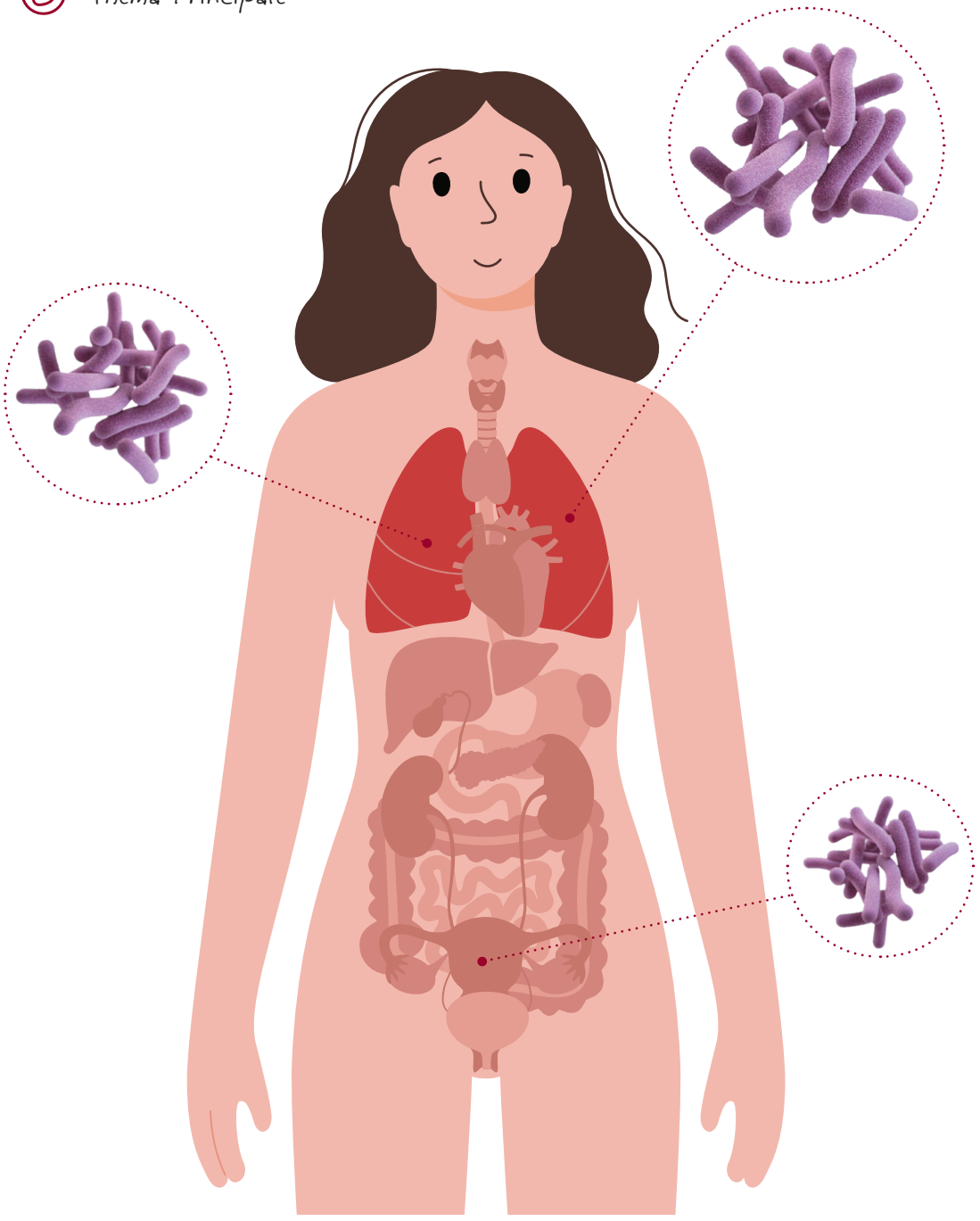


ТУБЕРКУЛЕЗ
И БЕРЕМЕННОСТЬ



Автор:
Ольга Олеговна Винокурова,
к.м.н., ассистент кафедры инфекционных болезней с курсами эпидемиологии и фтизиатрии РУДН, врач-фтизиатр

