



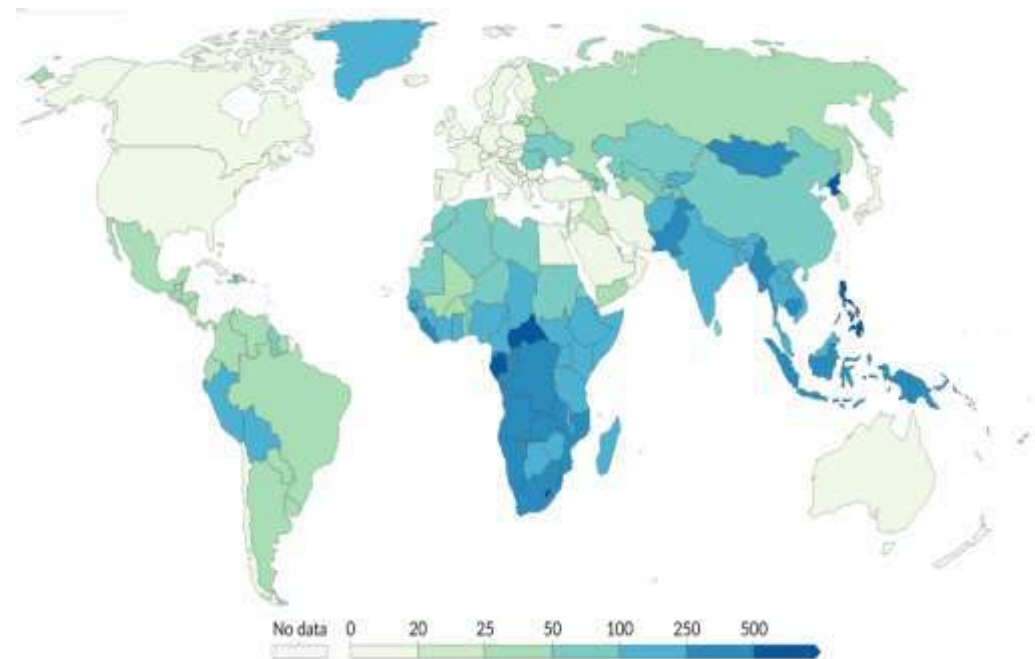
Туберкульоз статевої системи та вагітність у сучасних епідемічних реаліях



Лілія ТОДОРІКО
завідувачка кафедри фтизіатрії та
пульмонології,
д.мед.н., професор,
Чернівці, Україна

АКТУАЛЬНІСТЬ

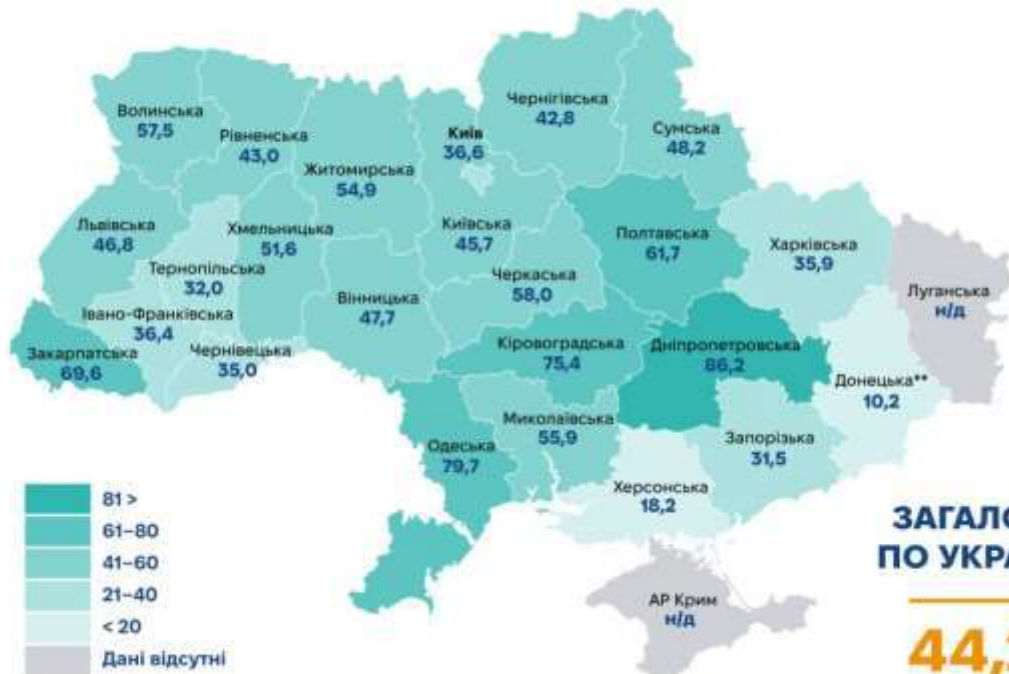
- Незважаючи на досягнення у сфері подолання ТБ, дане захворювання залишається викликом для медичної галузі України.
- До тепер Україна все ще входить до списку 30 країн із високим тягарем ТБ із множинною лікарською стійкістю та посідає четверте місце за рівнем захворюваності на ТБ у Європейському регіоні ВООЗ.
- З моменту оголошення епідемії ТБ в Україні було досягнуто досить значного успіху в боротьбі з даним захворюванням, однак, події останніх років в нашій країні стали справжніми викликами, які пригальмували прогрес досягнутих результатів. Зокрема, у 2020 році пандемія COVID-19 завдала значних збитків роботі фтизіатричної служби, лімітувавши доступ пацієнтів до надання спеціалізованої медичної допомоги.
- 2021 рік ознаменував собою початок повільного етапу відновлення фтизіатричної допомоги після перенесених наслідків COVID-19 як у національному, так і регіональному контекстах. Однак, вже невдовзі після цього, Україна зіткнулась з ще більшою проблемою – воєнними діями на території багатьох областей.



- ТБ, не зважаючи на його виліковність та можливість запобігання (глобальні зусилля по боротьбі з ТБ врятували близько 75 мільйонів життів), виявляють у всіх країнах і вікових групах.
- Близько 80 % всіх випадків захворювання і смертей від ТБ реєструють в країнах з низьким рівнем прибутку.
- Найбільша кількість нових випадків реєструється в Південно-Східній Азії (46 %), Африці (23 %) і Західній частині Тихого океану (18 %).
- Більше 2/3 від загального числа випадків ТБ у світі приходить на Бангладеш, Китай, Демократичну Республіку Конго, Індію, Індонезію, Нігерію, Пакистан і Філіппіни.

- Найближчі наслідки воєнних дій в Україні знайшли відображення в зростанні показника захворюваності, однак, слід очікувати віддалених наслідків у вигляді подальшого погіршення епідеміологічної ситуації з піком через найближчі кілька років.
- Основною причиною такої ситуації є зниження доступу населення до медичної допомоги і профілактичних обстежень зокрема. Так у 2018 році при профілактичних оглядах було виявлено 43,9 % від всіх випадків ТБ, у той час як у 2022 – лише 25,0 %. При цьому збільшилася частка пацієнтів з бактеріовиділенням: у 2018 році бактеріовиділення спостерігалось у 74,4 % виявлених випадків, у 2022 році – у 80,1 %.
- Смертність від ТБ наразі залишається на рівні 7,5 випадків на 100 тис. нас. і входить у топ 10.
- У Чернівецькій області за період з 2020 по 2024 рр., спостерігається вірогідний приріст показників захворюваності на ТБ серед дітей (більше ніж у 2 рази).

