

ФГБОУ ВО «КрасГМУ им.проф. В.Ф. Войно- Ясенецкого» МЗ РФ

Кафедра туберкулеза с курсом ПО

Реферат

по теме: «Туберкулез и материнство»

Выполнил:

ординатор первого года обучения

специальности фтизиатрия

Лешенков Александр Юрьевич

Проверил:

кмн Омельчук Данил Евгеньевич

Красноярск 2019

Содержание

1. Введение
2. Диагностика туберкулеза у женщин во время беременности и послеродовом периоде
3. Показания к прерыванию беременности и ее пролонгированию
4. Наблюдение новорожденного у женщин с туберкулезом различных локализаций
5. Лечение туберкулеза во время беременности и послеродовом периоде
6. Врожденный туберкулез
7. Список литературы

1. Введение

Вопрос взаимосвязи туберкулеза и беременности всегда привлекал к себе внимание врачей-фтизиатров и акушеров-гинекологов. Однако особую актуальность данный вопрос приобрел в два последних десятилетия в связи с ухудшением эпидемиологической ситуации по туберкулезу, одним из проявлений которого явился рост заболеваемости у женщин.

Заболеваемость туберкулезом беременных и родильниц в 1,5-2 раза выше общей заболеваемости женщин. Общеизвестно, что здоровье женщин определяет здоровье нации, а больные туберкулезом женщины являются более серьезным источником распространения инфекции из-за их более тесного контакта с детьми.

В этой связи изучение своевременной диагностики и лечения туберкулеза у беременных женщин, а также тактики сохранения или прерывания беременности является чрезвычайно актуальным, поскольку последствия такого тяжелого заболевания отрицательно влияют не только на здоровье самой женщины, но на здоровье будущего ребенка.

До середины 40-х годов XX столетия, то есть до времени открытия первых противотуберкулезных препаратов, существовал крайне пессимистический взгляд на проблему материнства больных туберкулезом: «Девушка, больная туберкулезом не должна выходить замуж, замужняя не должна беременеть, беременная не должна рожать, а родившая не должна кормить грудью». Несмотря на то, что сегодня ситуация более оптимистична, проблема взаимосвязи туберкулеза и беременности остается одной из актуальных как во фтизиатрии, так и в гинекологии.

Сочетание туберкулеза любой локализации 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 ново- рожденного и родильницы.

Большинство исследователей отмечают неблагоприятное влияние беременности на развитие и обострение туберкулезного процесса у женщин.

2.Диагностика туберкулеза у женщин во время беременности и послеродовом периоде

Диагноз туберкулеза устанавливает врач – фтизиатр, консультацию которого необходимо проводить в следующих случаях:

- При подозрении на активный туберкулез (наличии симптомов интоксикации, обнаружении соответствующих рентгено – томографических признаков, выявлении МБТ, ДНК МБТ в биологических жидкостях)
- При наличии контакта (семейного, производственного) с больными активным туберкулезом органов дыхания и внелегочных локализаций
- У ВИЧ – инфицированных
- При клинически излеченных формах туберкулеза органов дыхания и внелегочных локализаций, независимо от срока давности перенесенного процесса (поскольку Беременность может способствовать реактивации специфического процесса).

Клинические проявления в I триместре беременности имеют выраженный характер:

Симптомокомплекс интоксикации - общая слабость, быстрая утомляемость, раздражительность, частая смена настроения, потливость, потеря аппетита, головные боли, длительное повышение температуры до субфебрильных цифр, чаще в вечернее время, кашель с мокротой или без нее, кровохарканье, боль в грудной клетке, одышка.

Клинические проявления туберкулеза органов дыхания во II и III триместрах беременности могут иметь «стертый», не выраженный характер →

Диспропорция между удовлетворительным общим состоянием и большими экссудативно – пневмоническими изменениями в легких

В период гестации беременные пребывают в состоянии физиологической иммуносупрессии → развиваются тяжелые деструктивные формы (инфильтративная распадом, кавернозная, казеозная пневмония, диссеминированная) с прогрессирующим течением.

