

Корецкая Н.М.

*Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого,
г. Красноярск*

ТУБЕРКУЛЕЗ, БЕРЕМЕННОСТЬ И МАТЕРИНСТВО

В обзоре рассмотрены взаимоотношения туберкулеза, беременности и материнства. Вскрыты причины заболевания туберкулезом, его реактивации или обострения во время беременности и в послеродовом периоде, выделены группы повышенного риска. Освещены клинические проявления заболевания и принципы его диагностики у беременных женщин и рожениц. Приведены показания к пролонгированию и прерыванию беременности. Выделены осложнения беременности и родов у больных туберкулезом женщин с различной локализацией специфического процесса. Показано влияние туберкулеза у матери на здоровье новорожденного. Освещены вопросы лечения туберкулеза у беременных с учетом возможного тератогенного действия противотуберкулезных препаратов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: туберкулез; беременность; материнство.

Koretskaya N.M.

Krasnoyarsk State Medical University named after V.F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk

TUBERCULOSIS, PREGNANCY AND MATERNITY

The review covers the relationship of tuberculosis, pregnancy and maternity. It reveals the causes of tuberculosis, its reactivation or aggravation during pregnancy and postnatal period. The groups of high risk are determined. Clinical implications of the disease and guideline of its diagnostics with pregnant women and women in labour are considered. Causes for pregnancy prolongation and termination of pregnancy are determined. Pregnancy and maternity complications with women with tuberculosis of different localization of the specific process are marked. The influence of maternal tuberculosis the newborn health is determined. The treatment of pregnant women with tuberculosis is considered from the point of view of possible teratogenic action of antituberculous drugs.

KEY WORDS: tuberculosis; pregnancy; maternity.

В течение последних 20 лет, характеризующихся значительным ухудшением эпидемиологической ситуации по туберкулезу в стране, регистрируется постоянный рост заболеваемости туберкулезом органов дыхания женщин [10, 15, 41], равно как и их доли среди впервые выявленных больных [10, 27]. Особенно рост заболеваемости туберкулезом женщин проявился в возрастной группе от 25 до 34 лет [14, 28]; именно на этот возраст при-

ходится в России максимальный ее уровень [14]. Женщины, особенно беременные и родившие, а также дети являются наиболее уязвимым к туберкулезу контингентом: они более чувствительны к ухудшению эпидемиологической ситуации и обуславливающим ее социальным факторам [9, 49].

Предрасполагающим фактором заболевания туберкулезом женщин молодого возраста является наличие контакта, наиболее опасного для беременных и родивших женщин [49], особенно двойного или из очага смерти [33]. В современных условиях впервые выявленный туберкулез органов дыхания у женщин характеризуется утяжелением структуры клинических форм, большой протяженностью поражения, учащением деструкции легочной ткани, обильным бакте-

Корреспонденцию адресовать:

КОРЕЦКАЯ Наталия Михайловна,
660112, г. Красноярск, пр. Metallurgov, д. 6, кв. 72.
Тел.: 8 (3912) 24-75-77; +7-902-923-66-57.
E-mail: kras-kaftuber@mail.ru

риовыделением и ростом лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ) [15, 38]. Специфический процесс развивается и протекает на фоне высокой частоты хронической патологии [40], в том числе железодефицитной анемии у части женщин фертильного возраста [31, 32, 43]. Больные туберкулезом женщины — очень серьезный источник распространения инфекции из-за их более тесного контакта с детьми [43].

В связи с ростом заболеваемости туберкулезом женщин преимущественно детородного возраста особую остроту приобрела проблема беременности и материнства у больных туберкулезом женщин: заболеваемость туберкулезом беременных и родивших в 1,5-2,5 раза превышает показатели общей заболеваемости женщин [49]. По данным различных авторов, больные, у которых туберкулез был обнаружен во время беременности и в послеродовом периоде, составляют от 1,9 % до 26,5 % среди всех женщин, заболевших туберкулезом в репродуктивном возрасте [3, 26, 43, 49], а среди состоящих в активных группах учета 3-4 % женщин находятся в отпуске по уходу за детьми [27]. По данным О.Б. Нечаевой, Н.В. Кожекиной, А.С. Подымовой (2008), беременность и лактация осложняли течение туберкулеза, приведшего к смерти, у 1,3 % молодых женщин [35]. Беременность и роды в сочетании с туберкулезным процессом нарушают репродуктивное здоровье женщин [12] и создают угрозу их здоровью, в связи с чем туберкулез и материнство является сложной медико-социальной проблемой [42], остающейся до сих пор актуальной в акушерстве и гинекологии, фтизиатрии и педиатрии [17].

Сочетание туберкулеза с беременностью и материнством ставит перед врачами ряд проблем. С одной стороны, это влияние беременности, родов, послеродового периода и лактации на развитие и течение туберкулезного процесса, с другой — влияние туберкулеза на репродуктивное здоровье женщин, течение беременности и родов, здоровье новорожденного и родильницы [13, 17, 24, 37, 39, 44]. В настоящее время большинство исследователей указывают на преимущественно отрицательное взаимовлияние туберкулеза и беременности [5, 17, 22, 23, 25, 49], особенно у социально-дезадаптированных женщин [1, 42]. Причины развития и прогрессирования туберкулеза во время беременности и в послеродовом периоде обусловлены медико-биологическими (выраженная перестройка иммунной и эндокринной систем, усиленный обмен веществ, нервно-психическое напряжение, связанное с новыми заботами материнства, сопутствующие заболевания и др.) и социальными факторами [1].

