

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра «Перинатологии акушерства и
гинекологии лечебного факультета»
Зав. кафедрой: д.м.н. проф. Цхай В.Б.

В.Б. Цхай
[подпись]

РЕФЕРАТ:

Туберкулёз и беременность

Выполнила:
Клинический ординатор
кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии
Гарфутдинова Ю.О.
Проверил:
Ассистент Коновалов В.Н.

Красноярск 2019

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета
(наименование кафедры)

Рецензия _____
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора _____ года обучения

по специальности акушерства и гинекологии

Гарринукина Юлия Олеговна
(ФИО ординатора)

Тема реферата "Туберкулез и беременность"

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	5/000

Дата: « _____ » _____ 20 _____ год

Подпись рецензента

[Подпись]
(подпись)

Подпись ординатора

[Подпись]
(подпись)

Иванов В.В.
(ФИО рецензента)

Гарринукина Ю.О.
(ФИО ординатора)

План

1. Эпидемиология
2. Влияние беременности на туберкулез
3. Клинические особенности туберкулеза у беременных
4. Диагностика туберкулеза у беременных
5. Показаниями для продолжения беременности
6. Показания для прерывания беременности
7. Выбор и назначение основных противотуберкулезных препаратов
8. Ведение родов у больных туберкулезом
9. Кормление грудью
10. Организационные вопросы
11. Литература

новорожденных от матерей с активным туберкулезом любой локализации при бацилловыделении после первичной обработки (через 10—15 мин после рождения) сроком на 7—8 нед. Все новорожденные от матерей, больных туберкулезом, должны быть вакцинированы БЦЖ или БЦЖ-М в зависимости от состояния новорожденного. Родильница с активным туберкулезом должна быть переведена для лечения в туберкулезный стационар.

Кормление грудью.

Не разрешается кормление грудью при:

- выделениях микобактерий туберкулеза;
- активном туберкулезе, выявленном в конце беременности или в послеродовом периоде;
- больном с обострением или рецидивом туберкулеза во время беременности.

Организационные вопросы:

Обо всех беременных, больных туберкулезом, а также наличии контакта беременных с больными туберкулезом противотуберкулезные диспансеры должны сообщать в районные женские консультации, а при выявлении туберкулезного процесса у беременной в женской консультации о них должны сообщать в противотуберкулезный диспансер.

Обязательны преемственность и тесный контакт в работе женской консультации и противотуберкулезных диспансеров при лечении и диспансерном наблюдении за беременными. Беременные с туберкулезным процессом любой локализации должны быть освобождены в самом начале беременности от физической работы, ночных смен и сверхурочных работ.

Литература

- 1) Фтизиатрия: национальное руководство / Под ред. М.И. Перельмана. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 512с.
- 2) Шилова М.В. Эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в Российской Федерации к началу 2009 г. // Туберкулез и болезни легких. - 2010. - №5. - С.14-21.
- 3) ТУБЕРКУЛЕЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ Н.М. Корецкая Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор - д.м.н., проф. И.П. Артюхов; кафедра туберкулеза с курсом ПО, зав. - д.м.н., проф. Н.М. Корецкая

любом сроке беременности и в сочетании с пиридоксином он хорошо переносится больными.

Феназид - препарат группы ГИНК, содержит хелатный комплекс железа и может быть рекомендован для лечения беременных женщин, больных туберкулезом, имеющих повышенный риск токсических реакций на изониазид, а также в послеродовом периоде [1]. Кроме этого феназид позволяет предотвратить развитие анемии.

Рифампицин в дозе 8-10 мг/кг может быть назначен со II триместра беременности и его назначение требует дополнительного применения гепатозащитных препаратов и ежемесячного контроля трансаминаз.

Со II триместра беременности возможно применение этамбутола (20 мг/кг) и пипразинамида (20-25 мг/кг).

Противопоказано при беременности назначение фторхинолонов, а такие препараты как протионамид, этионамид, ПАСК в исключительных случаях могут назначаться только во второй половине беременности [2].

Таким образом, тесное сотрудничество противотуберкулезного диспансера и женской консультации имеет очень важное значение в деле профилактики обострений неактивных форм и ранней диагностики свежих форм туберкулеза легких у беременных и родильниц, а своевременное выявление и лечение туберкулеза во время беременности и после родов позволяет добиться выздоровления женщины и рождения здорового ребенка.

