

TRAHUNR

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

**JOURNAL OF
REPRODUCTIVE
HEALTH AND
URO-NEPHROLOGY
RESEARCH**



TADQIQOT.UZ

VOLUME 1, ISSUE 1

2020

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-
нефрологических исследований

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор- Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский институт

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

ISSN: 2181-0990
DOI 10.26739/2181-0990

N^o 1
2020

**Главный редактор:
Chief Editor:**

Негмаджанов Баходур Болтаевич
доктор медицинских наук, профессор, заведующий
кафедрой Акушерства и гинекологии №2
Самаркандского Государственного Медицинского
Института

**Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:**

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна
доктор медицинских наук, профессор
Кафедры акушерства и гинекологии
Ташкентского Государственного стоматологического
института

**ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:**

Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес
профессор, Медицинский директор IEFertility, член
Европейского общества репродукции человека и эмбриологии
(Prof. Medical Director of the Instituto Europeo de Fertilidad.
Madrid (Spain)

Ramašauskaitė Diana
профессор, руководитель центра акушерства и гинекологии в
больнице Вильнюсского университета Santaros klinikos (Prof.
Clinic of Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty of
Medicine (Литва)

Аюпова Фариди Мирзаевна
Доктор медицинских наук, профессор, заведующая
кафедрой Акушерства и гинекологии №1
Ташкентской Медицинской Академии.

Зокирова Нодира Исламовна
Доктор медицинских наук, профессор кафедры
акушерства и гинекологии №1, Самаркандского
Государственного Медицинского Института

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич
Доктор медицинских наук, профессор заведующий
кафедрой Эндоскопической урологии факультета
непрерывного медицинского образования
медицинского института РУДН, (Россия).

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна
Доктор медицинских наук, профессор
кафедры акушерства и гинекологии №2,
Бухарского Медицинского института.

Окулов Алексей Борисович
Доктор медицинских наук., профессор,
андро-гинеколог, главный научный сотрудник кафедры
Детской хирургии педиатрического факультета РМАНПО,
профессор кафедры медицинской репродуктологии и
хирургии Московского государственного
медико-стоматологического университета (Россия).

Махмудова Севара Эркиновна
ассистент кафедры Акушерства и гинекологии факультета
последипломного образования Самаркандского Государственного
Медицинского Института (**ответственный секретарь**)

**ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:**

Boris Chertin
MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric Urology,
Shaare Zedek Medical Center, Clinical Professor in Surgery/
Urology, Faculty of Medicine, Hebrew University, Jerusalem (Israel).
Председатель кафедры урологии и детской урологии,
Медицинский центр Шааре-Зедек, Клинический профессор
хирургии/урологии, медицинский факультет, Иерусалим, Израиль

Fisun Vural
Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari ve
Eğitim Sorumlusu (Доцент Dr.Фисун Вурал Университет
медицинских наук. Репродуктолог. Ведущий специалист по
вспомогательной репродуктивной технологии (Турция)

Melike Betül Ögütmen
SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu
(Доцент. Dr. Малике Бетул Угутмен.
Нефролог. Университет медицинских наук (Турция)

Аллазов Салах Аллазович
доктор медицинских наук, профессор
кафедры урологии, Самаркандского
Государственного Медицинского Института

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна
доктор медицинских наук,
Самаркандского Государственного
Медицинского Института, нефролог

Локшин Вячеслав Нотанович
акушер-гинеколог, репродуктолог,
доктор медицинских наук, профессор,
президент Казахстанской ассоциации
репродуктивной медицины (Казахстан).

Никольская Ирина Георгиевна
Доктор медицинских наук, профессор ГБУ МО
МОНИАГ. Ученый секретарь научного совета (Россия).

Шалина Раиса Ивановна
Доктор медицинских наук, профессор кафедры
акушерства и гинекологии педиатрического факультета
РНМУ им.Н.И.Пирогова (Россия).

Page Maker | Верстка: Хуршид Мирзахмедов

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Телефон: +998 (94) 404-0000

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

11. Махмудова С.Э. КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ТЕЧЕНИЕМ И ИСХОДАМИ БЕРЕМЕННОСТИ.....	53
12. Нигматова Г.М., Агзамова М ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ТОКОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ПРОЛОНГИРОВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ УГРОЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ.....	57
13. Пардаева У.Д. ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ, ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.....	60
14. Раббимова Г.Т. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ.....	64
15. Юсупова Н.А., Негмаджанов Б.Б. НОРМАЛЬНЫЙ МИКРОБИОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА И ЕГО РЕГУЛЯЦИИ.....	69
16. Abdullaeva L.M. Klychev S.I., Ahmedova A.T., Ashurova U.A. ESTIMATION OF OVARIAN RESERVE IN FEMALES WITH UNREALIZED FERTILITY WITH ENDOMETRIOMAS.....	73




УДК 616-002.5

Пардаева Уг'илой Джамаловна
Ассистент кафедры физиологии лечебного факультета
Самаркандского государственного
медицинского института, Самарканд, Узбекистан.

ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ, ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ И ВПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

For citation: Pardayeva Ug'iloj Djamalovna, Tuberculosis in pregnant women and the postnatal period– peculiarities of early diagnosis, its course, and treatment, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2020, vol. 1, issue 1, pp.

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2020-1-13>

АННОТАЦИЯ

В данном исследовании проанализированы пути ранней диагностики туберкулеза у женщин фертильного возраста; у беременных с туберкулезом и в послеродовом периоде. Указаны особенности диагностики и течения туберкулеза на фоне беременности и принципы лечения на данном этапе, исход заболевания как для родильницы и ребенка, необходимости знания факторов риска на туберкулез. В данном исследовании одним из факторов низкой выявляемости туберкулеза во время беременности, можно указать особенности течения беременности с токсокозом и ряда других обстоятельств (настороженность врачей первичного звена и гинекологов, наличие внутренней и внешней дискриминации при туберкулезе). Проанализированы ситуации и случаи различных форм туберкулеза, как во время беременности, так и в послеродовом периоде. Отмечен золотой стандарт профилактики туберкулеза у женщин фертильного возраста – это скрининговая флюорография. Ключевым моментом для больных туберкулезом женщин это: планирование семьи и обучение видам и методам контрацепции.

Ключевые слова: беременность и туберкулез, послеродовой период, лабораторная диагностика, ранняя диагностика, микобактерии туберкулеза, обострение и рецидив туберкулеза, врачи ВОП, узкие специалисты, туберкулез органов дыхания, внелегочной туберкулез.

Pardayeva Ug'iloj Djamalovna
Davolash fakulteti ftiziatrya kafedrası assistenti
Samarqand davlat Tibbiyot institute
Samarqand, O'zbekiston

HOMILADOR AYOLLARDA VA TUG'RUQDAN KEYINGI DAVRDA TUBERKULYOZNI O'ZIGA HOS KECISH XUSUSIYATLARI, ERTA ANIQLASH VA DAVOLASH XUSUSIYATLARI

ANNOTASIYA

Ushbu tadqiqotda bola tug'ish yoshidagi ayollarda, sil bilan kasallangan homilador ayollarda va tug'ruqdan keyingi davrda sil kasalligini erta tashxislash yo'llari tahlil qilinadi. Homiladorlik davrida sil kasalligini tashxislash va davolashning o'ziga xos xususiyatlari va ushbu bosqichda davolanish tamoyillari, tug'ruq paytida ham, bola uchun ham kasallikning natijasi, sil kasalligi uchun xavf omillarini bilish zarurligi ko'rsatilgan. Ushbu tadqiqotda homiladorlik davrida sil kasalligini kam aniqlash omillaridan biri bo'lib, homiladorlikda toksikoz bilan tuberkulyozning rivojlanish xususiyatlarini va boshqa bir qator vaziyatlarni (birlamchi tibbiy yordam shifokorlari va ginekologlarning hushyorligi, tuberkulyozda ichki va tashqi diskriminatsiyaning mavjudligini) belgilashimiz mumkin. Tuberkulyozning turli xil shakllari homiladorlik va tug'ruqdan keyingi davrlarda tahlil qilinadi. Bola tug'ish yoshidagi ayollarda sil kasalligining oldini olishning oltin standarti qayd etilgan - bu skrining fluorografiya. Sil kasalligi bilan og'riq ayollar uchun asosiy holat: oilani rejalashtirish; kontratsepsiya turlari va usullariga o'qitish.

Kalit so'zlar: homiladorlik va tuberkulyoz kasalligi, tug'ruqdan keyingi davr, laboratoriyadiagnostikasi, erta tashxis, tuberkulyoz mikobakteriyasi va tuberkulyoz kasalligi, sil kasalligining kuchayishi va qaytalanishi, umumiy amaliyot shifokorlari, tor mutaxassislar, nafas olish yo'llari tuberkulyozi, ekstrapulmonal tuberkulyoz.