В процессе беременности происходит изменение активности клеточного иммунитета, имеющего существенное значение при туберкулезе: снижается функциональная активность Т-лимфоцитов, их способ-

ность трансформироваться в бласты, что может способствовать активации имеющегося туберкулезного процесса [46]. Исследованиями последних лет показано, что туберкулез легких у беременных женщин характеризуется иммунными реакциями с признаками аутоиммунного процесса, угнетением фагоцитарной функции зрелых нейтрофилов и уменьшением количества клеток, способных к фагоцитированию [34, 36].

Активации туберкулеза способствует и гормональная перестройка в организме женщины, так как в гормональный обмен включается такая мощная эндокринная железа, как плацента [21, 24], в результате чего в кровь поступают эстрогены, прогестерон, хорионический гонадотропин, хорионический лактоген, хорионический гормон [19]. Кроме этого, характер туберкулезного процесса в легких и зависящая от него степень выраженности интоксикации оказывают отрицательное воздействие на состояние гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы [11, 12].

Для построения костной системы плода расходуется кальций, уменьшается его количество в крови (деминерализация), что может привести к экстазациии старых петрифицированных очагов, их размягчению, освобождению МБТ и реактивации или обострению специфического процесса [1, 4, 17, 19].

У беременных выраженному отрицательному воздействию подвергается сердечно-сосудистая система: увеличивается объем циркулирующей крови и сердечного выброса; в более поздние сроки происходит компрессия нижней полой вены [19]. Возрастает нагрузка на почки, берущие на себя дополнительные функции выделения продуктов жизнедеятельности плода с увеличением показателей клубочковой фильтрации на 50 %, в связи с чем у женщин с почечной недостаточностью беременность может привести к прогрессированию заболевания, способствуя развитию гипертонии, повышая риск преэклампсии, создавая угрозу кровотечения в послеродовом периоде [19, 24].

При имеющейся у беременной женщины легочной патологии, в том числе туберкулезной этиологии, возрастает легочная вентиляция, газообмен, а высокое стояние диафрагмы увеличивает частоту дыхания [19]. Значительное влияние на течение туберкулезного процесса оказывают и сами роды. Во второй половине беременности, ввиду значительного увеличения тела матки, меняются соотношения в брюшной и грудной полостях, отмечается высокое стояние диафрагмы, которое как бы повторяет лечебное действие пневмоперитонеума [4]. Сразу после родов, в результате резкого опускания диафрагмы, наступает так называемая «абдоминальная декомпрессия», которая способствует аспирации казеозных масс в здоровые отделы легких и приводит к бронхогенному обсеменению [17, 19, 24]. Кроме того, развивающаяся в период родов гипертония в малом круге кро-

Сведения об авторах:

КОРЕЦКАЯ Наталия Михайловна, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой туберкулеза с курсом ПО, ГБОУ ВПО КрасГМУ им. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Россия. E-mail: kras-kaftuber@mail.ru

вообращения создает угрозу легочного кровотечения и спонтанного пневмоторакса [19].

Немаловажное значение для развития или обострения туберкулеза в послеродовом периоде имеет кормление грудью, которое ведет к ежедневному дополнительному расходу организмом матери жиров, белков, углеводов, витаминов, дефицит которых снижает реактивность организма к туберкулезной инфекции [17, 19, 24], особенно в условиях таких неблагоприятных социальных факторов, как плохое и недостаточное питание [1]. Однако некоторые авторы, на основании наблюдения над группами больных туберкулезом женщин, дети которых находились на грудном и искусственном вскармливании, и выявления обострения специфического процесса примерно с одинаковой частотой в обеих группах, исключают лактацию из ряда обостряющих факторов [46].

Отрицательное значение для женщины, страдающей туберкулезом, имеют частые повторные беременности, которые ослабляют организм, способствуют развитию первичных и вторичных анемических состояний [43, 50] и могут привести к обострению туберкулезного процесса [24].

Выделяют две возможные ситуации в клинической практике врачей фтизиатров и акушеров-гинекологов: женщина ранее перенесла туберкулез, что создает опасность его рецидива или обострения, либо туберкулез выявляется у женщины во время беременности или в послеродовом периоде [19, 42]. В соответствии с вышеуказанными ситуациями, выделяют две группы повышенного риска: первая — реактивации или обострения туберкулеза [2], и вторая — заболевания туберкулезом во время беременности или в послеродовом периоде [37]. В первую группу относят женщин, у которых беременность наступила менее чем через год после окончания основного курса лечения или проведенной операции по поводу туберкулеза; беременных женщин с туберкулезом различной локализации в возрасте моложе 20 и старше 35 лет; женщин, перенесших распространенный туберкулезный процесс вне зависимости от его фазы; беременных социально незащищенных женщин, перенесших ранее туберкулез; имеющих неоднократные повторные беременности и роды с интервалом менее 3 лет, а также вредные привычки [2]. Во вторую группу входят женщины с впервые установленным виражом туберкулиновых проб, гиперэргической реакцией на пробу Манту с 2ТЕ ППД-Л или нарастающей чувствительностью к туберкулину; находящиеся в контакте с больными активным туберкулезом, особенно с бактериовыделителями; имеющие тяжелую сопутствующую патологию (сахарный диабет, ХОБЛ, хронические воспалительные урологические неспецифические заболевания, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; длительно принимающие кортикостероидные препараты, цитостатики, иммунодепрессанты; ВИЧ-инфицированные и с вторичным иммунодефицитом) [37].