Ведение родов у больных туберкулезом

При тяжелых формах туберкулеза с наличием легочно-сердечной недостаточности в первом периоде родов вопрос решается в пользу кесарева сечения. При несвоевременном отхождении вод или слабости родовой деятельности необходима своевременная стимуляция родов. Во втором периоде родов у больных с кавернозной формой туберкулеза легких, со свежим инфильтративным и диссеминированным процессом или при наличии легочно-сердечной недостаточности рекомендуется выключение второго периода родов. Это же необходимо при родоразрешении больных с искусственным пневмотораксом, при лечении лекарственно-устойчивого туберкулеза, а также при наличии межплевральных спаек с целью предупреждения возможности их разрыва при потугах. В третьем периоде родов - профилактика кровотечения.

Дети от матерей с тяжелым туберкулезным процессом рождаются как правило с малой массой тела, ослабленными. В связи с туберкулезной интоксикацией возможна антенатальная смерть плода или рождение ослабленных детей, которые при неблагоприятных условиях могут заболеть туберкулезом. Кроме того, антенатальная смерть плода возможна при активном туберкулезе в связи с переходом микобактерий туберкулеза от матери через планцету. Микобактерии попадают в отпадающую оболочку, затем в межворсисные пространства и проникают в строум ворсин и в сосудистую сеть плода. Инфицирование ребенка возможно и при контакте с большой матерью в послеродовом периоде. Необходима изоляция

3) имеющих тяжелую сопутствующую патологию: сахарный диабет, ХОБЛ, хронические воспалительные урологические неспецифические заболевания, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;

4) длительно принимающих кортикостероидные препараты, цитостатики, иммунодепрессанты;

5) ВИЧ-инфицированных и с вторичным иммунодефицитом.

Характер туберкулезного процесса у беременных женщин может быть представлен всеми возможными формами и фазами легочного и внелегочного туберкулеза как первичного, так и вторичного генеза, причем первичные формы туберкулеза с выраженным казеозным компонентом воспаления имеют серьезный прогноз в связи с опасностью лимфогематогенной диссеминации, особенно при недостаточной терапии [7]. Хронические деструктивные формы туберкулеза с выделением лекарственноустойчивых микобактерий туберкулеза (МБТ), плохой переносимостью антибактериальных препаратов даже в случае успешного лечения и рождения здорового ребенка не снимают последующих проблем по защите его от заражения и заболевания туберкулезом.

Ограниченные очаговые процессы, мелкие туберкулемы, остаточные изменения после инфильтративного, диссеминированного и даже деструктивных туберкулезных процессов, как правило, не дают обострений во время беременности и в послеродовом периоде, если больная своевременно получила полноценное лечение.

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

В этой связи своевременно диагностировать туберкулез во время беременности является важной задачей для врача, ибо за этим следует своевременное и полноценное лечение, которое может привести уже выздоровевшую женщину к рождению здорового ребенка.

Наиболее сложной ситуацией является диагностика туберкулеза, впервые возникшего на фоне беременности. В первые три месяца беременности симптомы туберкулезной интоксикации могут остаться нераспознанными и расценены как токсикоз беременности.

Бурное прогрессирование туберкулеза наблюдается после родов ввиду стресса, кровопотери, «абдоминальной декомпрессии» и в отдельных случаях могут развиваться такие тяжелые формы специфического процесса, как милиарный туберкулез, туберкулезный менингит. При несвоевременной диагностике и лечении обострения туберкулеза в послеродовом периоде летальность может составлять 15-18% в течение первого года после родов [5].

Эпидемиология

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. В 2008 году пик заболеваемости туберкулезом женщин в России (93,1 на 100000 женского населения) приходился на возраст 25-34 года [9], причем он продолжает расти. 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 [10].

В Красноярском крае в структуре заболеваемости туберкулезом удельный вес женщин возрос с 45,7% в 2006 году до 52,0% в 2009 году, а доля женщин возрастной группы 25-34 года выросла соответственно с 24,5% до 31,4%. Последнее отразилось на частоте сочетания туберкулеза и беременности. Так, в 2009 году количество находившихся на стационарном лечении в Красноярском краевом противотуберкулезном диспансере №1 беременных женщин, больных туберкулезом, возросло в 2,6 раза по сравнению с 2006 годом.

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 и 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.

Влияние беременности на туберкулез

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 новорожденного и родильницы.

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

что приобретает особое значение в том случае, если родильница находится в плохих социальных условиях.