Pardayeva Ug'iloj Djamalovna.
Assistant of the Department of Phthisiology,
Faculty of General Medicine
Samarkand State Medical Institute,
Samarkand, Uzbekistan

TUBERCULOSIS IN PREGNANT WOMEN AND THE POSTNATAL PERIOD— PECULIARITIES OF EARLY DIAGNOSIS, ITS COURSE, AND TREATMENT**ABSTRACT**

This study analyzes the ways of early diagnosis of tuberculosis in women of fertile age; in pregnant women with tuberculosis and in their postnatal period. The peculiarities of tuberculosis diagnostics, the course of its treatment during the pregnancy, and the principles of treatment specific at this stage, the outcome of the disease for both the mother and the child, the importance of knowing the risk factors for tuberculosis are specified. In this study, one of the factors of low tuberculosis detection during pregnancy may be the peculiarities of the course of pregnancy with toxicosis and some other circumstances (alertness of primary physicians and gynecologists, presence of internal and external discrimination in case of tuberculosis). Situations and cases of different forms of tuberculosis, both during pregnancy and in the postnatal period, are analyzed. The golden standard is defined for the prevention of tuberculosis in women of childbearing age, which is screening with fluorography. A key issue of tuberculosis in women are their family planning, training in contraceptive types, and methods.

Keywords: pregnancy and tuberculosis, postpartum period, laboratory diagnostics, early diagnostics, mycobacteria of tuberculosis, exacerbation and relapse of tuberculosis, POP doctors, narrow specialists, tuberculosis of respiratory organs, extrapulmonary tuberculosis.

Введение: Во все периоды развития общества, складывались радикально- отрицательные отношения к больным женщинам с туберкулезом: то есть больная девушка не имела право выходить замуж, замужняя не имела право беременеть, беременная женщина с туберкулезом не могла родить, родившая не имела право кормить ребенка. С середины XX века, с периодом изобретения противотуберкулезных препаратов, отношения к больным женщинам изменились. Однако несмотря на стабилизацию эпидемиологической обстановки, проблема беременности и туберкулеза все же остается актуальной. По данным статистики туберкулез 1.5-2 раза чаще встречается при беременности и первые 9 месяцев после родов. Рост заболеваемости женщин туберкулезом особенно настораживает врачей фтизиатров, гинекологов и эпидемиологов, так как большую эпидемиологическую угрозу имеет тесный контакт больных женщин с детьми. Дети раннего возраста являются группой повышенного риска на туберкулез.

Программа борьбы с туберкулезом в Республике Узбекистан направлена на улучшение эпидемической ситуации по туберкулезу путем повышения эффективности выявления, диагностики и лечения больных туберкулезом за счет повышения качества противотуберкулезных мероприятий, укрепления материально-технической базы бактериологических и клинко-диагностических лабораторий, обучения специалистов и внедрения более совершенной системы мониторинга и оценки. Основной целью национальной программы (НТП) по борьбе с туберкулезом является снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза (ТБ), и, соответственно, сокращение социальных и экономических издержек, связанных с данным заболеванием, путем предотвращения распространения туберкулезной инфекции, включая ее лекарственно устойчивые формы и случаи ее сочетания с ВИЧ-инфекцией [6]

Сочетание туберкулеза любой локализации родов и беременности необходимо рассматривать в двух аспектах: во-первых – это влияние беременности, родов, послеродового периода и лактации на течение туберкулезного процесса; во – вторых – влияние туберкулеза на течение беременности, родов, здоровье новорожденного и родильницы [3].

Знание, изучение, ранее выявление и профилактика туберкулеза среди женщин фертильного возраста врачами общего профиля и узкими специалистами, правильность выбора тактики сохранения или прерывание беременности на сегодняшний день является важной и актуальной проблемой.

Процесс беременности сопровождается перестройкой иммунной системы женщины с целью обеспечения оптимальных условий развития плода и его защиты в ранних этапах формирования собственных защитных механизмов от инфекции. У беременных изменяется состояние клеточного иммунитета, имеющего существенное значение при туберкулезе, что проявляется снижением функциональной активности Т-лимфоцитов [7].

Обогащение гормонального фона беременной женщины массивным железисто-эндокринным органом плацентой, способствует гормональной перестройки, что часто может являться причиной активации специфического процесса. Мобилизация в кровь микроэлементов в виде «строй материала»

для плода, может дать размягчению и распаду старых заживших кальцинированных очагов в легких и во внутригрудных лимфатических узлах. Однако с микроэлементами в кровяное русло вымывается и перстирующие формы микобактерии туберкулеза, что может послужить причиной обострения или реактивации туберкулеза.