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА АКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ, ВКЛЮЧНО ІЗ РЕЦИДИВАМИ, серед усього населення України за 2024 рік*



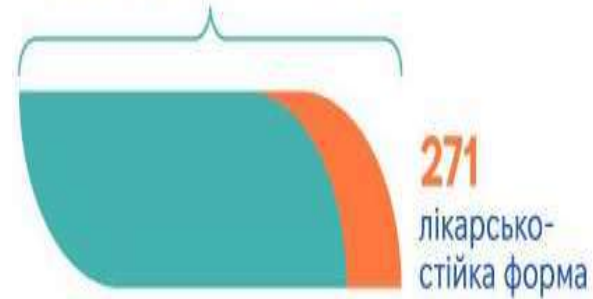
**ЗАГАЛОМ
ПО УКРАЇНІ**
44,2

www.phc.org.ua

ТУБЕРКУЛЬОЗ Січень 2025



виявлено людей
з туберкульозом **1 531**



271
мали ВІЛ-
позитивний статус

1 429
легенева
форма

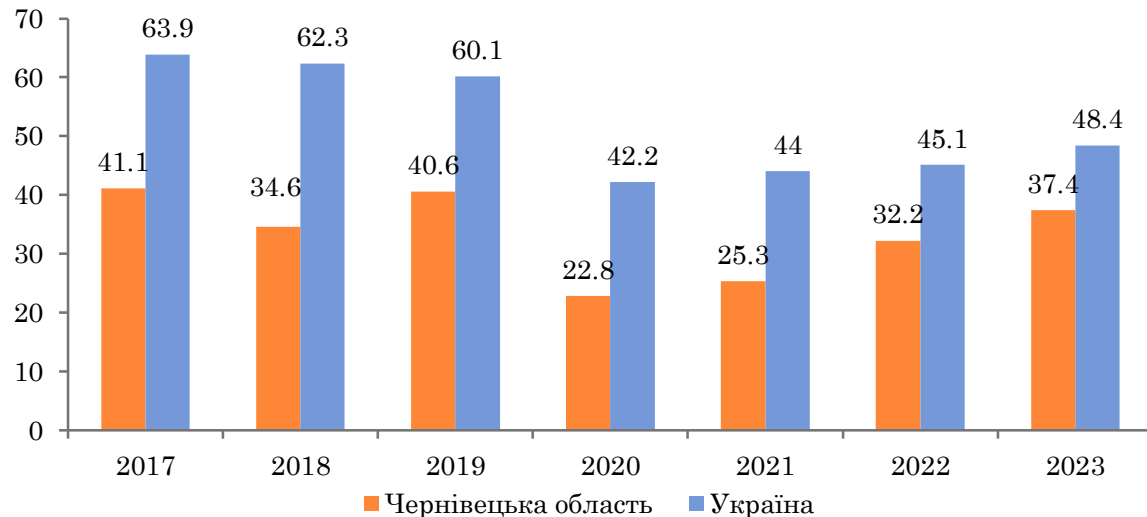
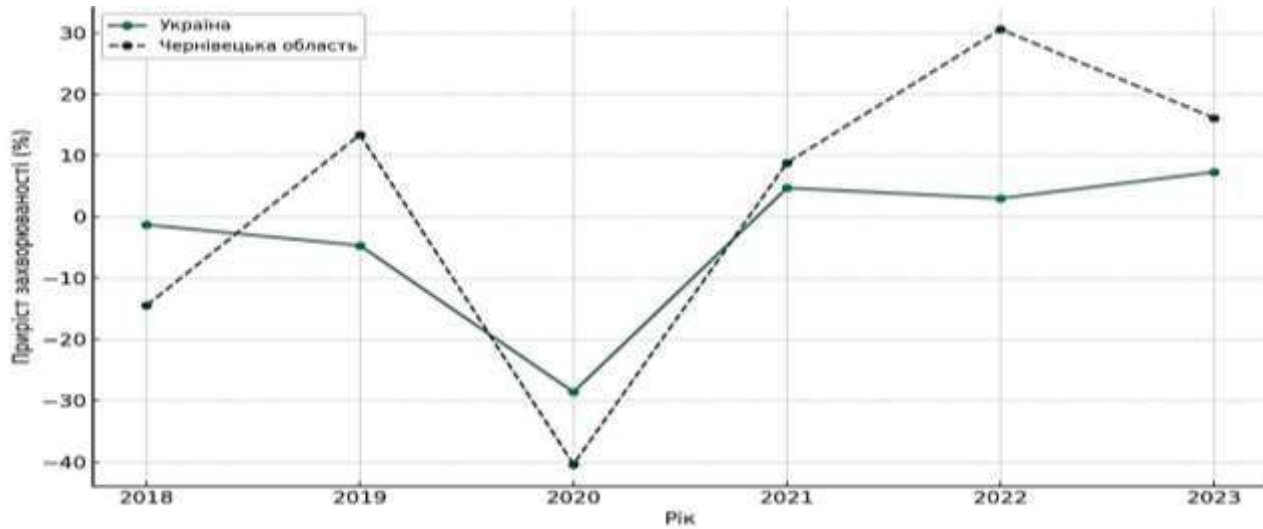
102
позалегонева
форма

1134
чоловіки

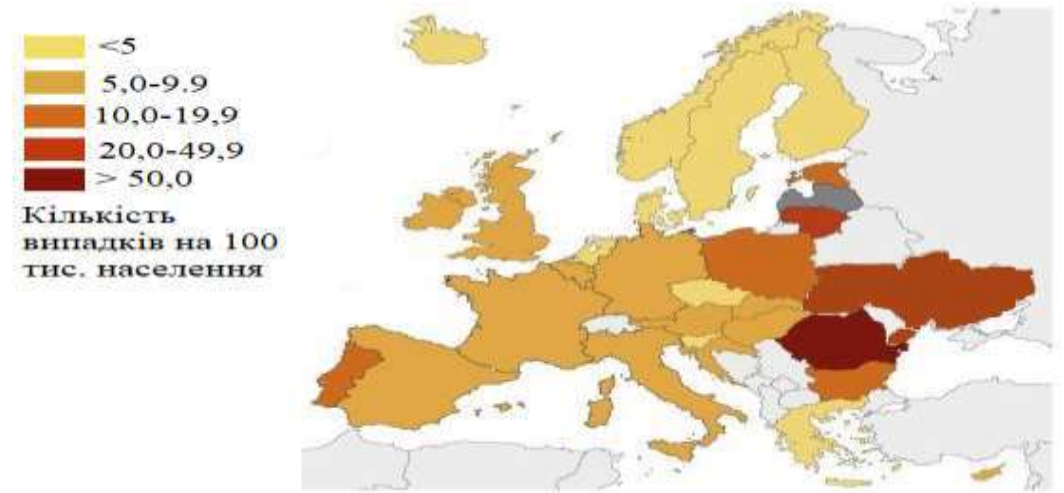
397
жінок

* На 100 000 населення. ** Підконтрольна Україні територія.

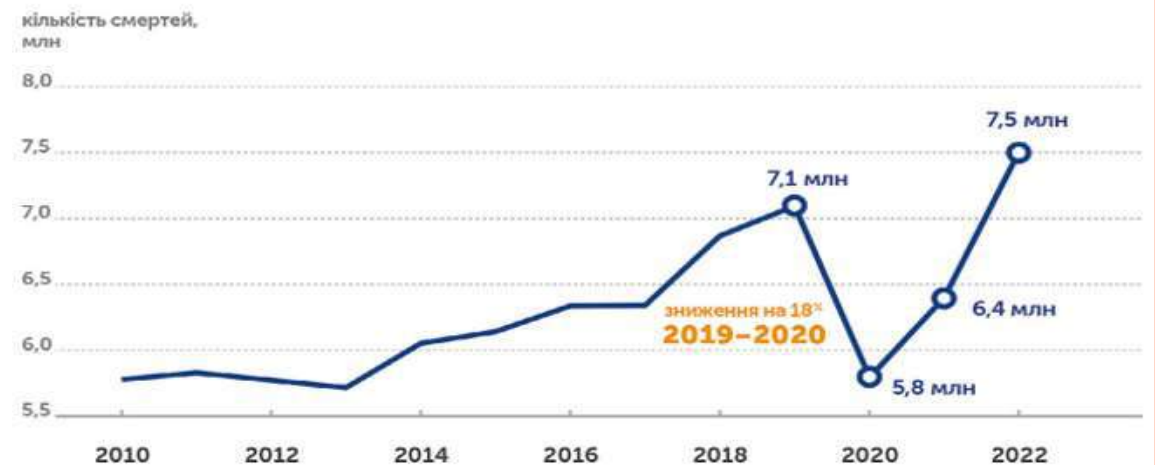
Темпи приросту захворюваності на активний туберкульоз (включаючи рецидиви) в Україні та Чернівецькій області протягом 2018-2023 р.р.