Когда говорят о факторах риска заболевания туберкулезом, как правило, представляют себе голодающего пациента с вредными привычками, что совсем не ассоциируется с образом беременной женщины. Тем не менее беременность и, что не менее важно, следующие за ней первые годы материнства с грудным вскармливанием, бессонными ночами и колоссальной эмоциональной нагрузкой также являются предрасполагающими условиями для перехода латентного туберкулеза в его активную форму. По оценкам ВОЗ, латентную туберкулезную инфекцию имеют около 30% населения планеты.

Туберкулез в контексте защиты материнства и детства представляет собой сложную тему, требующую ответственного и коллегиального подхода различных специалистов. В статье разобраны основные моменты диагностики, профилактики и лечения туберкулеза во время беременности и в послеродовом периоде, а также вопросы генитального туберкулеза.

РИСК ТУБЕРКУЛЕЗА

Инфицирование микобактериями туберкулеза (МБТ) действительно очень распространено, особенно в странах с тяжелым бременем туберкулеза, к которым относится и Россия. Для того, чтобы развился активный туберкулезный процесс с поражением органов (чаще всего легких), помимо инфицирования нужны дополнительные условия, а именно снижение иммунного статуса под влиянием различных негативных факторов. Такими факторами могут стать и токсическое воздействие алкоголя, и прием препаратов, подавляющих иммунный ответ, и недостаток питательных веществ в рационе, а также любые стрессы и психоэмоциональные перегрузки. Беременность является физиологическим иммуносупрессивным состоянием за счет значительных гормональных перестроек. Немаловажным является и вопрос повышенного использования ресурсов организма – белков, жиров, витаминов и микроэлементов, имеющих ключевое значение в нормальном функционировании иммунной системы. Некоторые из этих веществ вовсе не имеют депо в организме человека, другие имеют запасы, которые быстро истощаются в условиях роста плода.

Можно представить себе ситуацию, когда женщина подходит к родам и послеродовому периоду уже в состоянии дефицита жизненно необходимых элементов, однако дефициты эти могут быть скрытыми – они не проявляются какими-либо симптомами на начальных этапах, и поэтому не диагностируются своевременно. В период грудного вскармливания ситуация перепотребления ресурсов усугубляется, а сам образ жизни и быт недавно родившей женщины не располагает к их рациональному восполнению. Так, одни женщины питаются неполноценно из-за нехватки времени, всецело поглощенные заботами о ребенке, а другие придерживаются весьма строгих диет, которые ошибочно рекомендуют некоторые специалисты при грудном вскармливании. Кроме того, гормональные изменения и интенсивные эмоциональные нагрузки молодой матери нередко оборачиваются депрессивными расстройствами, да и полноценный сон среди недавно родивших женщин также редкое явление. Между тем и психоэмоциональная стабильность, и достаточное время сна играют для сохранности иммунной системы немаловажную роль.

Наибольшему риску подвергаются много и часто рожающие женщины, которые в свете всего вышесказанного просто не успевают

восстановить необходимые жизненные силы для адекватного противостояния инфекции.

Разумеется, риски развития активного туберкулеза повышаются при сочетании беременности с другими факторами, такими как ВИЧ-инфекция или прием иммуносупрессивных препаратов.

ТУБЕРКУЛЕЗ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Туберкулез, по сути, является инфекцией, которую трудно диагностировать на ранних стадиях в связи с малосимптомностью и неспецифичностью проявлений. Во время беременности задача диагностики туберкулеза усложняется, поскольку многие симптомы могут относиться как самой женщиной, так и ее врачом к ее особому состоянию.

Так, в первом триместре беременности слабость, утомляемость, раздражительность, потливость, отсутствие аппетита и снижение веса (симптомы туберкулезной интоксикации) могут маскироваться под токсикоз беременных, а постоянный субфебрилитет объясняться гормональными нарушениями.