Влияет на течение туберкулезного процесса и сами роды. Во второй половине беременности, за счет значительного увеличения тела матки, меняются соотношения в брюшной и грудной полостях, отмечается высокое стояние диафрагмы, что создает эффект естественного пневмоперитонеума. Однако сразу после родов, вследствие опускания диафрагмы, наступает так называемая «абдоминальная декомпрессия», способствующая при де-структивных процессах аспирации казеозных масс в здоровые отделы легких и развитию бронхогенного обсеменения. Кроме того в период родов развивается гипертония в малом круге кровообращения, которая создает угрозу таких тяжелых осложнений как легочное кровотечение и спонтанный пневмоторакс [3].

Следует помнить о том, что у беременных женщин даже при наличии активного туберкулеза наблюдается не соответствие между состоянием клинического благополучия и иногда значительными патоморфологическими изменениями в легких, особенно на VII-VIII месяцы беременности [5], когда высокое стояние диафрагмы нередко ведет к относительной стабилизации процессов.

Некоторые авторы [2] считают, что лечение предпочтительно начинать после 12 недель беременности, другие указывают на недопустимость откладывания лечения, особенно в сроки беременности, когда чаще всего наблюдается обострение процесса (6-12, 20-28, 38-40 недели) [5]

Целью исследования является изучение методов ранней диагностики туберкулеза у беременных женщин и в послеродовом периоде, особенности течения и выбор тактики лечения с прерыванием или продолжения беременности.

Материалы и методы: нами проведены ретроспективный анализ 58 истории болезни больных женщин с беременностью и в послеродовом периоде в Самаркандском областном противотуберкулезном диспансере за 2013-2018 гг. Из них жители сельской местности 42 (72.4%).

Всем женщинам проводились алгоритм обследования на туберкулез. Беременным женщинам из рентгенологических методов обследования применялись обзорные рентгенограммы, с просвинцованным фартуком для защиты плода. В лабораторной диагностике исследовались такие патологические материалы как: мокрота, гнойные выделения из раны, биопсийные и операционные материалы. Каждый патологический материал прошел следующий алгоритм лабораторных исследований: метод люминесцентной микроскопии, бактериологический метод, эффективно использовались молекулярно-генетические экспресс методы с одновременным определением чувствительности к антимикобактериальным препаратам: автоматизированный анализ на основе полимеразной цепной реакции Xpert MTB/RIF (Xpert); с 2018 года GenoType MTBDRplus (Хайн тест); (GenoType MTBDRplus, GenoType MTBDRplus 2.0 с МБТ).

Результаты и их обсуждение: В нашем исследовании выявлено две ситуации: туберкулез выявленный во время беременности 15 (25.8%) и 43 (74.1%) случаев больных с туберкулезом в ранние (до 3 месяцев) и отдаленные сроки послеродового периода (до 9 месяцев). Превалируют жители сельской местности 42 (72.4%). Больше женщин молодого возраста 37(63.8%). Вредных привычек не выявлено. В социальном статусе, все больные женщины, были со средним и средне - специальным образованием, домохозяйки.

Жизненный уровень у 27 (46.6%) больных из категории с малообеспеченных семей.

Возрастная категория больных: с 20-29 лет 37(63.8%), с30-35 лет 16 (27.6%), с 36- 40 лет 5 (8.6%). Большая часть 39(67.2%) больных лечились по поводу туберкулеза органов дыхания, из них: инфильтративный туберкулез с распадом 31(79.5%) и диссеминированный туберкулез 8 (20.5%) больных. 5 (8.6%) больных с туберкулезным менингитом в послеродовом периоде, первые 9 месяцев; с туберкулезом позвоночника 7(12%) больных. В основном имело место полиорганного поражения, нескольких смежных позвонков: грудного- поясничного и шейно-грудного отделов.

Одна больная (1.7%) поступила на шестом месяце после родов, с тяжелым течением туберкулеза поясничного отдела позвоночника, который осложнился туберкулезным менингитом. Проводимая интенсивная терапия по I категории данной больной не дала эффекта, из-засуеверия ухаживающей сестры, которая регулярно прерывала лечение и скрытно проводила духовные обряды. У данной больной, на втором месяце стационарного леченияразвился тяжелое течение менингоэнцефалита, с последующим летальным исходом.