Мапа захворюваності на туберкульоз в Європейському регіоні



Україна належить до 18 країн з високим рівнем захворюваності у Європейському регіоні ВООЗ, де з 1995 року зареєстрована епідемія ТБ



**По Україні за 2024 р. – 44,2
на 100 тис. нас.**

Кількість активного ТБ за віком та статтю



РИС. 2.11. ДИНАМІКА РЕЄСТРАЦІЇ НОВИХ ВИПАДКІВ І РЕЦИДИВІВ ЛЕГЕНЕВОГО І ПОЗАЛЕГЕНЕВОГО ТБ; ЧАСТКА ВИПАДКІВ ПОЗАЛЕГЕНЕВОГО ТБ

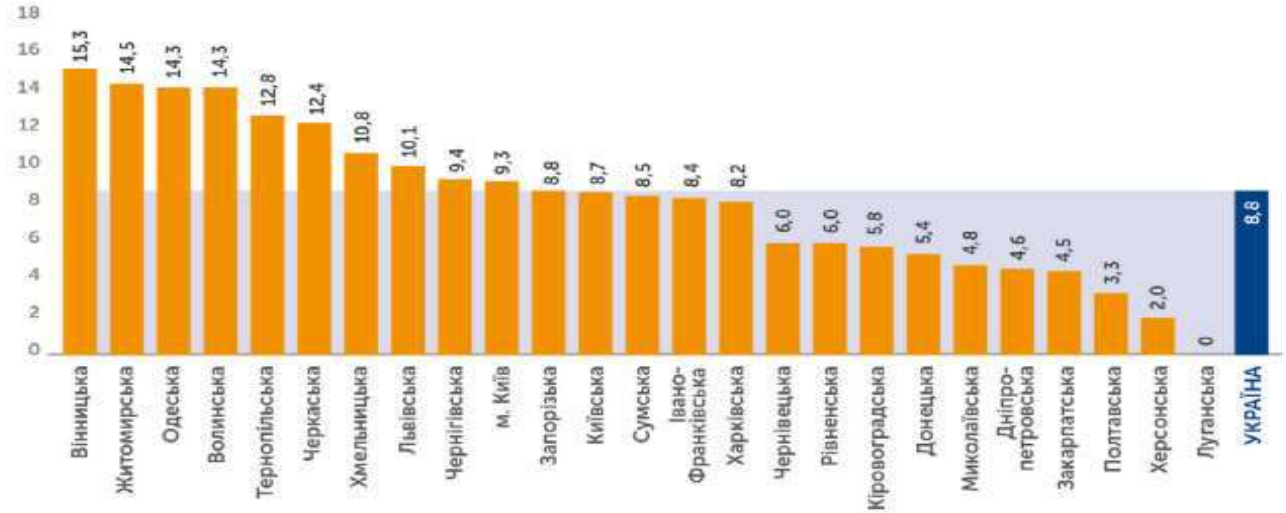
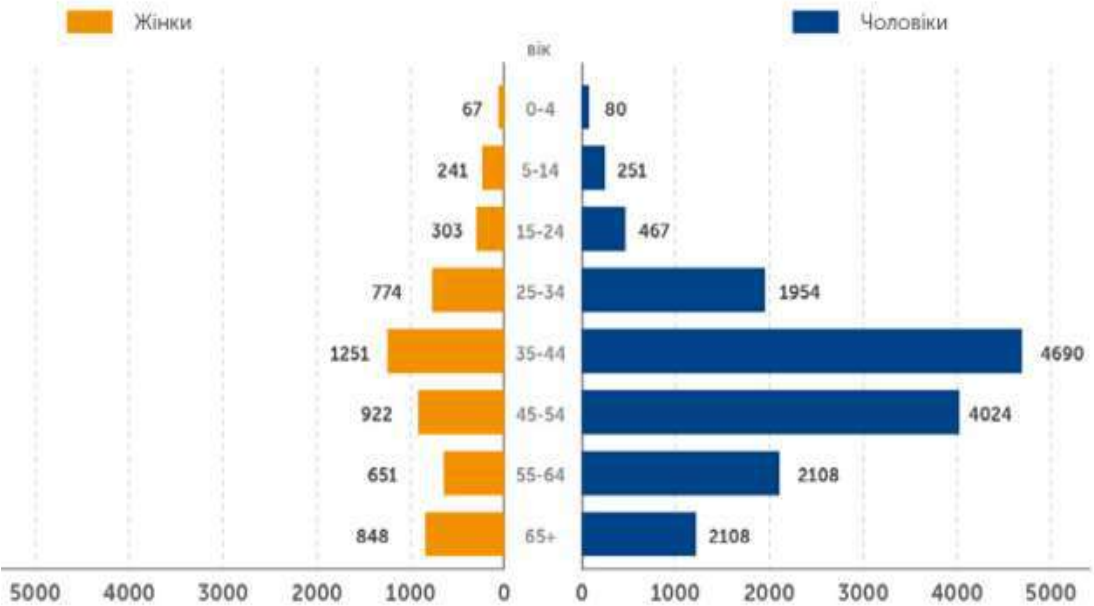
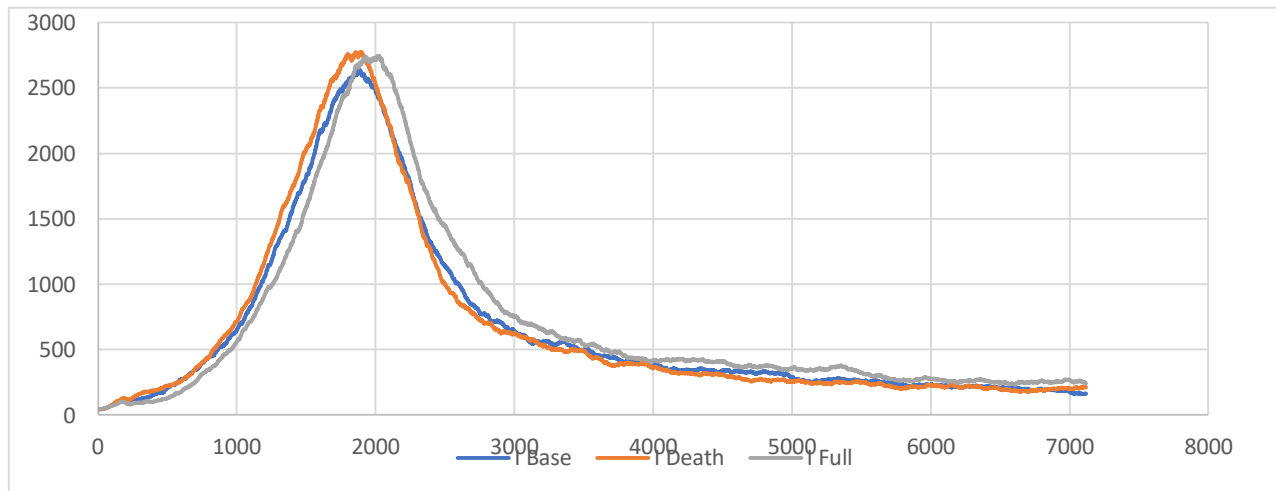


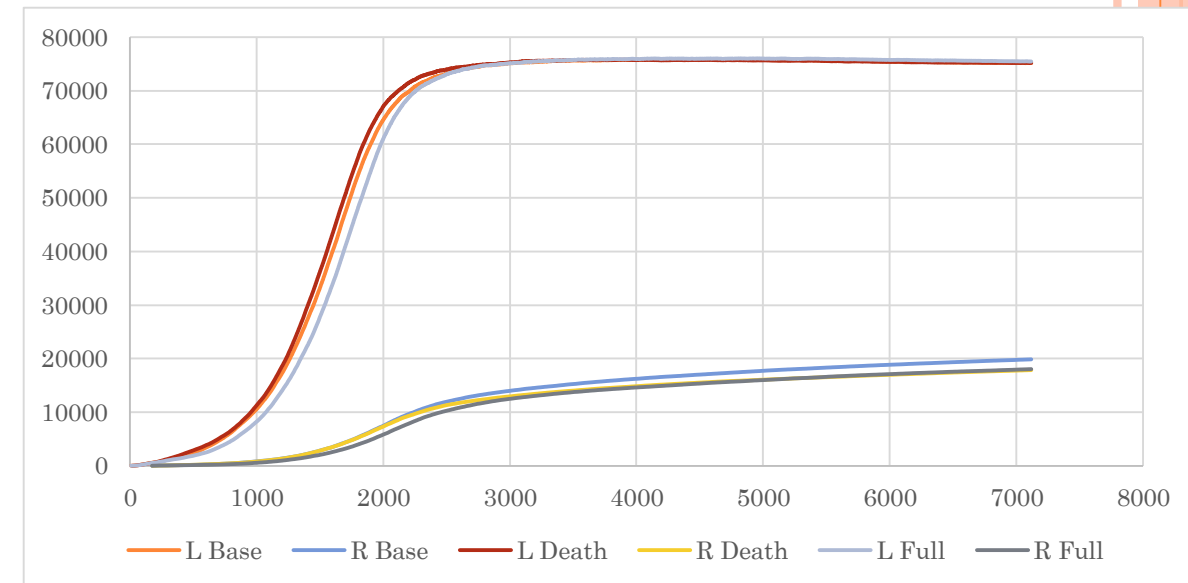
РИС. 2.12. ЧАСТКА ВИПАДКІВ ПОЗАЛЕГЕНЕВОГО ТБ СЕРЕД НОВИХ ВИПАДКІВ ТА РЕЦИДИВІВ. РЕЙТИНГ ПО РЕГІОНАХ УКРАЇНИ, 2023 РІК