Во II и III триместрах беременности настораживает отсутствие нарастания или даже снижение массы тела. Женщины с частыми повторными беременностями и родами → возникает значительный, порой восполнимый дефицит железа. У женщин с туберкулезом легких при наличии инфильтрации и деструкции легочной ткани – высокая частота прогрессирующей средней и тяжелой степени.

Клинический анализ крови:

↑ абсолютного числа лейкоцитов (до 10 000-16 000),

↑ количества молодых форм нейтрофилов,

↓ цветного показателя (до 0,9).

Во второй половине беременности часто - гипохромная анемия.

Состояние резко ухудшается после родов вследствие дополнительной физической нагрузки, кровопотери, изменения иммунного и гормонального состояния, резкого опускания диафрагмы и возникновения синдрома «абдоминальной» декомпрессии

→ развивается острая гематогенная диссеминация туберкулезного процесса и аспирация казеозных масс - в здоровые участки легких, с развитием бронхогенного обсеменения.

Ограничения в диагностике туберкулеза у женщин во время беременности

Рентгенологическое исследование во время беременности - по показаниям, после окончания эмбрионального периода (10 недель акушерского срока), когда заканчивается морфогенез и органогенез. В послеродовом рентгено – томографическое исследование органов грудной клетки проводится в течение 1-2 суток после родов.

Туберкулинодиагностику с использованием внутрикожной пробы Манту с 2ТЕ РPD-L проводят независимо от срока беременности. Оценку размеров пробы производят обращением внимания на впервые положительную пробу Манту («вираж»), выраженную папулу (15-16мм), гиперергическую реакцию (21мм и более), а также везикуло – некротическую реакцию, независимо от инфильтрата, с лимфангоитом или без него.

Обязательно обследование членов семьи беременной на туберкулез (Приказ МЗ РФ от 21 марта 2017 года №124н)

Исследование материала на МБТ методом микроскопии и бактериологического посева - стандартно в течение 3-х последовательных дней, трехкратно.

Исследование материала от больной (мокроты, промывных вод бронхов, венозной крови) на наличие ДНК МБТ - не менее 3-х раз за беременность; не менее 2-х раз после родов. Исследование пуповинной крови на наличие ДНК МБТ и установления риска Вертикального инфицирования проводят во время родов однократно.

3. Показания к прерыванию беременности и ее пролонгированию при различных формах туберкулеза

Вопрос о сохранении или прерывании беременности решают совместно врач фтизиатр и акушер-гинеколог. Необходимо учитывать:

- желание женщины иметь детей
- полноценность беременности
- срок беременности
- акушерский анамнез (наличие живых, здоровых детей)
- активность, характер, клиническую форму туберкулезного процесса
- перспективы лечения, результаты проводимой терапии, переносимость антибактериальных препаратов.

Пролонгирование беременности

Пролонгирование беременности допустимо в следующих случаях:

- Клинически излеченный туберкулез с формированием больших или малых остаточных изменений или без них
- Малые формы активного туберкулеза деструктивных изменений и бактериовыделения
(очаговый туберкулез, инфильтративный туберкулез без распада)
- Туберкулезный плеврит
- Состояние после оперативного вмешательства по поводу туберкулеза легких со стойкой компенсацией отсутствием рецидивов в течение 2-х лет.
- Ограниченный и не осложненный туберкулез внелегочных локализаций.

Показания к прерыванию беременности

Абсолютные показания к прерыванию беременности:

- Фиброзно-кавернозный, кавернозный,

Диссеминированный туберкулез (прогрессирующее течение)

- Легочно–сердечная недостаточность у больных туберкулезом органов дыхания
- Сочетание туберкулеза органов дыхания с протекающей экстрагенитальной патологией (декомпенсированной бронхиальной астмой, сахарным диабетом, ХПН, сердечно – сосудистой патологией)
- Состояние после перенесенных хирургических вмешательств по поводу туберкулеза

Легких декомпенсацией и сроком не менее 6-ти месяцев после перенесенных операций.