1 (1.7%) больная с абдоминальным туберкулезом, госпитализирована с признаками перитонита на 20-21 день после родов с первично диагностированным туберкулезом, в виде поли органного поражения – диссеминированный туберкулез легких под острым течением и туберкулез кишечника, осложненный прободными язвами в брюшную полость с дальнейшим развитием перитонита, что и послужила поводом для госпитализации. Двое (3.4%) во втором период беременности, в виде экстрапульмонального туберкулеза - туберкулез периферических лимфатических узлов.

Наиболее редко встречаемой формой туберкулеза – туберкулез медиальной поверхности правой молочной железы 1(1.7%), без легочного поражения. Молодая женщина 24 лет, по счету вторая беременность сроком 23-24 недель. Заболевание выявлено в онкологическом диспансере и подтверждено гистологически исследованиями. 3 (5.2%) женщины в раннем (2-4 месяцы) послеродовом периоде с резистентным легочным туберкулезом, оба из контакта с низким социальным уровнем жизни.

В большом процентном соотношении выявлены наличие соматических заболеваний: в виде хронического гастрита у 19 (32.7%), пиелонефрита у 24 (41.3%), гепатита «В» 4 (7.3%) пациенток. Хронические формы полидефицитной анемии: легкой степени 15 (27.2%), средней степени тяжести 28 (50.9%), тяжелая степень у 12 (21.8%) пациенток от общего числа полидефицитной анемии, которое наблюдались у 55 пациенток (94.8%). Имело место сочетание соматических процессов: гастрита и анемии у 42 (72.4%); анемии, гастрита и пиелонефрита 9 (16.3%), анемии и гепатита «В» 4 (7.3%) случаев.

Согласно приказа министерства здравоохранения Республики Узбекистан (№ 383 от 24.10.2014 г.), по всей республики и в нашем областном самаркандском противотуберкулезном диспансере внедряются различные методы профилактики ТБ у беременных и в послеродовом периоде. Широкое внедрение инновационных лабораторных методов диагностики, применение краткосрочных комбинированных схем лечения с учетом сохранения или прерывания беременности, существенно сокращают инвалидность и смертность среди женщин фертильного возраста. Большие возможности для ранней диагностики туберкулеза, дают быстрые молекулярно-

биологические методы диагностики ТБ, которые основаны на выявлении мутации в генах микобактерии туберкулеза (МБТ) с феноменом лекарственной устойчивости (ЛУ).

Учитывая неблагоприятное влияние беременности на развитие и течение туберкулеза, врачами ВОП и узкие специалисты согласно приказа № 383 министерства здравоохранения Республики Узбекистан, при подозрении на туберкулез органов дыхания и внелегочного туберкулеза, проводились обязательные диагностические методы обследования с дальнейшей консультацией врачами фтизиатрами.

Лечение беременных с туберкулезом и в послеродовом периоде проводились согласно терапевтическим категориям больных, под наблюдением гинеколога и терапевта. В комплекс лечения, в зависимости от сопутствующего заболевания и осложнения, входили: препараты противанемии; антациды; гепатопротекторы; метаболики для паренхиматозных органов; препараты эндокринного назначения, улучшающие микроциркуляцию сосудов плаценты и матки; общеукрепляющая терапия. В основном больные поступили первично, которым применялись I- терапевтическая категория, с лекарственно-устойчивым формам ДОТС+.

Применение контрацепции при туберкулезе:

➤ Изначальное исследование на бета-хорион гонадотропный гормон всех женщин детородного возраста с туберкулезом (тест на беременность)

➤ При отрицательном результате, необходимо рекомендовать использование контрацепции в течение всего курса лечения особенно с (множественно лекарственно-устойчивостью туберкулеза) МЛУ ТБ

➤ Доказано, что применение Изониазида и его аналогов улучшают общее состояние организма и пациенты отмечают возросшее сексуальное влечение

➤ Пациенткам с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза нежелательно использовать КОК (комбинированные оральные контрацепции), принимая во внимание снижение детоксикационной функции печени и ряда других причин

➤ При лекарственно-чувствительном туберкулезе оральная контрацепция допускается, но если в схеме лечения есть Рифампицин, то стоит усилить защиту презервативами, так как этот препарат снижает защиту от нежелательной беременности[2].