Порівняльна динаміка хворих на туберкульоз в трьох наближеннях



Порівняльна динаміка латентних та одужавших в трьох наближеннях



Причиною погіршення епідемічної ситуації з ТБ в країнах Східної Європи є:

- зниження рівня життя населення, зокрема погіршення харчування зі значним зменшенням споживання продуктів із високим вмістом тваринних білків, часте виникнення стресів у зв'язку з нестабільною ситуацією в країнах, військовими конфліктами;
- збільшення міграції населення, унаслідок чого неможливе здійснення вчасних оздоровчих протитуберкульозних заходів;
- стабільно високий рівень захворюваності серед осіб, що відбувають покарання у виправно-трудових колоніях;
- збільшення кількості ВІЛ-інфікованих, хворих на наркоманію;
- зростання частоти тяжких форм ТБ, спричинених хіміорезистентними МБТ, що значно утруднює ефективність проведеного лікування;
- нестача засобів на боротьбу з ТБ у більшості країн світу;
- виробництво антимікобактеріальних препаратів з низькою ефективністю, що значно знижує ефективність протитуберкульозної терапії;
- різка зміна в структурі захворюваності серед уперше виявлених хворих: поява таких клінічних форм ТБ, як казеозна пневмонія, міліарний туберкульоз, полісерозит, збільшення деструктивних процесів.

Усе це призводить до «некерованості» епідемічної ситуації в умовах великого резервуару туберкульозної інфекції та високої інфікованості населення.

- Інтегральним показником неблагополуччя в охороні здоров'я жінок є частота абортів по медичним показам, який кількісно відображає неможливість реалізації жінкою функції дітонародження по комплексу об'єктивних причин - патологія жінки і/або плоду. Одним із захворювань, яке є показом **для переривання вагітності - ТБ.**
- У 2023 році 3,6 млн. жінок хворіли на ТБ і більше 0,5 млн. померли від цієї недуги, в основному, у репродуктивному віці (від 15 до 44 років). Слід відмітити, що 70 % жінок світу, які страждають на ТБ, проживають у країнах, що розвиваються і з низьким рівнем доходів і майже 98 % з усіх випадків смерті жінок від ТБ щорічно реєструється у цих регіонах.
- Побутує думка, що бідність є головним фактором, який сприяє розвитку ТБ у жінок [Rider H.L., 1995; Long, N. et al., 2001; Getahun H. et. al., 2007]. Підтвердженням вище наведеному є дослідження, що проведені за останні роки в Бразилії, Іспанії, США, Туреччині, Україні [3,4,6,21].
- Неможливо здійснювати заходи по профілактиці ТБ без глибокого знання різних факторів, що обумовлюють розвиток даного захворювання для кожного окремого випадку в соціальній групі. Протитуберкульозні заходи також є малоефективними без оцінки медико-соціальних особливостей формування захворюваності серед окремих груп і, зокрема, у вагітних.



- Нині спостерігають збільшення показника захворюваності на ТБ легень серед жінок репродуктивного віку, у т. ч., вагітних. Більше ніж 650 млн жінок у світі інфіковані МБТ, і у 3,1 млн із них щороку розвивається ТБ.
- У країнах з низьким економічним розвитком ТБ посідає 3 місце серед причин захворюваності та смертності жінок репродуктивного віку.
- Щороку понад 1 млн жінок помирає від цього захворювання. Згідно з результатами спеціальних досліджень, ТБ у жінок призводить до значних соціальних і економічних втрат, має виражений негативний вплив на працездатність жінки, завдає великої економічної шкоди державі.
- Поєднання захворювання з вагітністю зумовлює низку проблем. З одного боку, це вплив вагітності, пологів і післяпологового періоду, лактації на розвиток і перебіг ТБ, а з іншого — вплив захворювання на перебіг вагітності і пологів, здоров'я новонароджених і породіль.
- Погляди науковців щодо питання взаємовідношення ТБ і вагітності часто були взаємно протилежними. Якщо одні дослідники вважали, що вагітність негативно впливає на перебіг туберкульозного процесу, мотивуючи це частим виявленням гострих, ускладнених, нерідко генералізованих форм туберкульозу, то інші — дотримувалися думки, що вагітність у жодному разі не впливає на стан специфічного процесу в легенях. І, нарешті, треті стверджували, що вагітність — це чинник, який у деяких випадках сприяєвилікуванню від ТБ легень, оскільки гормональне тло у вагітної має анаболічну спрямованість, а високе стояння діафрагми ніби повторює лікувальну дію пневмоперитонеуму.
- **Сформувався більш диференційований підхід до оцінки можливого впливу вагітності на перебіг ТБ. Найвищий ризик його виникнення або загострення спостерігають на початку вагітності (на 2-му місяці), у середині (на 5-му місяці), в останні тижні перед пологами і перші 6 міс. після них.**
- Не зважаючи на суперечливість даних, більшість дослідників зазначає **переважно негативний взаємний вплив ТБ і вагітності**, особливо в разі активних, за давнених його форм. При згасаючих, неактивних процесів активацію і реактивацію захворювання спостерігають рідко.

ТУБЕРКУЛЬОЗ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ У ЖІНОК (ТБССЖ)

Серед позалегенових локалізацій на **ТБССЖ** припадає 20 %. Вік, що уражується: жінки до 30 років - більше 2/3; дівчатка-підлітки в період настання статевої зрілості; дівчата на початку статевого життя.

Зустрічається ця патологія значно частіше, ніж діагностується.

Поширення МБТ з первинного вогнища в інші органи та системи організму зазвичай відбувається у дитячому чи підлітковому віці. У тому випадку, якщо уражена очерешина, мікроорганізми можуть досягти фалопієвих труб з током лімфи, гематогенним або контактним шляхом. При генітальному ТБ практично в усіх випадках виявляється ураження фалопієвих труб – у 100 %, матки – у 50 %, яєчників – у 20 %, шийки матки – у 4 %, піхви – у 3 %; приблизно у кожної третьої пацієнтки із цим діагнозом – ураження ендометрію. Характерно двостороннє ураження труб та яєчників.

КЛАСИФІКАЦІЯ.

○ За характером патофізіологічного процесу:

- Продуктивна форма (найчастіше в цьому випадку виявляється сальпінгіт (патологічний процес у маткових трубах, на яких виявляються люпоїдні горбки)).
- Екссудативно-продуктивна форма (у пацієнток із цією формою захворювання виявляється аденекстумор – єдине тубооваріальне утворення, що розвивається внаслідок гнійного процесу у матковій трубі та яєчнику). Також може бути діагностовано ендометрит.
- Казеозна форма з інкапсуляцією.
- Казеозна форма без інкапсуляції (найважча форма генітального туберкульозу).

○ За рівнем активності інфекції:

- активний генітальний туберкульоз;
- затихаючий;
- неактивний.