Относительные показания к прерыванию беременности:

- Туберкулезный менингит
- Милиарный туберкулез
- Лекарственно – устойчивые формы туберкулеза
- Казеозная пневмония
- В случае согласия женщины на проведение искусственного прерывания беременности,

Врачебная комиссия п/туберкулезного учреждения выносит соответствующее заключение.

- Данная операция проводится - до 12 нед. беременности в гинекологических отделениях акушерских стационаров, до 20 нед.беременности – в наблюдательных отделениях родильных домов → п/эпидемические мероприятия, размещение в боксированные или отдельные палаты.

4. Наблюдение новорожденного у женщин с туберкулезом различных локализаций

Все новорожденные от матерей, больных туберкулезом, должны быть вакцинированы БЦЖ или БЦЖ-М. Сроки вакцинации детей, родившихся от

матерей, больных ТОД, устанавливаются врачом – неонатологом совместно с фтизиатром,
в зависимости от состояния новорожденного.

Здоровым новорожденным первичную вакцинацию осуществляют на 3-7 день жизни. Вакцину БЦЖ применяют внутрикожно в дозе 0,05мг в 0,1мл растворителя.

При наличии активного туберкулезного процесса, особенно с бактериовыделением,
после первичной обработки (через 10-15 минут после рождения) необходима изоляция новорожденного сроком на 6-8 недель в случае проведения БЦЖ – вакцинации.

Дети, не вакцинированные в период новорожденности, получают вакцину БЦЖ-М. Детям в возрасте 2 месяцев и старше предварительно проводят пробу Манту с 2ТЕ PPD-L
и вакцинируют только туберкулин – отрицательных.

Родильный дом информирует родителей о том, что через 4-6 недель после внутрикожной вакцинации у ребенка должна развиваться местная прививочная реакция, при
появлении которой необходимо показать ребенка участковому педиатру.
Место реакции
категорически запрещается обрабатывать любыми растворами смазывать мазями.

Детям, родившимся вне родильного дома, новорожденным, которым по каким – либо причинам не была сделана прививка, вакцинацию проводят в детской поликлинике (детском отделении больницы, фельдшерско – акушерском пункте). Наблюдение за вакцинированными проводят врачи и медицинские сестры общей лечебной сети.

Если туберкулез у матери был выявлен после вакцинации БЦЖ (БЦЖ-М), ребенка изолируют на срок не менее 2-х месяцев, проводят курс химиопрофилактического лечения

одним или двумя противотуберкулезными препаратами, с учетом формы туберкулезного процесса и чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам, независимо от сроков введения вакцины.

5.Лечение туберкулеза во время беременности и послеродовом периоде

Основные вопросы терапии туберкулеза во время беременности и послеродовом периоде:

- показания к амбулаторному и стационарному лечению
- выбор профиля лечебного учреждения
- риск эмбриотоксического действия препаратов
- профилактика развития побочных реакций.

Выбор режима химиотерапии и лечения в условиях поликлиники или стационара решается врачебной комиссией противотуберкулезного учреждения, где пациентка состоит диспансерном учете.

Необходимо учитывать срок беременности, наличие акушерских осложнений, клиническую форму, степень активности и фазу туберкулезного процесса.

При не осложненном течении беременности, отсутствии акушерских осложнений, пациенткам с туберкулезом ограниченных локализаций, возможно проводить лечение в амбулаторно – поликлинических условиях специализированного учреждения до 35-36 недель беременности включительно.

При наличии показаний к прерыванию беременности пациентка госпитализируется в стационар акушерско – гинекологического профиля, где проводится хирургическое

прерывание беременности, с последующим наблюдением и лечением в условиях противотуберкулезного учреждения.