В вопросе о продолжении или прерывании беременности, в первую очередь учитывались состояние пациентки и ее желание. Учитывая возможность бурного течения специфического процесса после аборта, у больных с легочными формами туберкулеза, в данном случае, пациенткам не проводились аборт. Специфический процесс в основном протекал с инфильтратами и диссеминации с распадом. Однако на фоне лечения наблюдалось прекращение выделения микобактерии, закрытие полостей распада и благоприятное рода разрешение. В данных случаях, не применялись препараты стрептомицина и фторхинолона. Прерывание беременности производилось у 2 (5.1%) больных, с ригидными кавернами на вершущках легких (от общего числа туберкулеза органов дыхания).

Заключение: Подводя итог нашему исследованию необходимо подчеркнуть, что относительно малый процент пациенток диагностированных во время беременности, объясняется схожесть симптоматики туберкулезной интоксикации, с симптоматикой токсикоза беременности, и это нашло свое отражение в нашем исследовании. Также для диагностики не проводились рентгенологические методы исследования, учитывая нежелательные явления для плода, не было дифференцированного подхода к анализам крови и общему состоянию пациенток. Несомненно, существует такой фактор, как наличие внутренней и внешней дискриминации при туберкулезе, имеющие свои древние корни как социальная проблема. Не учтены контакты с больным туберкулезом, низкий жизненный уровень пациенток, наличие хронически текущих соматических заболеваний. Больные женщины диагностированы в основном не

послеродовом периоде, когда имело место осложненное течение, иногда с неблагоприятным исходом.

Настороженность врачей общей практики и врачей узких специальностей по туберкулезу и тесное сотрудничество с фтизиатрами имеет немаловажное значение в деле профилактики, ранней диагностики и в лечении как легочного, так и экстра легочного туберкулеза у беременных женщин, и женщин в послеродовом периоде. Своевременное выявление и правильное лечение – это залог, здоровья подрастающего поколения и выздоровлению женщин, так как здоровье нации напрямую зависит от здоровья женщин. Правильное и своевременное лечение беременных женщин с туберкулезом, приводит к улучшению прогноза и стабилизации эпидемиологических показателей.

Особое внимание требует обследование группы риска на туберкулез, это женщины с такими соматическими заболеваниями как: хронические неспецифические заболевания легких; разные формы хронически текущих форм анемии; хронические гастриты; заболевания эндокринной системы (тиреотоксикоз, сахарный диабет); заболевания мочевыделительной системы.

Выводы:

- необходимость профилактики туберкулеза у женщин фертильного возраста, которое требует регулярный флюорографический профилактический осмотр;
- повышение настороженности врачей общей практики и врачей узких специальностей на туберкулез;
- обучение первичного звена методам выявления туберкулеза у женщин фертильного возраста и контроль исполнения;
- при диагностике туберкулеза у женщин, необходимо обращать внимание на факторы риска: плохая материальная обеспеченность и низкий жизненный уровень, контакт с бактериовыделителем, наличие хронических соматических заболеваний;
- правильное этиотропное и патогенетическое лечение туберкулеза, является гарантом рождения здорового ребенка и излечения пациентки, или стабилизации специфического процесса;
- планирование семьи и рождение желанного ребенка;
- повышение знания о видах и методах применения контрацепции, у женщин фертильного возраста.

Список использованной литературы:

1. Борисова М.И., Стаханов В.А., Каюкова С.И. Применение феназида при туберкулезе легких у женщин в послеродовом периоде и у больных с токсическими реакциями на зониазид // Матер. 14 Национального конгресса по болезням органов дыхания. – М., 2004. – С.385. [1]
2. Буйново Л.Н., Сидоренко Н.Б. Актуальность консультирования ВИЧ-положительных женщин по вопросам контрацепции в том числе в период лечения туберкулеза. Член Правления НП «Е.В.А.» сайт <http://evanetwork.ru/> [7]
3. Клинические лекции по фтизиатрии; лекционный курс ч. II / Под ред. Т.П. Маслаускене – Иркутск: РИО ИГИУВа, 2006. – 109с. [2]
4. Корецкая Н.М. Туберкулез и беременность. Журнал «Сибирское медицинское обозрение» 2012г. Раздел: Клиническая медицина [3]
5. Туберкулез у детей и подростков: руководство Под ред. О.И. Король, М.Э. Лазовский. - СПб, 2005. – 432с. [5]
6. Руководство по мониторингу и оценке противотуберкулезной помощи в Республике Узбекистан. Ташкент 2014г. 5с. [6]
7. Туберкулез у детей и подростков: руководство для врачей /Под ред. Е.Н. Янченко, М.С. Греймер. – изд.2-е, перераб. И доп. – СПб.: Гиппократ, 1999.- 336 с.[4]