Клинические особенности туберкулеза у беременных

В клинической практике врачей фтизиатров и акушеров-гинекологов возможны две ситуации [2]:

- 1) женщина ранее перенесла туберкулез и существует опасность его рецидива или обострения;
- 2) туберкулез выявляется у женщины в период беременности или в послеродовом периоде.

Необходимо отметить, что туберкулез, возникший во время беременности и в послеродовом периоде, обычно, протекает тяжелее, чем выявленный до беременности.

Первостепенное значение для рецидива или обострения туберкулезного процесса имеет его характер, локализация, клиническая форма, распространенность и давность заболевания, а также время, прошедшее с момента последнего обострения, полноценность и длительность предшествующего лечения.

Немаловажное значение для течения туберкулеза во время беременности имеют социально-бытовые факторы, жилищные условия, взаимоотношения в семье, наличие сопутствующих заболеваний и вредных привычек. Выделяют следующие группы повышенного риска реактивации или обострения туберкулеза во время беременности [2]:

- 1) женщины, у которых беременность наступила менее чем через год после окончания основного курса химиотерапии или проведенной операции по поводу туберкулеза;
- 2) беременные женщины с туберкулезом различной локализации в возрасте моложе 20 или свыше 35 лет;
- 3) беременные женщины, перенесшие распространенный туберкулезный процесс вне зависимости от его фазы;
- 4) беременные социально незащищенные женщины, перенесшие ранее туберкулез, а также имеющие вредные привычки;
- 5) женщины, ранее перенесшие туберкулез, имеющие неоднократные повторные беременности и роды с интервалом менее 3 лет. Наиболее опасны для обострения и рецидива туберкулеза первая половина беременности и послеродовой период, особенно в первые 6 месяцев [7,8].

К группам риска по заболеванию туберкулезом в период беременности относят беременных [4]:

- 1) с впервые установленным виражом туберкулиновых проб, гиперергической реакцией на пробу Манту с 2ТЕ ППД-Л или нарастающей чувствительностью к туберкулину;
- 2) находящихся в контакте с больным активным туберкулезом, особенно с бактериовыделителем, причем наиболее опасен двойной контакт или из очага смерти;

№892 «О реализации Федерального закона» «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».

В случае диагностирования у беременной женщины туберкулезного процесса решается вопрос о прерывании или пролонгировании беременности.

Вопрос о сохранении беременности при наличии туберкулеза легких должен быть разрешен с учетом всех возможностей лечения, условий труда и быта женщины и должен обязательно решаться коллегиально фтизиатром и акушером-гинекологом.

Вопрос о прерывании беременности должен решаться с согласия женщины с учетом активности, клинической формы и фазы туберкулезного процесса, срока беременности, акушерского анамнеза (наличие живых, здоровых детей), результатов проводимой терапии, переносимости антибактериальных препаратов и желания иметь детей [4]. Прерывать беременность следует с согласия женщины в течение первых 12 недель, причем в период подготовки и после прерывания беременности необходимо усилить противотуберкулезную терапию, а повторную беременность рекомендовать не ранее, чем через 2-3 года [8].

Показаниями для продолжения беременности

Показания к сохранению и прерыванию беременности четко сформулированы [4,8].

Пролонгирование беременности разрешено женщинам при установлении следующего диагноза:

- 1) большие или малые остаточные изменения, а также их отсутствие после излеченного туберкулеза органов дыхания;
- 2) малые формы активного туберкулеза без деструктивных изменений и бактериовыделения;
- 3) туберкулезный плеврит;
- 4) состояние после оперативного вмешательства по поводу туберкулеза легких со стойкой компенсацией и отсутствием рецидивов в течение двух лет.

Показания для прерывания беременности

Показанием для прерывания беременности является:

- 1) фиброзно-кавернозный, кавернозный, диссеминированный, цирротический туберкулез легких;
- 2) впервые выявленный прогрессирующий, туберкулез органов дыхания (милиарный туберкулез, лекарственно-устойчивый туберкулез);
- 3) туберкулез органов дыхания, осложненный легочно-сердечной недостаточностью;
- 4) сочетание туберкулеза органов дыхания с тяжело протекающей экстрагенитальной патологией (декомпенсированная бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких - ХОБЛ, фиброзирующий альвеолит, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, сердечно-сосудистая патология и др.);

5) туберкулез легких, при котором необходимо оперативное вмешательство; 6) туберкулез мочевой системы с хронической почечной недостаточностью.

