончания химиопрофилактики, если ребёнок остался туберкулиноотрицательным.

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

Список используемой литературы

1. Браженко Н.А. «Фтизиопульмонология». Академия, Москва 2006, 360 стр.
2. Перельман М.И., Корякин В.А., Протопопова Н.М. «Фтизиатрия» 2019 г., 327 стр.
4. Перельман М.И. «Фтизиатрия. Национальное руководство». ГЭОТАР-Медиа, Москва 2017 г., 506 стр.
5. Электронный источник: сайт www.bono-esse.ru/blizzard/Aku/Pulma/p3.html