Туберкулез может развиваться в любой период беременности, но чаще в первой ее половине [1, 21, 47], либо в первые 6 месяцев после родов [1, 4]. При этом заболевание, возникшее у женщины во время беременности и в послеродовом периоде, обычно протекает тяжелее, чем выявленное до беременности [21].

Факторами риска ухудшения течения туберкулеза и его генерализации в послеродовом периоде являются травма во время родов, кровопотеря, очередная эндокринная перестройка, лактация, эмоциональный стресс и уход за ребенком [4], а также нерегулярное лечение или его отсутствие во время настоящей беременности [21, 24].

Большое значение для течения туберкулеза во время беременности и в послеродовом периоде имеют социально-бытовой фактор, жилищные условия, взаимоотношения в семье, курение, злоупотребление алкоголем [1, 24]. Однако первостепенная роль отводится характеру самого специфического процесса, его локализации, клинической форме, фазе, распространенности, давности заболевания, а также времени, прошедшему с момента последнего обострения, полноценности и длительности предшествующего лечения [21, 24, 44, 45, 47].

У женщин, заболевших туберкулезом во время беременности и в послеродовом периоде, обнаруживают различные формы как легочного, так и внелегочного туберкулеза [47]. У молодых ранее неинфицированных женщин, подвергшихся первичному инфицированию МБТ, нередко выявляют первичный туберкулез с выраженным казеозным воспалением, который имеет серьезный прогноз в связи с опасностью лимфогематогенной генерализации, особенно в случае недостаточного лечения [47].

Некоторые авторы отмечают, что структура клинических форм туберкулеза у заболевших в период беременности и в первый год после родов женщин характеризуется большей тяжестью, частотой полиорганности поражения [49], причем процент бактериовыделителей значительно выше среди женщин с туберкулезом, развившимся в послеродовом периоде, по сравнению с женщинами, у которых он возник во время беременности (90 % против 56 %) [42]. Туберкулезный процесс, выявленный во время беременности и в послеродовом периоде, часто начинается остро, отличается менее благоприятным течением в сравнении с туберкулезом, обнаруженным до беременности [21]. В этой связи наиболее частым методом выявления туберкулеза среди беременных и родильниц является самостоятельное обращение к врачу с жалобами [21, 43, 50], среди которых преобладающими являются слабость, кашель, повышение температуры до высоких цифр (76,5 %) [21]. При наличии и сохранении указанных симптомов в течение месяца и более беременная женщина должна быть целенаправленно обследована на туберкулез и направлена на консультацию к фтизиатру [1, 45].

Information about authors:

KORETSKAYA Natalia Michailovna, doctor of medical sciences, professor, Krasnoyarsk State Medical University named after V.F. Voino-Yasenetsky.
E-mail: kras-kaftuber@mail.ru

В первом триместре беременности начальные проявления туберкулеза, обусловленные умеренно выраженной интоксикацией (слабость, недомогание, снижение аппетита, похудание), могут маскироваться признаками раннего токсикоза [1, 4, 47]. Однако отмечено, что в этот период у женщин с туберкулезным воспалением появляются симптомы поражения органов дыхания: кашель, мокрота, которые постепенно усиливаются; боль в грудной клетке, одышка [1]. Большинство авторов указывают на то, что диагностировать туберкулез в первом триместре беременности очень трудно: симптомы туберкулезной интоксикации часто расцениваются как токсикоз беременности; кожные реакции, в том числе и реакция на пробу Манту с 2ТЕ ППД-Л, снижены и малоинформативны, полноценное рентгеномографическое обследование противопоказано [1, 4, 19, 46, 47].

Во второй половине беременности туберкулез, несмотря на выраженные морфологические изменения в легких, часто протекает без выраженных клинических симптомов [1] и в последние недели беременности больная туберкулезом может чувствовать себя даже лучше, чем до беременности. Однако это благополучие мнимое, так как даже серьезные обострения во второй половине беременности могут носить характер холодной вспышки туберкулеза, то есть протекать без лихорадки и выраженной интоксикации при обширных поражениях органов и систем [1, 4].

Вспышки туберкулеза в послеродовом периоде носят особенно злокачественный характер [42, 45, 46], так как у большинства больных отмечается обострение туберкулеза и в отдельных случаях может развиться генерализация процесса, милиарный туберкулез, туберкулезный менингит [4, 17, 45]. Уже на 2-3 день после родов повышается температура до фебрильных цифр, нарастают симптомы интоксикации, появляется кашель с мокротой, иногда кровохарканье [4, 45, 46]. При несвоевременной диагностике и лечении обострения туберкулеза в послеродовом периоде летальность может составлять 15-18 % в течение первого года после родов [45]. В этой связи диагностика туберкулеза во время беременности и в послеродовом периоде является важнейшей задачей для врача.