○ Залежно від того, який відділ сечостатевого тракту виявився ураженим мікобактеріями, виділяють:

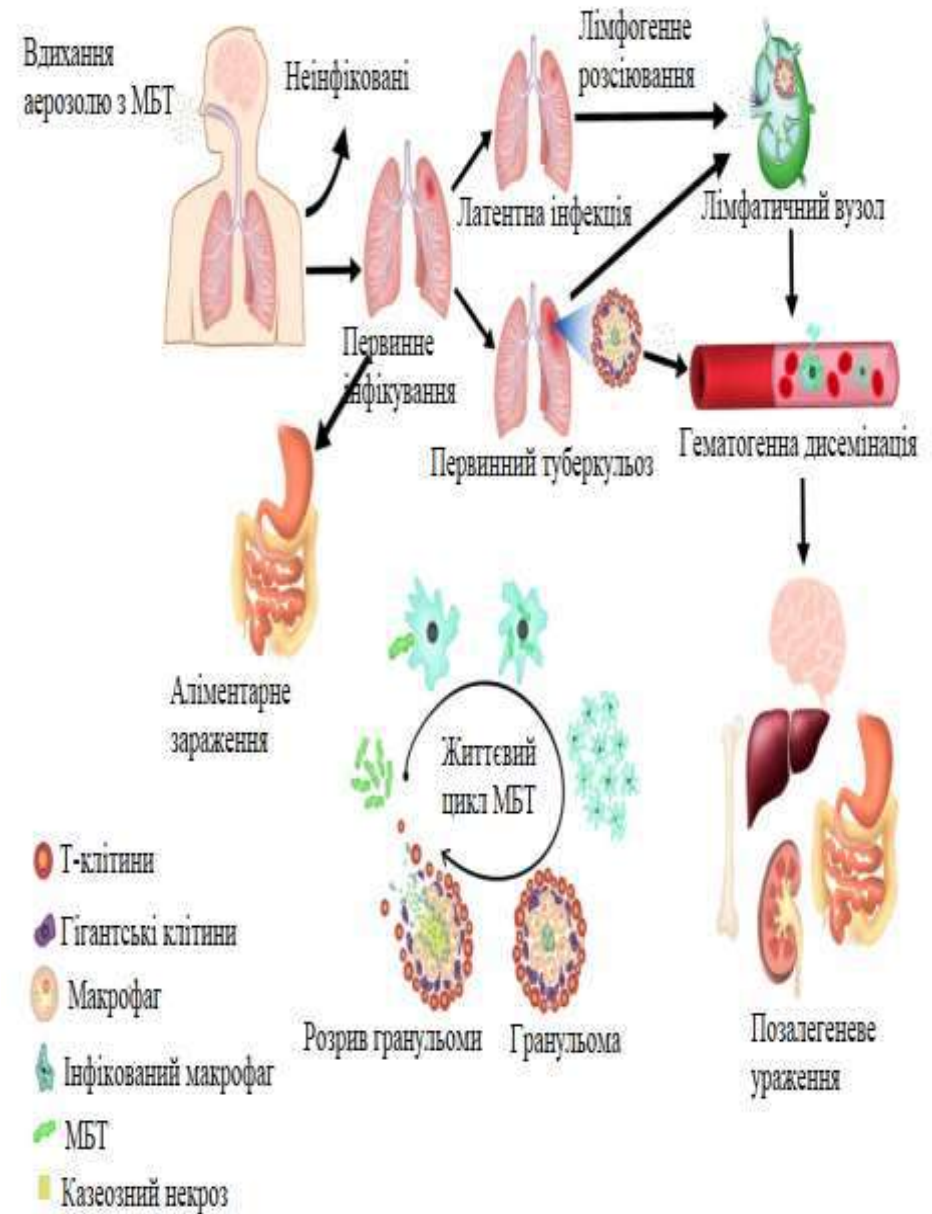
- туберкульозний аднексит,
- туберкульозний сальпінгіт,
- туберкульозний ендометрит,
- туберкульозний оофорит,
- туберкульозний цервіцит;

Можливі поєднані ураження.

Туберкулез жіночих статевих органів може бути обмеженим та поширеним. До обмежених процесів відносять ураження одного органу (головним чином, маткові труби); в разі поширеного процесу можливе ураження матки, шийки, вульви, піхви, залучення у процес брюшини та прилеглих органів з виникненням асцити.

Етіологія та патогенез.

- Незалежно від вхідних воріт, при зниженому імунному захисті людини, МБТ з первинного вогнища специфічного ураження з током лімфи можуть потрапляти у регіонарні лімфовузли, звідки лімфогематогенним шляхом поширюються по всьому організму. Виникає первинна (облігатна) мікобактеріємія. МБТ осідають в органах з найбільш розвиненим мікроциркуляторним руслом – у легенях, лімфатичних вузлах, кірковому шарі нирок, епіфізах та метафізах трубчастих кісток, **ампулярно-фібрилярних відділах маткових труб**, увеальному тракті ока та ін.
- Вторинний ТБ, до якого відносять і враження ССЖ, виникає на тлі зміненої реактивності організму внаслідок загострення затихлих вогнищ первинної інфекції (**ендогенна реінфекція**) або **екзогенної суперінфекції**, тобто повторного, додаткового зараження. Під час другої хвилі бактеріємії, МБТ, проходячи з кров'ю через судини ССЖ, проникають у паренхіму та осідають у периглобулярній ділянці, викликаючи приплив макрофагів. Тут відбувається фагоцитоз та формування класичних туберкульозних гранульом, що включають у центрі казеозний некроз із загиблих макрофагів та МБТ, оточених епітеліоїдними та плазматичними клітинами (зміненими макрофагами), гігантськими багатоядерними клітинами Пирогова-Лангханса, лімфоцитами та фібробластами.
- Подальший перебіг подій залежить від вірулентності МБТ, ступеня інфікованості та резистентності макроорганізму. За сприятливих обставин туберкульозний горбик проростає фіброзною тканиною; у протилежному випадку у його центрі формується казеозний некроз.
- Вторинний ТБ сечостатевих органів розвивається за 10-12 років після первинної форми.



Клініка. Як правило, перші клінічні ознаки захворювання з'являються у пацієнок у репродуктивному, рідше – у підлітковому віці або після настання менопаузи.

У багатьох випадках єдиною скаргою, з якою жінки звертаються до гінеколога-репродуктолога, є безпліддя. Тим не менш, можуть бути й інші симптоми, до яких належать:

- синдром туберкульозної інтоксикації (субфебрильна температура тіла, погіршення апетиту, втрата маси, пітливість у нічний час),
 - біль в нижній частині живота без чіткої локалізації (постійні, ниючі, «безпричинні»),
 - порушення менструальної функції (пізній початок, мізерні рідкісні menses (олігоменорея) або повне їх припинення (аменорея) у 55 % випадків, іноді - рясні), болючість менструацій (альгодисменорея), збільшення обсягу виділень (менорагія) та поява дисфункціональних кровотеч, не пов'язаних із менструацією (метрорагія),
 - безпліддя, частіше первинне, рідше вторинне,
 - відсутність ефекту від неспецифічної протизапальної терапії,
 - позаматкова вагітність в анамнезі нерідко,
 - гострий біль в животі.
- 

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ЗАЛЕЖНО ВІД ВАРІАНТУ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ТБССЖ.

- **Туберкульоз яєчників та фалопієвих труб** часто протікає безсимптомно. Деякі пацієнтки можуть відчувати гострий або хронічний біль у животі. Однак у переважній більшості випадків захворювання діагностується під час лікування безпліддя.
- **Туберкульоз матки:** симптоми часто неспецифічні. У пацієнток можуть спостерігатися нерегулярні менструальні виділення, дисменорея та виділення з піхви. Вони також можуть скаржитися на пухлиноподібні утворення в животі та біль у животі, не пов'язані з менструацією.
- **При туберкульозі вульви, піхви або шийки матки** візуально можуть діагностуватися вагінальні туберкульозні виразки. Тривале захворювання може також супроводжуватися норицями, зачіпаючи кілька органів.
- **Безпліддя** при генітальному туберкульозі як первинне, так і вторинне виникає у хворих на ТБССЖ у 40–80 % випадків з наступних причин:
 - ✓ Трубні фактори: одно- та двостороння непрохідність маткових труб, втрата функції маткових труб через пошкодження фібрил, перисальпінгіт, що викликає спайки та утворення тубооваріальних мас, а також одно- або двосторонній гідросальпінкс з обструкцією чи без неї, що впливають на запліднення та імплантацію.
 - ✓ Ендокринна дисфункція, хронічна ановуляція, антигонадотропний ефект МБТ навіть у циклі екстракорпорального запліднення, дефект внутрішнього овоцитарного фактору та знижена продукція прогестерону (дефект лютеїнової фази).
 - ✓ •Маткові (ендометріальні) фактори: ТБССЖ впливає на рецептивність ендометрію, що призводить до порушення його васкуляризації та утворення синехій.