Жалобы, с которыми беременная женщина обязательно должна быть обследована на туберкулез: выраженные симптомы интоксикации, длительные респираторные жалобы (кашель с мокротой или без нее более 3 недель, боли в груди, нарастающая одышка), отсутствие прибавки или снижение веса во 2-м и 3-м триместре.

Традиционно одним из основных методов диагностики, позволяющих заподозрить туберкулез, и в совокупности с другими методами подтвердить этот диагноз, является рентгенография или компьютерная томография грудной клетки. Эти методы ограничены к применению у беременных на ранних сроках, в период морфогенеза и органогенеза. Несмотря на то что данные исследования имеют низкую фетальную дозу (поток излучения при выполнении исследования грудной клетки не направляется непосредственно на плод, применяются защитные фартуки), риск от выполнения рентгенографии превышает риск несвоевременно выявленного туберкулеза (кроме остро прогрессирующего течения болезни).

Начинать лечение, если диагноз подтвержден, также рекомендуется со 2-го триместра,

ТУБЕРКУЛЕЗ, ПО СУТИ, ЯВЛЯЕТСЯ ИНФЕКЦИЕЙ, КОТОРУЮ ТРУДНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ НА РАННИХ СТАДИЯХ В СВЯЗИ С МАЛОСИМПТОМНОСТЬЮ И НЕСПЕЦИФИЧНОСТЬЮ ПРОЯВЛЕНИЙ

Во втором и третьем триместре подобные симптомы настораживают больше, однако для женщин, плохо переносящих беременность, состояние недомогания и утомления становится привычным. По мере набора веса присоединяются и респираторные жалобы – одышка, а иногда и покашливание за счет повышения внутригрудного давления. Однако и эти «привычные» симптомы могут оказаться проявлениями туберкулеза.

Многие беременные женщины, в силу уже упомянутой иммуносупрессии, достаточно часто болеют ОРВИ, иногда с осложнениями в виде бронхита. Таким образом, серия ОРВИ с длительным остаточным кашлем объяснима и не вызывает тревоги, но в то же время может оказаться симптомом туберкулеза.

когда снижаются риски потенциального тератогенного эффекта противотуберкулезных препаратов.

Также для диагностики туберкулеза используют иммунологические тесты (проба Манту, IGRA-тесты и, в последнее время, проба с препаратом «Диаскинтест») и с целью верификации – анализ мокроты на МБТ методами микроскопии, посева и молекулярно-генетическими методами. Но трудности возникают и в этом случае, поскольку иммунологические тесты могут быть ложноотрицательными при подавленной иммунной системе, а негативные результаты тестов мокроты не позволяют исключить туберкулез, особенно если применяется только исследование мазка методом микроскопии (в общей лечебной сети), которое не являет-

ся высокоинформативным в плане обнаружения возбудителя в биологическом материале.

Диагноз туберкулеза у беременной устанавливается также, как и у всех прочих пациентов, на основании совокупности данных о жалобах, анамнеза, результатов лучевого, иммунологического и лабораторного исследований.

СОХРАНЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Сам факт впервые выявленного туберкулеза не является абсолютным показанием к прерыванию беременности. Возможность сохранить ребенка определяется совместно гинекологом и фтизиатром. Принятие решения зависит от желания женщины, клинической формы и течения туберкулеза, необходимости применения резервных препаратов, которые, к сожалению, часто имеют выраженный тератогенный эффект и противопоказаны беременным.

Сочетание туберкулеза и беременности чревато прогрессированием туберкулезного процесса, а также акушерскими рисками для ребенка и матери – хроническая гипоксия плода, преждевременные роды, родовой травматизм, раннее гипотоническое кровотечение.

Тем не менее в большинстве случаев сохранить беременность при туберкулезе возможно, если верно распределены зоны ответственности и есть доступ к специалистам соответствующей квалификации.