Стахановым В.А. с соавт. (2004) разработан алгоритм обследования женщин, больных туберкулезом органов дыхания, в период беременности и в послеродовом периоде, включающий оценку жалоб, учет изменений в клиническом анализе крови, исследование материала больной на МБТ методом микроскопии и бактериологического посева (трехкратно), молекулярно-генетическое исследование мокроты, промывных вод бронхов, венозной крови на наличие ДНК МБТ, рентгенологическое обследование, туберкулинодиагностику с использованием внутрикожной пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л, обследование членов семьи беременной на туберкулез [25]. Последнее обеспечивает преемственность в работе детской и взрослой лечебной сети, учреждений родовспоможения и противотуберкулезных учреждений [16].

Рентгенологическое обследование должно быть щадящим — рентгенография органов грудной клет-

ки с обязательным использованием просвинцованного щита или фартука [1, 4, 17, 19, 47]. Недопустимо применение рентгеноскопии и флюорографии [4]. Некоторые исследователи [43] считают, что в связи с развитием туберкулеза в большом проценте случаев после родов необходимо обязательно обследовать родильниц при выписке из родильных домов и через 3-4 мес. после родов, особенно в регионах с высокой заболеваемостью туберкулезом и неблагоприятной эпидемиологической ситуацией.

При обследовании женщины с симптомами, подозрительными на туберкулез и возникшими во время беременности или в послеродовом периоде, следует обязательно учитывать наличие контакта с больным туберкулезом либо его потенциальную возможность, а также наличие факторов риска [19, 45]. При диагностировании у беременной женщины туберкулезного процесса решается вопрос о прерывании или пролонгировании беременности совместно фтизиатром и акушером-гинекологом [17]. Вопрос о прерывании беременности необходимо решать с согласия женщины с учетом клинической формы и фазы специфического процесса, срока беременности, акушерского анамнеза (наличие живых, здоровых детей), результатов проводимого лечения, переносимости антибактериальных препаратов и желания иметь детей [25]. Прерывать беременность следует проводить в течение первых 12 недель [46], причем в период подготовки и после прерывания беременности необходимо усилить противотуберкулезную терапию, а повторную беременность рекомендовать не ранее, чем через 2-3 года. Аборт, проведенный в более поздние сроки, может способствовать прогрессированию заболевания [1, 17, 24]. Показания к сохранению и прерыванию беременности четко сформулированы [17, 19, 25].

Пролонгирование беременности возможно при больших и малых остаточных изменениях, а также при их отсутствии после излеченного туберкулеза органов дыхания; малых формах активного туберкулеза легких без деструкции и бактериовыделения; туберкулезном плеврите, состоянии после оперативного вмешательства по поводу туберкулеза легких со стойкой компенсацией и отсутствием рецидивов в течение 2 лет [25].

Беременность необходимо прерывать при фиброзно-кавернозном, кавернозном, диссеминированном и цирротическом туберкулезе; прогрессирующем, впервые выявленном туберкулезе органов дыхания (милиарный, лекарственно-устойчивый); туберкулезе легких, осложненном легочно-сердечной недостаточностью; сочетании туберкулеза органов дыхания с тяжелой сопутствующей патологией (декомпенсированная бронхиальная астма, хронические обструктивные болезни легких, фиброзирующий альвеолит, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, сердечно-сосудистая патология и др.); туберкулезе мочевой системы с хронической почечной недостаточностью; при наличии показаний к оперативному лечению [19, 25].

Влияние беременности на течение туберкулеза не односторонне: туберкулез также оказывает свое воз-

действие на беременность, существенно осложняя ее, усугубляя исходы и приводя нередко к преждевременным родам, причиной которых считают интоксикацию [47]. В настоящее время доказано, что основным осложнением беременности при туберкулезе легких является хроническая плацентарная недостаточность, формирующаяся в 100 % случаев и проявляющаяся клинически в суб- и декомпенсированных вариантах [30]. В группе пациенток с легочным туберкулезом значительно чаще наблюдаются неблагоприятные исходы беременности и осложнения в родах (12,5 %), среди которых частота невынашивания беременности составляет 8,9 % [12]. Некоторые авторы указывают, что осложнения родовой деятельности чаще возникают среди рожениц, страдающих туберкулезом легких, а наиболее частым из них является преждевременное отхождение околоплодных вод [50].

На большом клиническом материале В.А. Станхановым с соавт. (2004) было показано, что в течение беременности у больных активным туберкулезом органов дыхания наблюдается более частое, по сравнению с беременными с неактивным туберкулезом органов дыхания и здоровыми беременными, развитие следующих акушерских осложнений: ранний токсикоз (78,2 %), анемия различной степени выраженности (74,5 %), угроза выкидыша (29,1 %), угроза преждевременных родов (20 %), хроническая внутриутробная гипоксия плода (38,2 %), фетоплацентарная недостаточность (20 %), внутриутробная задержка развития плода (14,5 %) [25]. В родах у больных активным туберкулезом органов дыхания регистрируются такие акушерские осложнения, как стремительные роды (25 %), преждевременные роды (15 %), слабость родовой деятельности (13 %), гипотоническое кровотечение (5 %) [25]. При этом у пациенток с наличием активного туберкулеза органов дыхания акушерские осложнения, возникающие в родах, отмечаются чаще, чем у рожениц с неактивными посттуберкулезными изменениями в легких и здоровых рожениц [18, 25].