ДІАГНОСТИКА.

До груп ризику на ТБ сечостатевої системи жінок відносяться пацієнтки, що:

- страждають на хронічні запальні захворювання статеві сфери при відсутності ефекту від неспецифічної терапії;
- мають виділення із сечовивідних і статевих органів;
- мають запальні процеси, які загострюються після фізіотерапії чи теплових процедур за 3 роки після неефективного лікування;
- скаржаться на безпліддя, ще не піддається неспецифічної терапії;
- мають стійкі порушення менструальної функції, що не піддаються гормональній терапії;
- мають позаматкову вагітність в анамнезі, викидні неясного генезу;
- мають спайковий процес в малому тазу неясної етіології;
- мають в анамнезі посилення на перенесений ТБ будь-якої локалізації (плеврит, лімфаденіт, часті пневмонії, контакт з людьми, хворими на туберкульоз, пізній термін настання менструації).

ПОДАЛЬШЕ ОБОВ'ЯЗКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ:

Єдиного діагностичного тесту на підтвердження діагнозу ТБССЖ немає.

- *В основі діагностики лежать висока міра настороженості, ретельний збір анамнезу, системне обстеження, ідентифікація *Mycobacterium tuberculosis* різними методами, включаючи молекулярно-генетичні, а також методи візуалізації.*
- Ознаки перенесеного ТБ органів дихання візуалізуються на рентгенограмах пацієнток із ТБССЖ у 10–75 % випадків.
- Туберкулінова проба із внутрішньошкірним введенням 2 ТО туберкуліну (проба Манту) позитивна у 42,6% пацієнток з геніальним ТБ. Установлено, що у жінок з лапароскопічно діагностованим ТБССЖ чутливість проби Манту становить 55 %, а специфічність – 80 %.

При ультразвуковому дослідженні (УЗД) спостерігається різноманітна картина, яка супроводжує ураження:

- **Фалопієві труби** – можуть виявитися розширеними, потовщеними, бути заповненими серозним відокремлюванням (гідросальпінкс) або казеозом (піосальпінкс).
- **Ендометрій** уражається у 60–90% випадків генітального ТБ, що виявляється у патологічному розмірі М-ехо, а збільшення матки може бути пов'язане із заповненням її казеозом. Ендометрій ехоскопічно неоднорідний, з гіперехогенними областями, зумовленими осередками кальцифікації або фіброзу, візуалізуються внутрішньоматкові спайки, порожнина матки деформована. Ендометрій може стоншуватися або товщати, можливі облітерація рогів, неоднорідне збільшення яєчників і спайки в області придатків. У ряді випадків УЗД-картина при ТБССЖ може виглядати і нормальною.
- Суттєво допомагає в діагностиці **лапароскопія**, оскільки дозволяє візуально оцінити стан яєчників, фалопієвих труб, очеревини, а також виконати біопсію підозрілих вогнищ. Лапароскопічно можуть визначатися горбки, набряк та звуження ампулярного відділу труб, бусинчастість маткових труб, перитрубі та периоваріальні спайки, тубооваріальні утворення, гідросальпінкс та ригідність труб.
- **Гістероскопія** дозволяє ендоскопічно оглянути порожнину матки. Гістероскопічна картина при ТБССЖ може виглядати нормально за відсутності ТБ ендометрію та на ранніх стадіях захворювання. Можуть візуалізуватись горбики, внутрішньоматкові синехії різного ступеня, аж до облітерації порожнини матки (**синдром Ашермана**).

Зміни матки при ТБ можуть мати неспецифічні ознаки, такі як утворення синехій, спотворення контуру матки, її облітерація, порожнинні, венозні та лімфатичні інтравазації. Існують і специфічні ознаки: «комірковий» абсцес, «Т-подібна» та «псевдооднорога» матка.

Хронічна туберкульозна інфекція може призвести до руйнування ендо- і міометрію, що викликає повну облітерацію порожнини матки – так званий **синдром Неттера**. На ГСГ у такій ситуації він виглядає як палець у рукавичці, що складається з цервікального каналу та невеликої частини матки.

ТБ шийки матки зустрічається рідко, оскільки багатошаровий епітелій ектоцервіксу природностійкий до проникнення бактерій, отже, ТБ шийки матки, в основному, є вторинним по відношенню до ТБ фалопієвих труб та ендометрію. Ураження шийки матки візуалізується при ГСГ як нерівномірність контурів («зубчастий» ектоцервікальний канал) та випинання псевдодивертикулів.

ТБ шийки матки найчастіше помилково інтерпритують як рак, через що є необхідною біопсія з патоморфологічним і молекулярно-генетичним дослідженням отриманих тканин.

- Важливим методом діагностики ТБССЖ є **гістеросальпінгографія** (ГСГ), яка дозволяє оцінити внутрішню структуру жіночих статевих шляхів та прохідність маткових труб.



На гістеросальпінгограмі у хворої на ТБ маткових труб виявлено правосторонній гідросальпінкс з оклюзією лівої маткової труби.

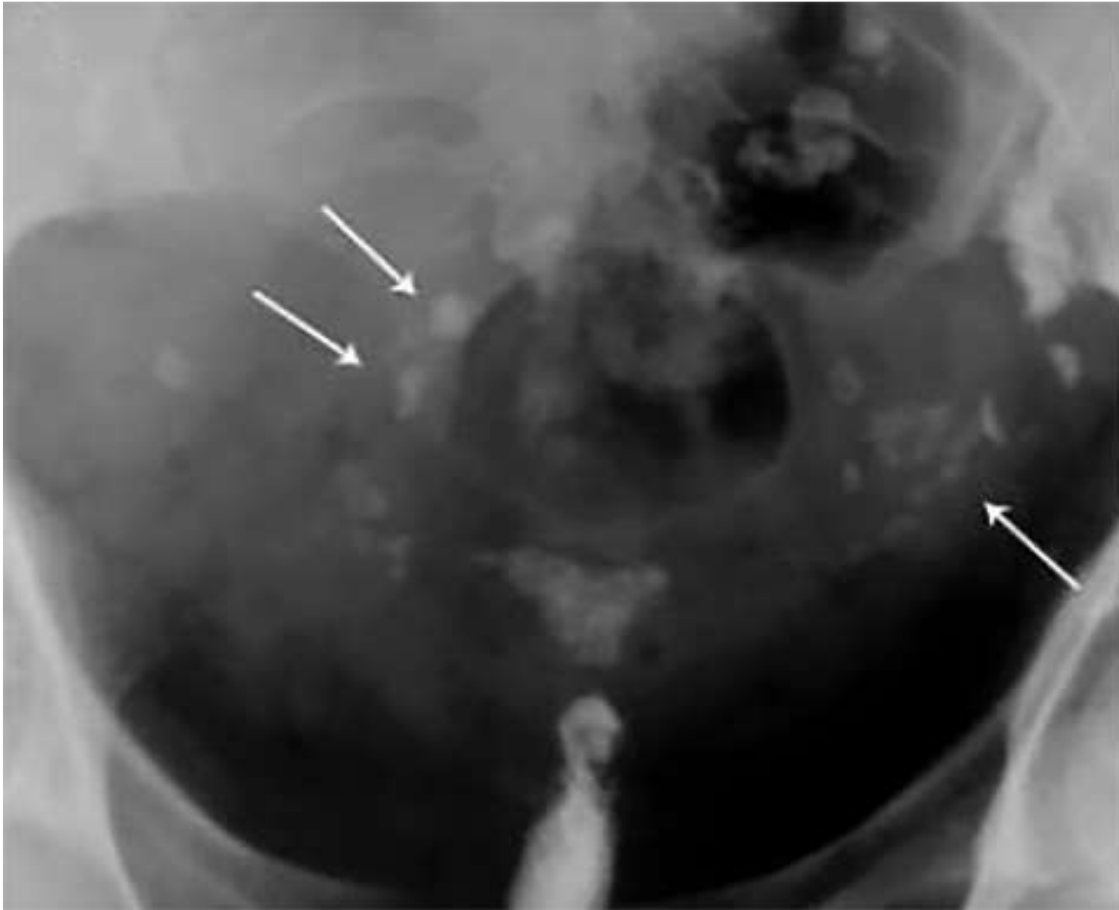
- Патологічні зміни, характерні для ТБССЖ, включають дилатацію маткових труб, їх оклюзію. Контур ураженої труби нерівний, реєструють картину гідросальпінксу з чіткою деформацією («нитка бус»), оклюзію маткових труб і спайки в перитубарній області, які можуть виявлятися у вигляді розливу контрасту, іноді – у вигляді штопора.