Абсолютными показаниями к прерыванию беременности являются прогрессирующее течение кавернозного, фиброзно-кавернозного или диссеминированного туберкулеза, сердечно-легочная недостаточность, тяжелая сопутствующая патология в стадии декомпенсации (ХОБЛ, бронхиальная астма, сахарный диабет и т.д.).

Лечение туберкулеза, выявленного во время беременности, рекомендуется проводить преимущественно препаратами первого ряда (изониазид, рифампицин, этамбутол, пиразинамид), сравнительно новый препарат бедаквилин также считается безопасным для беременных. Лечение туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью вызывает большие трудности, так как протокол терапии содержит аминогликозиды и фторхинолоны, противопоказанные во время беременности. В этом случае может встать вопрос о прерывании беременности либо откладывании начала терапии в индивидуальном порядке.

Туберкулез не передается от матери к ребенку ни в перинатальном периоде, ни в родах (исключение составляют казуистически редкие случаи туберкулезного поражения плаценты, при котором может реализоваться вертикальный путь передачи туберкулеза).

Наиболее важным моментом для определения дальнейшей тактики (вакцинация БЦЖ, проведение профилактики, разобщение контакта матери и ребенка) является наличие/отсутствие у матери подтвержденного бактериовыделения.

ПОСЛЕ РОДОВ

Если во время беременности был установлен факт бактериовыделения (любым из общепринятых методов), контакт с ребенком следует разобщить в родильном зале, и возобновить только при стойком прекращении бактериовыделения, наступившем вследствие успешной терапии. В этом случае ребенок может быть привит вакциной БЦЖ и специфическая противотуберкулезная профилактика ему не требуется.

Если подозрение на туберкулез возникает после родов (например, при выполнении флюорографического исследования в период пребывания в роддоме), но контакт с ребенком уже произошел, вакцинацию БЦЖ следует отложить, а ребенок после разобщения должен пройти 8-недельный курс химиопрофилактики, и только после этого может быть привит.

ТУБЕРКУЛЕЗ НЕ ПЕРЕДАЕТСЯ ОТ МАТЕРИ К РЕБЕНКУ НИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ, НИ В РОДАХ

При малых формах туберкулеза без бактериовыделения данные ограничения снимаются, женщина может находиться в контакте с привитым ребенком и осуществлять грудное вскармливание.

ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА

Учитывая вышеуказанные факторы риска развития туберкулеза во время беременности и послеродовом периоде, можно рекомендовать следующий комплекс профилактических мер.

Прежде всего, планируя беременность, помимо рекомендованных гинекологом стандартных тестов, перед зачатием следует провести флюорографическое исследование, чтобы исключить туберкулезные изменения на этом этапе. В связи с тем, что туберкулез может развиться во время беременности, причем со «стертой» симптоматикой, также рекомендуется выполнять флюорографическое исследование непосредственно после родов (до запланированной на 3–5-й день вакцинации ребенка БЦЖ). Данное мероприятие в России обычно регламентируется локальными нормативными актами (по региону, городу или лечебному учреждению) и во всеобщую программу скрининга не входит. Тем не менее, если флюорография не сделана в плановом порядке в роддоме / сразу после выписки, целесообразно выполнить ее в кратчайшие сроки, самостоятельно обратившись в поликлинику. Грудное вскармливание не является противопоказанием к проведению лучевых исследований, сцеживание молока после него также не требуется. В первый год материнства следует максимально внимательно относиться к таким симптомам, как снижение аппетита, сильная немотивированная слабость, покашливание, периодическая субфебрильная температура. При наличии одного или нескольких симптомов необходимо обратиться к врачу и выполнить рентгенографическое исследование легких.

Важными аспектами профилактики туберкулеза у молодых матерей является организация правильного режима отдыха (например, привлечение помощников, сон матери во время сна ребенка), полноценное и регулярное питание (3 основных приема пищи и 2 перекуса, присутствие в рационе пищи с высоким содержанием белков и жиров, разнообразие фруктов и овощей), мониторинг и восполнение дефицита основных витаминов и микроэлементов (прежде всего железа, витамина Д), контроль уровней общего белка и гемоглобина, особенно при длительном периоде грудного вскармливания.