В послеродовом периоде у больных активным туберкулезом органов дыхания чаще наблюдается развитие послеродовой анемии (34,5 %), в связи с чем рекомендуется проведение противоанемической терапии под контролем уровня гемоглобина в клиническом анализе крови [25]. Кроме того, имеют место такие акушерские осложнения, как гипогалактия (10,9 %), лохиометра и остатки плацентарной ткани (5,5 %) и, как следствие, позднее послеродовое кровотечение (5,5 %), при этом частота зарегистрированных послеродовых осложнений зависит от степени активности туберкулезного процесса [18, 25].

При изучении влияния туберкулеза гениталий у женщин на течение беременности было доказано, что, как и при туберкулезе органов дыхания, она имеет осложненный характер: анемия наблюдается чаще в 2,8 раза, токсикоз первой половины беременности — в 1,8 раза, угроза прерывания беременности в ранние сроки — в 3,6 раза, угроза преждевременных родов — в 2,8 раза, по сравнению со здоровыми жен-

щинами. Преждевременные роды у женщин, имеющих туберкулез гениталий, встречаются чаще, чем у здоровых женщин в 1,9 раза, быстрые — в 2,5 раза, преждевременное излитие околоплодных вод — в 1,9 раза, раннее — в 1,3 раза [23].

Для родов больную туберкулезом женщину направляют в специализированный родильный дом. Если такового нет, акушер-гинеколог и фтизиатр должны заранее поставить в известность родильное отделение для проведения организационных мер, исключающих контакт больной со здоровыми роженицами [1, 24, 46]. При туберкулезе легких с легочно-сердечной недостаточностью, при наличии искусственного пневмоторакса целесообразно оперативное родоразрешение кесаревым сечением.

Для уменьшения случаев позднего токсикоза, внутриутробной асфиксии плода, преждевременных родов, слабости родовой деятельности, угрозы прерывания беременности у беременных женщин с посттуберкулезными изменениями в легких предложена их реабилитация на курортах Южного берега Крыма и показана ее высокая эффективность [20].

Туберкулез у матери оказывает влияние и на состояние новорожденного. Так, осложнения в неонатальном периоде наблюдаются в 3,7 раза чаще у детей, рожденных от матерей, больных туберкулезом легких, чем у детей от здоровых матерей, причем почти одинаково часто как при активном, так и при неактивном туберкулезе [22], а при туберкулезе гениталий эти осложнения наблюдаются в 3,3 раза чаще [23].

По данным ряда авторов [1, 5], дети, рожденные от матерей с неактивным туберкулезом легких, по состоянию развития существенно не отличаются от детей, рожденных от здоровых женщин. Врожденные особенности развития, задержка внутриутробного развития и маловесность чаще встречаются у детей, рожденных от матерей с активным туберкулезом органов дыхания [1, 5, 22, 23, 50]; у них в большей степени выражены физиологическая убыль массы тела и более медленно идет ее восстановление [1, 46], что отчасти связано с гипотрофией ребенка, вялым актом сосания [19]. Асфиксия при рождении детей от больных туберкулезом легких матерей отмечается в 4,2 раза чаще, причем почти в 1,5 раза чаще при активном процессе, по сравнению с неактивным [22]. По данным П.А. Ковганко (2004), асфиксия при рождении детей у больных туберкулезом гениталий матерей наблюдается в 3,7 раза чаще, чем у детей здоровых женщин, и в 2,1 раза чаще, чем у матерей с другими локализациями внелегочного туберкулеза [23]. Врожденный туберкулез встречается крайне редко, возникает обычно на фоне диссеминированного туберкулеза или туберкулезного эндометрита у беременной женщины [6, 44, 45, 47].

Ребенка сразу после рождения изолируют от больной туберкулезом матери, переводят на искусственное вскармливание, проводят вакцинацию БЦЖ и разобщают с матерью на период формирования иммунитета — не менее чем на 8 недель; при наличии противопоказаний к вакцинации или невозможности

разобобщения ребенку проводят химиопрофилактику [1, 17, 19, 24]. Кормление грудью больной активным туберкулезом женщине запрещено [19]. Помимо опасности аэрогенного заражения ребенка, следует учитывать возможность алиментарного заражения: в молоке больных туберкулезом родильниц определялись МБТ в виде типичной формы в 0,69 %, в виде L-форм — в 19,5 % [50].

Лечение беременных, больных туберкулезом, рекомендовано проводить по общим принципам специфической терапии, но с учетом возможности тератогенного воздействия препарата на плод, а схема лечения выбирается с учетом формы и фазы туберкулезного процесса, лекарственной чувствительности возбудителя, сопутствующих и фоновых заболеваний, наличия осложнений [4, 25, 45, 47]. Четыре из основных противотуберкулезных препаратов — изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол — не обладают тератогенным действием и не представляют опасности при лечении беременных женщин [48]. Не опасен для беременных и ПАСК [48]. Однако некоторые авторы [19, 25] рекомендуют по возможности воздержаться от применения рифампицина, пиразинамида и этамбутола в I триместре беременности ввиду их возможного токсического действия.