При возникновении акушерских осложнений в I триместре беременности и наличии показаний к пролонгированию беременности пациентка госпитализируется специализированное гинекологическое отделение многопрофильной больницы, где должны быть соблюдены меры эпидемиологической безопасности, осуществлено одновременное наблюдение и лечение врачами акушерами – гинекологами и фтизиатрами.

При возникновении акушерских осложнений во II и III триместрах беременности и наличии показаний к пролонгированию беременности госпитализируется в наблюдательное отделение родильного дома, где проводится одновременное лечение врачами акушерами – гинекологами и фтизиатрами.

При наличии показаний к госпитализации в п/туберкулезный стационар и не осложненном течении беременности пациентка госпитализируется в терапевтическое (хирургическое) отделение противотуберкулезного учреждения, где проводится одновременное наблюдение и лечение врачами фтизиатрами (фтизиохирургами) акушерами – гинекологами.

При сроке беременности свыше 35-36 недель (с наличием акушерских осложнений или без таковых) пациентке с туберкулезом показана родовая госпитализация специализированный родильный дом или наблюдательное отделение родильного дома, где проводится одновременное наблюдение и лечение врачами акушерами – гинекологами и фтизиатрами.

В послеродовом периоде, при наличии ограниченных локализаций, возможно проводить лечение в амбулаторно – поликлинических специализированного учреждения изоляцией матери от новорожденного.

В послеродовом периоде при наличии распространенных, деструктивных форм туберкулеза, с бактериовыделением или без него, на 5-7 сутки после родов родильницу необходимо госпитализировать специализированный стационар с целью изоляции от новорожденного и проведения противотуберкулезной терапии.

6. Врожденный туберкулез

Встречается редко. Заражение плода на ранних сроках беременности приводит к самопроизвольным абортam и мертворождениям. При сохранении беременности дети рождаются недоношенными с признаками внутриутробной гипотрофии и сниженной массой тела. В первые дни после рождения ребенок может казаться здоровым. На второй неделе появляются вялость, сонливость, диспепсические расстройства, нарастают симптомы интоксикации, выявляются гепатолиенальный синдром, увеличение периферических лимфатических узлов, признаки дыхательной недостаточности (одышка, цианоз), в легких появляются аускультативные катаральные изменения, перкуторные изменения, могут быть желтуха, геморрагический синдром. Возможно также острое начало заболевания с рождения (в случае милиарной диссеминации) с прогрессирующим ухудшением общего состояния, присоединением неврологической симптоматики.

Диагностические критерии:

- наличие туберкулеза у матери;
- результаты тщательно собранного анамнеза (ранее отмечавшиеся у матери жалобы на слабость, субфебрилитет, перенесение во время беременности затяжных бронхитов, ОРВИ, наличие в прошлом бесплодия,

самопроизвольных аборт, воспалительных заболеваний половых органов, пиелонефрита).

При отсутствии данных о туберкулезе у матери дифференциальная диагностика затруднена. Клиническая картина сходна со многими заболеваниями (внутриутробная инфекция, генерализованная микоплазменная инфекция, пневмоцистоз, врожденный сифилис, сепсис, пневмонии, ВИЧ- инфекция).

При подозрении на врожденный туберкулез необходимо рентгенологическое обследование не только ребенка, но и матери.

7. Список литературы

Аксенова В.А. Туберкулез у детей и подростков.- М.: «ГЭОТАР- МЕДИА», 2016г.- 230с.

Перельман М.И. Национальное руководство по фтизиатрии.- М.: «ГЭОТАР- МЕДИА», 2017г.- 613с.

Приказ МЗ РФ от 29 декабря 2014 года № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания»

Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза у беременных- Москва 2014г.

Приказ МЗ РФ от 13 марта 2019 г. № 124н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»