Общий скрининг на латентную туберкулезную инфекцию (ЛТИ) с помощью иммунологических тестов не реализуется, однако в случае выявления ЛТИ до / во время беременности ВОЗ рекомендует и считает безопасным стандартный протокол превентивной терапии изониазидом.

После перенесенного туберкулеза планировать беременность рекомендуется не ранее чем через 3 года после излечения с целью снижения риска рецидива.

ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Туберкулез не считается инфекцией, передача которой возможна половым путем. Однако генитальный туберкулез, особенно женской половой сферы (при гематогенном распространении из легких), является глобальной проблемой, в основном из-за гиподиагностики.

В Индии, стране с огромным бременем туберкулеза, около 50% всех случаев бесплодия связывают именно с этим заболеванием. В России частота встречаемости туберкулеза меньше, а следовательно, меньше и настороженность врачей в отношении этого состояния. Значительную негативную роль играет и стигматизация этой болезни, из-за которой трудно предположить наличие туберкулеза у социально благополучной пациентки.

Исключение генитального туберкулеза при первичном (идиопатическом) бесплодии целесообразно, особенно если планируется проведение экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Известны случаи, когда в ходе ЭКО наступала беременность, которую не удавалось сохранить из-за бурного прогрессирования заболевания, поскольку первоначально туберкулез матки и маточных труб не был диагностирован. Такая ситуация не только приводит к перинатальной потере, но и представляет существенный риск для жизни женщины.

Основные признаки генитального туберкулеза у женщин: дисменорея/аменорея, бесплодие, боли в животе, признаки общей интоксикации. Данные симптомы могут сочетаться с респираторными жалобами либо быть изолированными.

Подтверждают диагноз обнаруженный первичный очаг в легких (однако на этапе активного генитального туберкулеза легочный очаг присутствует не всегда), иммунологические тесты, бактериологическое и гистологическое исследования (исследование менструальной крови и биоптатов, полученных при гистероскопии). Один из важных признаков туберкулезного поражения – визуализация кальцинатов в структуре органов малого таза, в остальном картина туберкулезного воспаления, которую можно определить на УЗИ/КТ/МРТ малого таза, малоспецифична.

Проблема туберкулеза легких среди беременных женщин и молодых матерей, так же как и проблема женского генитального туберкулеза, является недооцененной. Поэтому требуется уделять больше внимания просвещению как потенциальных пациентов, так и медицинского персонала.

ТУБЕРКУЛЕЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ

1. Bothamley GH, Ehlers C, Salonka I, et al. Pregnancy in patients with tuberculosis: a TBNET cross-sectional survey. BMC Pregnancy Childbirth. 2016;16(1):304.
2. Grace GA, Devaleenal DB, Natrajan M. Genital tuberculosis in females. Indian J Med Res. 2017;145(4):425–436.
3. Latent tuberculosis infection: updated and consolidated guidelines for programmatic

management. Geneva: World Health Organization; 2018.
4. Loveday M, Hughes J, Sunkari B, et al. Maternal and Infant Outcomes Among Pregnant Women Treated for Multidrug/Rifampicin-Resistant Tuberculosis in South Africa. Clin Infect Dis. 2021;72(7):1158–1168.
5. Miele K, Bamrah Morris S, Tepper NK. Tuberculosis in Pregnancy. Obstet Gynecol. 2020;135(6):1444–1453.
6. Sugarman J, Colvin C, Moran AC, et al. Tuberculosis in pregnancy: an estimate of the global burden of disease. Lancet Glob Health. 2014;2(12): e710–716.
7. Нестеренко А. В., Зимина В. Н., Каюкова С. И. Влияние туберкулеза на течение беременности, роды и перинатальные исходы. Туберкулез и болезни легких. 2018;96(7):62–63.
8. Старшинова А. А. Туберкулез и беременность: особенности профилактики, диагностики и лечения. Акушерство и Гинекология Санкт-Петербурга. 2018;(3–4):36–42.