Препарат группы ГИНК — феназид, содержащий хелатный комплекс железа, может применяться для лечения беременных женщин, больных туберкулезом, имеющих повышенный риск токсических реакций на изониазид, а также в послеродовом периоде; кроме того, феназид предотвращает развитие анемии [2]. Стрептомицин проникает через плаценту в ткани эмбриона со 2-го месяца беременности и находится в той же концентрации, что и в организме матери [24], может оказывать ототоксическое влияние на плод и поэтому не должен назначаться беременным [24, 48]. То же касается и других аминогликозидов [29, 46, 48]. Этионамид и протионамид относятся к препаратам тератогенного действия, и они способны спровоцировать преждевременные роды, что делает их непригодными для лечения туберкулеза у беременных [48]. Противопоказано при беременности и назначение фторхинолонов [19].

По данным Ковганко П.А., Степновой С.В. (2003), врожденные пороки развития встречались в 7,3 раза чаще у живорожденных детей от больных туберкулезом матерей, чем от здоровых, причем 32,6 % из этих женщин получали специфические противотуберкулезные препараты в ранние сроки беременности [22]. В этой связи некоторые авторы [19, 22] считают, что лечение предпочтительно начинать после 12 недель беременности; другие же указывают на недопустимость откладывания лечения, особенно в сроки беременности, в которые чаще всего наблюдается обострение туберкулеза (6-12, 20-28, 38-40 недели) [45].

Проведенное Т.В. Чеботаревой, наблюдение за 105 женщинами с различными формами туберкулеза легких, получавшими изониазид, этамбутол, рифампицин, ПАСК и стрептомицин во время беременности, показало, что ни у кого из новорожденных не

наблюдалось развития врожденных уродств или каких-либо дефектов [50]. По мнению Л.Б. Худзик, Е.Я. Потаповой, Е.Н. Александровой (2004), все перечисленные препараты имеют относительные противопоказания: при наличии тяжелых форм туберкулеза у беременных с сохраненной чувствительностью МБТ к данным препаратам лечение ими проводится, тем более что тератогенный эффект от их применения получен лишь в экспериментах на животных при использовании дозировок, во много раз превышающих средние терапевтические [47]. При назначении этиотропной терапии необходимо помнить, что нелеченный туберкулез у беременной женщины более опасен для плода, чем противотуберкулезное лечение матери [24], а лечение острых форм туберкулеза у беременных необходимо, поскольку опасность самого заболевания гораздо больше, чем возможный вред от побочных реакций на препараты [48]. Только своевременное назначение специфической терапии позволяет довести беременность до благополучных родов и избежать обострений в послеродовом периоде [44]. В случае наличия у больной деструктивного туберкулеза легких, в послеродовом периоде ей показано наложение пневмоперитонеума [4, 47].

В связи с ростом заболеваемости туберкулезом женщин детородного возраста и отсутствием реального прогноза снижения данной патологии в ближайшие десятилетия проблема безопасной реализации репродуктивной функции (контрацепции) у данного контингента пациенток приобретает особую значимость [8]. Прерывание нежелательных беременностей у женщин, больных туберкулезом легких, может привести к прогрессированию или обострению специфического процесса [7]. В этой связи применение комбинированных оральных контрацептивов дает хороший контрацептивный и лечебный (корректирующий) эффект, что ведет к улучшению качества жизни пациенток с туберкулезом легких [7, 8]. Необходимо отметить, что рифампицин, рифабутин снижают эффективность гормональных пероральных контрацептивов у женщин, принимающих противозачаточные таблетки, а протионамид и этионамид при длительном применении могут привести к нарушению менструального цикла [29].