Выбор и назначение основных противотуберкулезных препаратов

Лечение женщин, больных туберкулезом органов дыхания, в период беременности и послеродовом периоде, проводится согласно методическим рекомендациям [4] по общим принципам лечения больных туберкулезом, в соответствии со стандартными режимами химиотерапии. При этом учитывается форма и фаза туберкулезного процесса, лекарственная чувствительность возбудителя, фармакокинетика применяемых препаратов, их взаимодействие и переносимость, наличие фоновых и сопутствующих заболеваний.

Выбор и назначение основных противотуберкулезных препаратов (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол) проводится в соответствии со сроком беременности, характером и течением туберкулезного процесса, индивидуально в каждом клиническом случае.

Некоторые авторы [2,3] 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].

Наиболее трудная задача стоит перед фтизиатром при подборе схемы лечения больной туберкулезом в I триместре беременности, когда традиционная комбинация препаратов ограничена в виду эмбриотоксического и тератогенного действия некоторых из них. Так, токсическое воздействие на слуховой нерв стрептомицина, канамицина и флоримицина не позволяет применять их у беременных; этионамид и протионамид не используют у беременных в связи с единичными сообщениями о тератогенных эффектах, полученных в эксперименте на животных (волчья пасть, заячья губа, изменения ключиц). По возможности рекомендуется воздержаться от применения рифампицина, пиразинамида и этамбутола в I триместре беременности в виду их возможного токсического действия [4].

Однако все перечисленные препараты имеют относительные противопоказания: при наличии тяжелых форм туберкулеза у беременных с чувствительностью МБТ к данным препаратам лечение ими проводится, тем более, что тератогенный эффект от их применения получен лишь в экспериментах на животных при использовании доз, во много раз превышающих средние терапевтические [7]. PDF

Препараты ГИНК (изониазид) и его гидразоны занимают ведущее место при лечении туберкулеза органов дыхания в виду их наименьшей токсичности и допустимости для длительного применения во время беременности. Изониазид в дозе 5-8 мг/кг может быть использован при

новорожденных от матерей с активным туберкулезом любой локализации при бацилловыделении после первичной обработки (через 10—15 мин после рождения) сроком на 7—8 нед. Все новорожденные от матерей, больных туберкулезом, должны быть вакцинированы БЦЖ или БЦЖ-М в зависимости от состояния новорожденного. Родильница с активным туберкулезом должна быть переведена для лечения в туберкулезный стационар.

Кормление грудью.

Не разрешается кормление грудью при:

- выделения микобактерий туберкулеза;
- активном туберкулезе, выявленном в конце беременности или в послеродовом периоде;
- больном с обострением или рецидивом туберкулеза во время беременности.

Организационные вопросы:

Обо всех беременных, больных туберкулезом, а также наличии контакта беременных с больными туберкулезом противотуберкулезные диспансеры должны сообщать в районные женские консультации, а при выявлении туберкулезного процесса у беременной в женской консультации о них должны сообщать в противотуберкулезный диспансер.

Обязательны преемственность и тесный контакт в работе женской консультации и противотуберкулезных диспансеров при лечении и диспансерном наблюдении за беременными. Беременные с туберкулезным процессом любой локализации должны быть освобождены в самом начале беременности от физической работы, ночных смен и сверхурочных работ.

Литература

- 1) Фтизиатрия: национальное руководство / Под ред. М.И. Перельмана. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 512с.
- 2) Шилова М.В. Эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в Российской Федерации к началу 2009 г. // Туберкулез и болезни легких. - 2010. - №5. - С.14-21.
- 3) ТУБЕРКУЛЕЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ Н.М. Корецкая Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор - д.м.н., проф. И.П. Артюхов; кафедра туберкулеза с курсом ПО, зав. - д.м.н., проф. Н.М. Корецкая

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета
(наименование кафедры)

Рецензия _____
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора _____ года обучения

по специальности акушерства и гинекологии

Гарринукина Юлия Олеговна
(ФИО ординатора)

Тема реферата "Туберкулез и беременность"

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	5/000

Дата: « _____ » _____ 20 _____ год

Подпись рецензента

[Подпись]
(подпись)

Подпись ординатора

[Подпись]
(подпись)

Ильин В.В.
(ФИО рецензента)

Гарринукина Ю.О.
(ФИО ординатора)