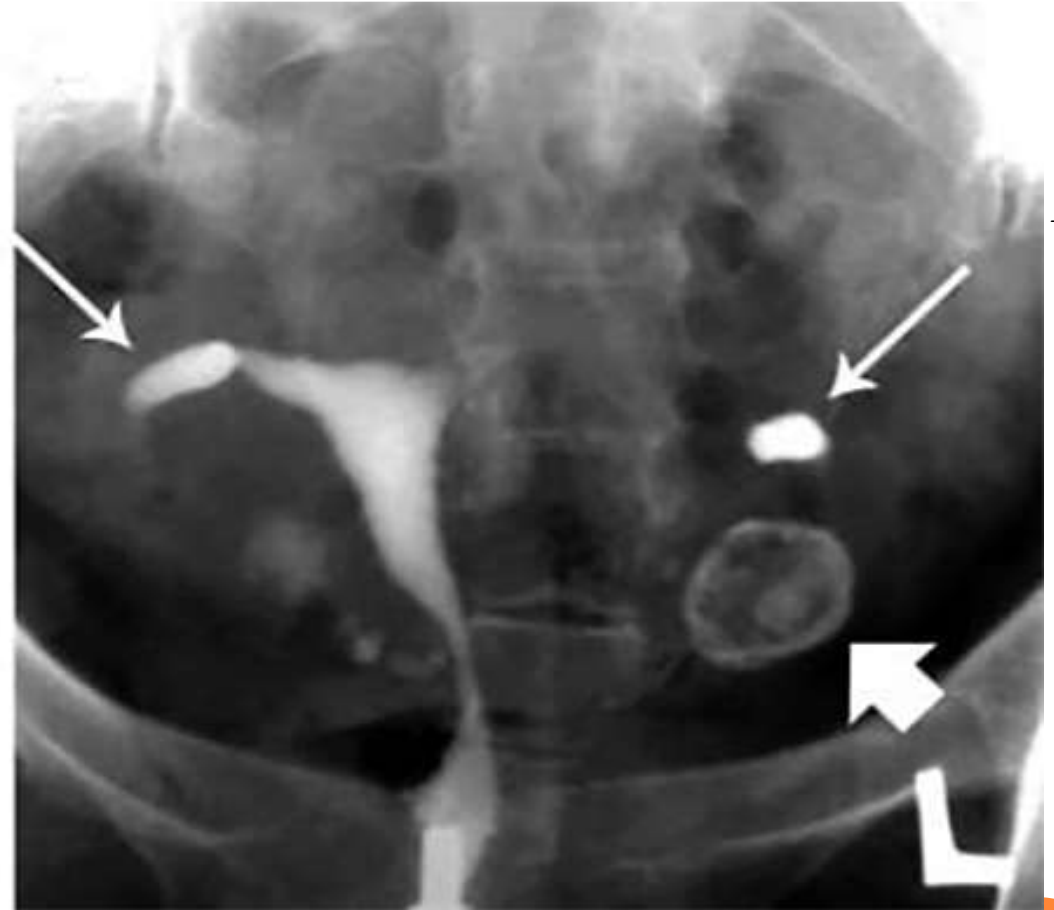
Туберкульоз сечостатевої системи. На оглядовій рентгенограмі черевної порожнини у жінки з туберкульозом нирок виявляються кальцинози різної форми (криволінійні, аморфні, крапчасті).

ТБ слід запідозрити за наявності синехій, трубної непрохідності в перехідній зоні між перешийком і ампулою, множинних звужень, запалення лімфатичних вузлів, нерівномірних, лінійних або вузликових заплнень в області придатків (мал. А., Б.).

А.

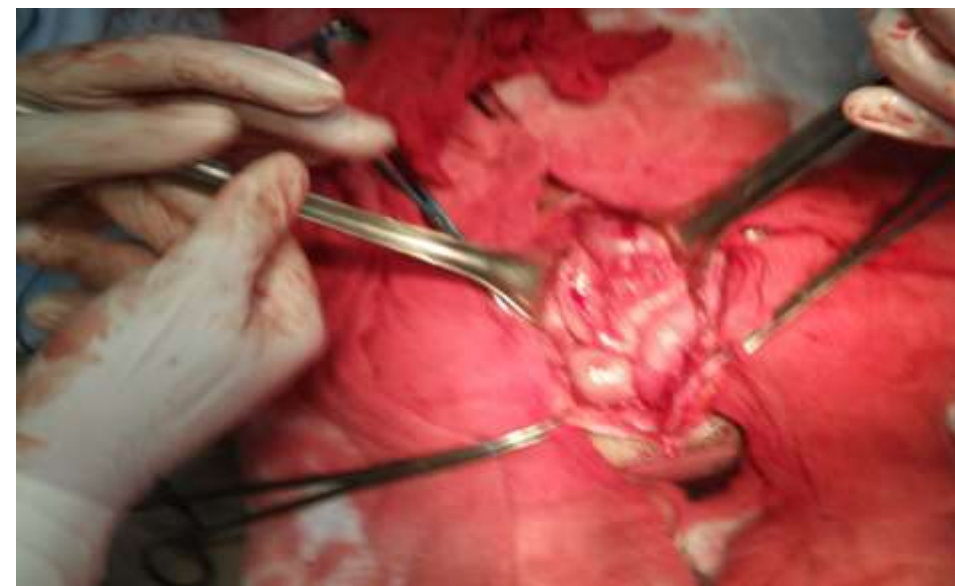


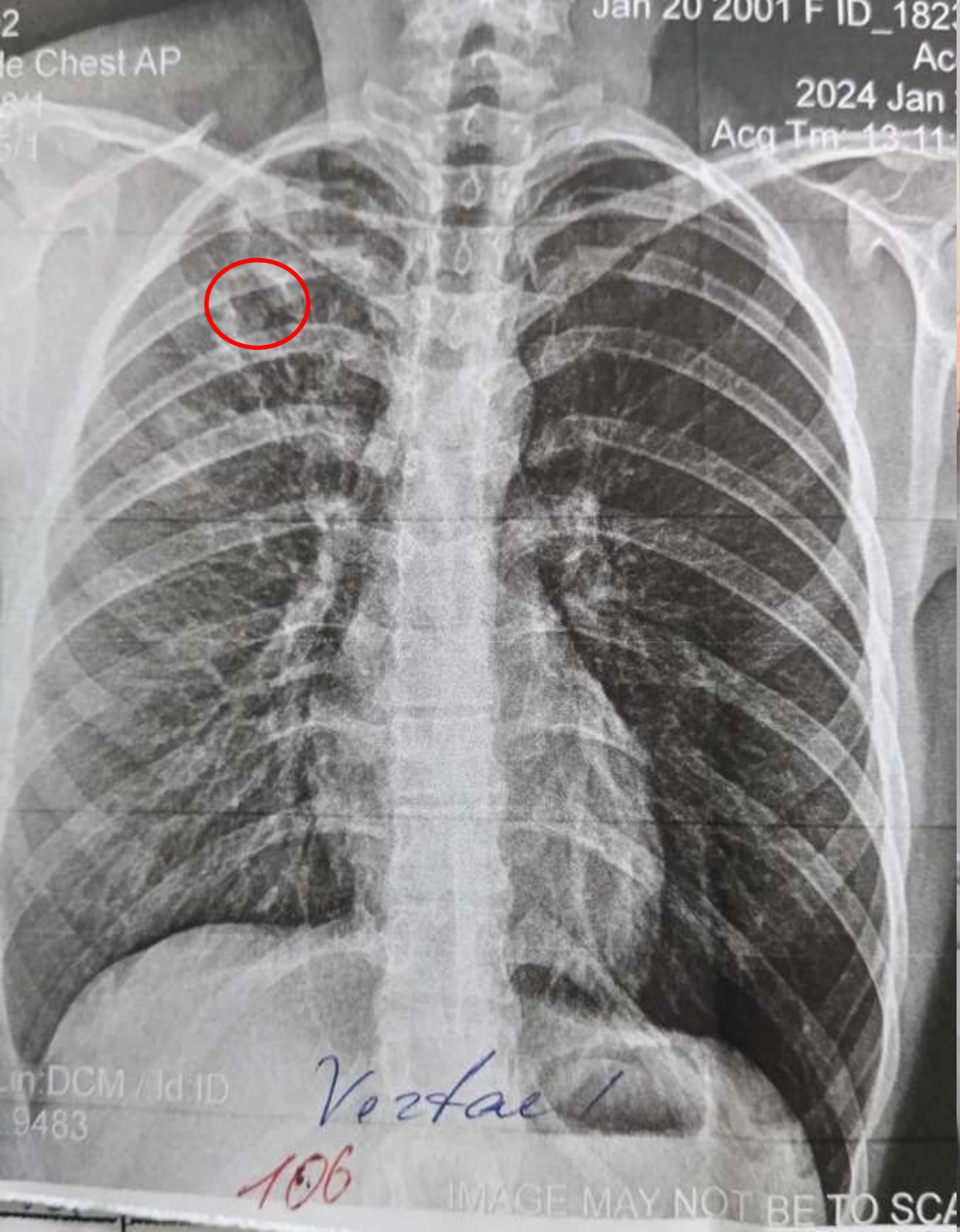
Б.