Таким образом, сочетание туберкулеза, беременности и материнства остается важной клинической проблемой не только для фтизиатров, но и для гинекологов и педиатров, а ее положительное решение возможно в случае тесного взаимодействия врачей указанных специальностей. Только комплексное обследование женщин при подозрении на туберкулез позволяет повысить выявляемость активного туберкулеза органов дыхания во время беременности и в послеродовом периоде, а четко сформулированные показания к прерыванию и пролонгированию беременности позволяют врачу правильно ориентироваться в той или иной клинической ситуации, что в конечном итоге создает условия для улучшения исходов для матери и плода, повышает медицинский, экономический и социальный эффект у больных со специфическим процессом.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Актуальные вопросы туберкулеза: уч. пособие /под ред. В.Г. Кононенко. – изд. 2-е. – Новосибирск, 2006. – 90 с.
2. Борисова, М.И. Применение феназида при туберкулезе легких у женщин в послеродовом периоде и у больных с токсическими реакциями на изониазид /М.И. Борисова, В.А. Стаханов, С.И. Каюкова //14 Нац. конгр. по болезням органов дыхания. – М., 2004. – С. 385.
3. Бубочкин, Б.П. Факторы риска и особенности выявления туберкулеза легких у лиц молодого возраста на современном этапе /Б.П. Бубочкин, О.А. Засухин //Пробл. туб. – 1988. – № 11. – С. 5-8.
4. Визель, А.А. Туберкулез /А.А. Визель, М.Э. Гурылева. – М., 1999. – 208 с.
5. Влияние активности туберкулезного процесса в легких матери на состояние здоровья новорожденных /Н.А. Емельянова, Ж.И. Кривошеева, Н.С. Морозкина и др. //15 Нац. конгр. по болезням органов дыхания. – М., 2005. – С. 168.
6. Врожденный туберкулез и формы туберкулеза у матерей /К.И. Аксенова, Т.М. Александрова, В.В. Усенко и др. //Туберкулез сегодня: Матер. VII Рос. съезда фтизиатров. – М., 2003. – С. 152.
7. Грабарник, А.Г. Оценка качества жизни женщин, больных туберкулезом легких, при применении комбинированного орального контрацептива «Жанин» /А.Г. Грабарник, О.Г. Жученко //14 Нац. конгр. по болезням органов дыхания. – М., 2004. – С. 446.
8. Грабарник, А.Е. К вопросу о гормональной контрацепции у женщин, больных туберкулезом /А.Е. Грабарник, О.Г. Жученко, С.Е. Борисов //Пробл. туб. и болезней легких. – 2006. – № 1. – С. 62-64.
9. Гусейнов, Г.К. Возрастно-половая структура впервые выявленных больных туберкулезом в Дагестане /Г.К. Гусейнов, П.М. Мамаева //Пробл. туб. – 1997. – № 1. – С. 60.
10. Динамика возрастно-половой структуры заболеваемости туберкулезом за 10 лет в территориях Российской Федерации, курируемых ГУ ЦНИИТ РАМН /В.В. Пунга, Е.И. Скачкова, М.А. Якимова и др. //Пробл. туб. и болезней легких. – 2006. – № 7. – С. 16-20.
11. Жученко, О.Г. Гормональный гомеостаз у женщин с различными локализациями туберкулеза /О.Г. Жученко //Туберкулез в России, год 2007: Матер. VIII Рос. съезда фтизиатров. – М., 2007. – С. 173.
12. Жученко, О.Г. Репродуктивное здоровье женщин с легочным и урогенитальным туберкулезом /О.Г. Жученко, В.Е. Радзинский //Пробл. туб. и болезней легких. – 2004. – № 7. – С. 58-62.
13. Жученко, О.Г. Репродуктивное здоровье женщин с различными локализациями туберкулеза /О.Г. Жученко //Туберкулез сегодня: Матер. VII Рос. съезда фтизиатров. – М., 2003. – С. 235.
14. Заболеваемость туберкулезом в России: ее структура и динамика /Е.М. Белиловский, С.Е. Борисов, А.В. Дергачев и др. //Пробл. туб. – 2003. – № 7. – С. 4-11.
15. Заболеваемость туберкулезом женщин в Ярославской области /Е.О. Соловьева, Б.С. Кибрик, В.М. Лобановский и др. //Туберкулез в России, год 2007: Матер. VIII Рос. съезда фтизиатров. – М., 2007. – С. 35.
16. Захарова, О.П. Порядок флюорографического обследования лиц из окружения беременных и новорожденных в условиях современного мегаполиса /О.П. Захарова, И.Г. Чхинджерия //Туберкулез в России, год 2007: Матер. VIII Рос. съезда фтизиатров. – М., 2007. – С. 155.
17. Каюкова, С.И. Беременность и туберкулез – современное состояние проблемы /С.И. Каюкова, В.А. Стаханов, О.В. Макаров //Пробл. туб. и болезней легких. – 2003. – № 9. – С. 31-35.
18. Каюкова, С.И. Особенности течения родов и послеродового периода у больных туберкулезом легких /С.И. Каюкова, В.А. Стаханов, О.В. Макаров //Туберкулез сегодня: Матер. VII Рос. съезда фтизиатров. – М., 2003. – С. 236.
19. Клинические лекции по фтизиатрии: Лекционный курс. Ч. II /под ред. Т.П. Маслаускене. – Иркутск, 2006. – 109 с.
20. Ковганко, А.А. Возможности реабилитации беременных женщин с посттуберкулезными изменениями легких на курорте /А.А. Ковганко, П.А. Ковганко //12 Нац. конгр. по болезням органов дыхания. – М., 2002. – С. 288.
21. Ковганко, П.А. К проблеме туберкулеза и материнства /П.А. Ковганко //Пробл. туб. и болезней легких. – 2003. – № 4. – С. 46-48.
22. Ковганко, П.А. Клиническая характеристика новорожденных детей от матерей, больных туберкулезом легких /П.А. Ковганко, С.В. Степнова //Пробл. туб. – 2003. – № 1. – С. 32-35.
23. Ковганко, П.А. Течение беременности, родов и перинатальные исходы у женщин с внелегочным туберкулезом /П.А. Ковганко //Пробл. туб. и болезней легких. – 2004. – № 2. – С. 38-41.
24. Колачевская, Е.Н. Туберкулез и беременность /Е.Н. Колачевская, Н.А. Воротинова, Т.И. Тютикова //Пробл. туб. – 1994. – № 5. – С. 48-51.
25. Комплексный метод обследования и ведения больных туберкулезом органов дыхания во время беременности, родов и в послеродовом периоде /В.А. Стаханов, О.В. Макаров, С.И. Каюкова и др. //Пробл. туб. и болезней легких. – 2004. – № 11. – С. 51-57.
26. Корецкая, Н.М. Клинико-социальные аспекты туберкулеза легких у женщин молодого возраста /Н.М. Корецкая //Пробл. туб. – 2002. – № 9. – С. 4-5.
27. Корнилов, А.А. Социальный статус больных туберкулезом органов дыхания в активных группах учета /А.А. Корнилов, М.К. Винокурова, А.М. Лукина //14 Нац. конгр. по болезням органов дыхания. – М., 2004. – С. 398.
28. Лебедева, Н.О. Медико-социальные риски заболевания туберкулезом легких /Н.О. Лебедева //15 Нац. конгр. по болезням органов дыхания. – М., 2005. – С. 179.
29. Мишин, В.Ю. Побочное действие противотуберкулезных препаратов при стандартных и индивидуализированных режимах химиотерапии /В.Ю. Мишин, В.И. Чуканов, Ю.Г. Григорьев. – М., 2004. – 208 с.
30. Морфологические изменения в плаценте во втором триместре у беременных женщин с туберкулезом легких /Л.А. Черданцева, А.П. Надев, А.В. Якимова и др. //Бюл. СО РАМН. – 2008. – № 4. – С. 100-103.
31. Мухтаров, Д.З. Особенности клинического течения и повышение эффективности лечения туберкулеза легких у женщин фертильного возраста с наличием железодефицитной анемии /Д.З. Мухтаров, Р.А. Султанова //Пробл. туб. и болезней легких. – 2009. – № 12. – С. 45-50.
32. Мякишева, Т.В. Особенности клинической картины туберкулеза легких у молодых мужчин и женщин /Т.В. Мякишева, В.Ю. Мишин //19 Нац. конгр. по болезням органов дыхания. – М., 2009. – С. 278.
33. Мякишева, Т.В. Предрасполагающие факторы заболевания туберкулезом легких у молодых мужчин и женщин /Т.В. Мякишева, В.Ю. Мишин //19 Нац. конгр. по болезням органов дыхания. – М., 2009. – С. 279.
34. Некоторые особенности иммунного реагирования при туберкулезе легких у беременных /А.В. Якимова, А.Н. Трунов, А.П. Шваук и др. //Аллергол. и иммунол. – 2007. – Т. 8, № 2. – С. 110-112.
35. Нечаева, О.Б. Заболеваемость и смертность от туберкулеза женщин в Свердловской области /О.Б. Нечаева, Н.В. Кожекина, А.С. Подымова //Пробл. туб. и болезней легких. – 2008. – № 6. – С. 24-28.
36. Особенности иммунно-воспалительных процессов и перинатальные исходы при туберкулезе легких у беременных /А.В. Якимова, А.Н. Трунов, А.П. Шваук и др. //Хирургия. Морфология. Лимфология. – 2006. – Т. 3, № 6. – С. 7-10.
37. Особенности функции яичников у женщин, страдающих туберкулезом легких /А.Г. Грабарник, О.Г. Жученко, И.Р. Гулуа и др. //14 Нац. конгр. по болезням органов дыхания. – М., 2004. – С. 446.
38. Петренко, А.Б. Впервые выявленный туберкулез органов дыхания у женщин /А.Б. Петренко, В.Г. Кононенко //Пробл. туб. и болезней легких. – 2008. – № 9. – С. 19-22.
39. Состояние эндометрия у женщин с туберкулезом легких /Р.М. Айдамирова, О.Г. Жученко, А.Г. Грабарник и др. //14 Нац. конгр. по болезням органов дыхания. – М., 2004. – С. 445.
40. Трифонова, Н.Ю. Особенности хронической заболеваемости женщин, больных туберкулезом легких /Н.Ю. Трифонова, В.А. Стаханов //15 Нац. конгр. по болезням органов дыхания. – М., 2005. – С. 195.