А. Множинні заплнені лімфатичні вузли у хворої на ТБССЖ. Лімфатичні вузли в області малої миски заплнені і по ходу фалопієвих труб. Нерівномірний контур матки, її ємність знижена.

Б. Зліва видно велику тінь кальцинованого яєчника. Гідросалпінкс дистальної частини обох труб.





Висновки

- Туберкульоз – одна із найгостріших проблем сучасної світової спільноти і сьогодні визнаний ВООЗ захворюванням, котре вимагає розробки і впровадження активних і невідкладних дій по попередженню його поширення. Захворюваність на ТБ визначає рівень соціально-економічної напруги у суспільстві незалежно від соціального складу груп населення. За даними ВООЗ ТБ є третьою причиною по частоті смертності жінок у всьому світі.
- Аналіз вітчизняних джерел літератури показав, що максимум захворюваності на ТБ у жінок припадає на репродуктивний вік (18-44 роки). У віковому діапазоні 25-44 зберігається тенденція до приросту захворюваності на ТБ на 1,2 %. Отже, зменшення захворюваності у жінок на ТБ легень відбувається за рахунок зменшення цього показника у віковому діапазоні від 18 до 24 років.
- Цілий ряд досліджень засвідчують, що високий рівень захворюваності на ТБ у жінок репродуктивного віку в регіонах з несприятливим соціально-екологічним середовищем проживання характеризується переважанням деструктивних і поширених клінічних форм, питома вага яких сягає 80 %, особливо за рахунок сімейно-родинних вогнищ інфекції.
- Серед жінок, що захворіли на ТБ, переважають соціально адаптовані з достатньо високим освітнім рівнем (середню і середньо-спеціальну освіту мали більшість жінок).
- Безсимптомно ТБ перебігав у кожній третій жінки, бациловиділення визначалося у половини захворілих; у 66 зі 100 жінок констатована деструкція легеневої тканини. Прогностично з 2019 р. можливим є зростання захворюваності серед даної категорії населення.
- Частіше з'являються повідомлення про випадки ХРТБ у вагітних жінок, що значно утруднює лікування у зв'язку з ембріотоксичністю багатьох хіміопрепаратів. Описують випадки вродженого ТБ, генералізованого ТБ у вагітних жінок після запліднення in vitro і пересадки ембріону.
- Туберкульоз, який розвинувся під час вагітності, часто перебігає малосимптомно, тому у сучасній епідеміологічній ситуації необхідно зберегти профілактичне рентгенологічне обстеження в пологовому будинку. Після пологів ТБ частіше розвивається з вираженими клінічними симптомами і має схильність до формування деструкцій.



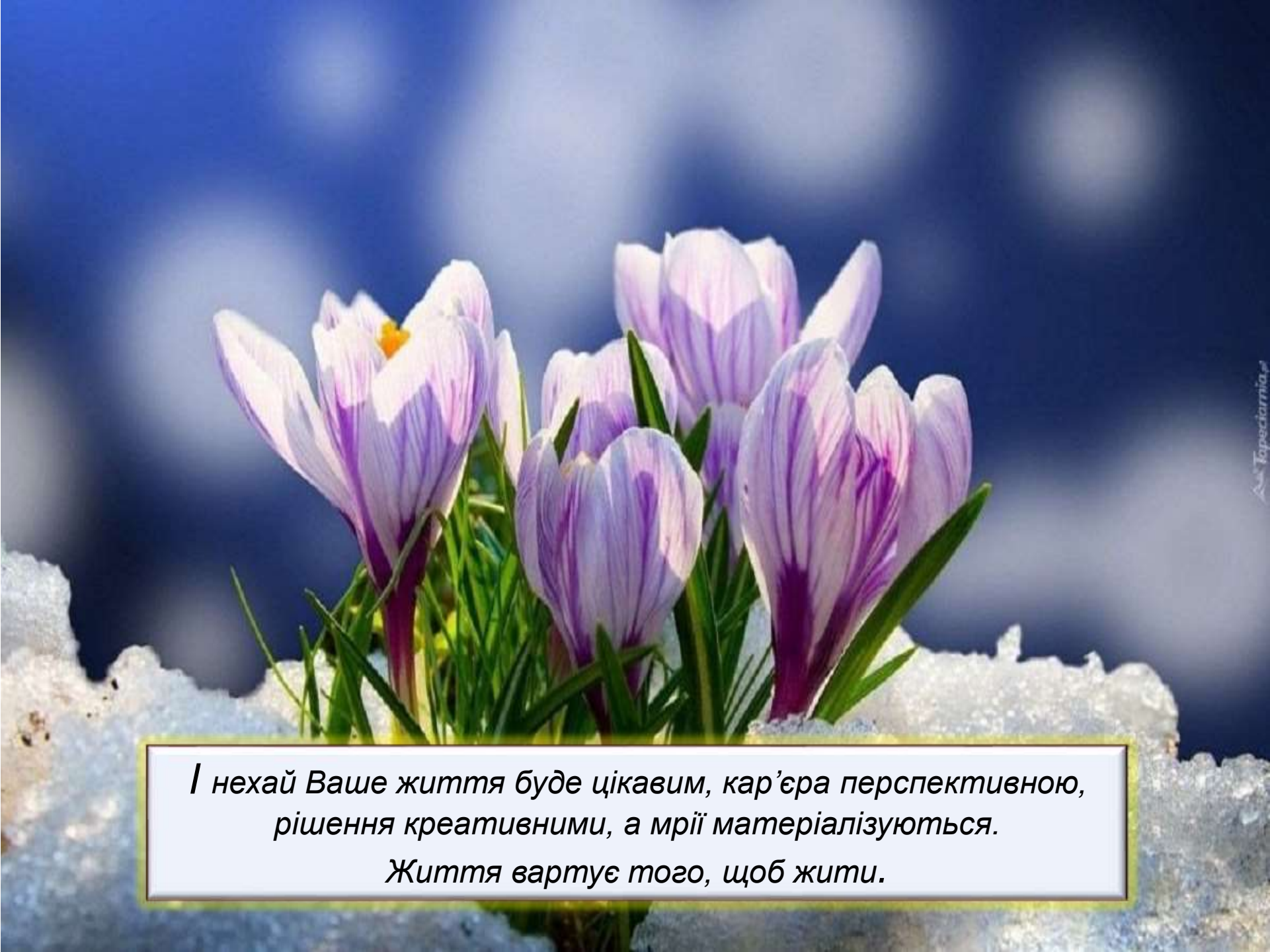
Контакти: E-mail:

pulmonology@bsmu.edu.ua

Сайт: www.bsmu.edu.ua

Дякую за увагу!





*І нехай Ваше життя буде цікавим, кар'єра перспективною,
рішення креативними, а мрії матеріалізуються.*

Життя вартує того, щоб жити.