41. Трифонова, Н.Ю. Социальные аспекты туберкулеза у женщин /Н.Ю. Трифонова, Н.В. Полунина //Рос. мед. журн. – 2007. – № 1. – С. 3-5.
42. Туберкулез и беременность /Е.Ф. Лугинова, А.А. Филиппова, Н.А. Золотарева и др. //16 Нац. конгр. по болезням органов дыхания. – СПб., 2006. – С. 187.
43. Туберкулез легких у женщин молодого возраста /Т.А. Муминов, К.С. Сейдахметова, К.М. Кожабаева и др. //Пробл. туб. – 1990. – № 9. – С. 69-70.
44. Туберкулез у детей и подростков /под ред. В.А. Аксеновой. – М., 2007. – 272 с.
45. Туберкулез у детей и подростков: руков. /под ред. О.И. Король, М.Э. Лазовской. – СПб., 2005. – 432 с.
46. Туберкулез у детей и подростков: руков. /под ред. Е.Н. Янченко, М.С. Греймер. – изд. 2-е, перераб. и доп. – СПб., 1999. – 336 с.
47. Туберкулез у детей и подростков: уч. пособие /под ред. Л.Б. Худзик, Е.Я. Потаповой, Е.Н. Александровой. – М., 2004. – 368 с.
48. Туберкулез: выявление, лечение и мониторинг по К. Томену. Вопросы и ответы: пер. с англ., 2-е изд. – Женева, 2004. – 387 с.
49. Фишер, Ю.Я. Беременность и роды как факторы риска заболевания туберкулезом /Ю.Я. Фишер //Пробл. туб. – 1994. – № 14. – С. 14-17.
50. Чеботарева, Т.В. К вопросу туберкулеза и материнства /Т.В. Чеботарева //Пробл. туб. – 1990. – № 11. – С. 6-7.

* * *