

Рецензия на реферат

По теме: Бронхиальная астма и беременность.

Ординатором 1-го года обучения

Кафедра: Перинатологии, акушерства и гинекологии.

ФИО: Михайлова Надежда Сергеевна

Реферат выполнен на 11 страницах, в структуре реферата имеется: титульный лист, оглавление, содержательная часть, используемая литература.

Актуальность темы не вызывает сомнений, неконтролируемое течение заболевания в этой категории больных является серьезной фоновой патологией, поскольку эпизоды гипоксии и сенсибилизация могут быть причиной появления осложнений у матери и плода.

Изучение вопроса взаимного влияния БА и беременности остается актуальным, несмотря на имеющиеся научно-практические данные.

Поэтому представляет несомненный интерес изучение особенностей течения БА в период беременности и послеродовом периоде при различных вариантах и тяжести заболевания с учетом особенностей гормонального статуса, выявление групп риска по ухудшению течения БА в период гестации, оценка эффективности терапии и ее безопасности, разработка профилактических мероприятий по предупреждению обострения заболевания.

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы.

Реферат принят и оценён ...

на 5 (пять) баллов

Руководитель клинической ординатуры: Коновалов В.Н.



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

Заведующий кафедрой:

ДМН, Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ

на тему: «Бронхиальная астма и беременность»

Выполнила:

Клинический ординатор
кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии

Михайлова Н.С.

Проверил:

Ассистент Коновалов В.Н.

г. Красноярск

2020г.

Оглавление

Введение	3
Классификация тяжести	3
Диагностика	4
Эпидемиология	5
Этиология	5
Патогенез	5
Клиника	6
Лечение	7
Оценка эффективности лечения	9
Родоразрешение	9
Список литературы	11

Введение

Бронхиальная астма - хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором играют роль многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление вызывает сопутствующее повышение гиперреактивности дыхательных путей, приводящим к повторным эпизодам свистящих хрипов, одышки, чувства стеснения в груди и кашля, особенно ночью или ранним утром. Эти эпизоды обычно связаны с распространенной, но изменяющейся по своей выраженности бронхиальной обструкцией, которая часто является обратимой либо спонтанно, либо под влиянием лечения. БА - это поддающееся лечению заболевание с возможностью эффективной профилактики.

Код МКБ-10.

0.99 Другие болезни матери, классифицированные в других рубриках, но осложняющие беременность, роды и послеродовый период

0.99.5. Болезни органов дыхания, осложняющие беременность, деторождение и послеродовый период.

J.45. Астма.

J.45.0. Астма с преобладанием аллергического компонента.

J.45.1. Неаллергическая астма.

J.45.8. Смешанная астма.

J.45.9. Астма неуточненная.

Классификация тяжести

БА по клиническим признакам:

Степень 1: интермиттирующая БА

- Симптомы реже 1 раза в неделю
- Короткие обострения
- Ночные приступы не чаще 2 раз в неделю
- ОФВ1 или ПСВ $\geq 80\%$ от должных значений
- Вариабельность показателей ПСВ или ОФВ1 $< 20\%$

Степень 2: легкая персистирующая БА

- Симптомы чаще 1 раза в неделю, но реже 1 раза в день
- Обострения могут влиять на физическую активность и сон
- Ночные приступы чаще 2 раз в месяц
- ОФВ1 или ПСВ $\geq 80\%$ от должных значений
- Вариабельность показателей ПСВ или ОФВ1 = 20-30%

Степень 3: персистирующая БА средней тяжести:

- Ежедневные симптомы
- Обострения могут влиять на физическую активность и сон
- Ночные симптомы чаще 1 раза в неделю
- ОФВ1 или ПСВ от 60 до 80% от должных значений

- Вариабельность показателей ПСВ или ОФВ1 $>30\%$

Степень 4: тяжелая персистирующая БА

- Ежедневные симптомы
- Частые обострения
- Частые ночные приступы
- ОФВ1 или ПСВ $<60\%$ от должных значений
- Вариабельность показателей ПСВ или ОФВ1 $>30\%$

Диагностика

Применяют ряд обязательные исследования беременной при БА.

1. Исследование анализа крови клинического, в котором диагностически значима эозинофилия более $0,40 \times 10^9/\text{л}$.
2. Исследование мокроты, где при микроскопическом исследовании обнаруживают эозинофилы, кристаллы Шарко-Лейдена, метакроматические клетки.
3. Функциональное исследование легких проводится для оценки степени обструкции дыхательных путей, количественной оценки эффекта лечения, а также для дифференциальной диагностики БА. Важнейшими показателями этих исследований при БА являются объем форсированного выдоха за первую минуту (ОФВ1) и связанная с ним форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), а также пиковая скорость выдоха (ПСВ).
4. Диагноз БА можно подтвердить при проведении спирометрии, когда после ингаляции бронхолитика или в ответ на пробную терапию глюкокортикостероида отмечается увеличение ОФВ1 хотя бы на 12% .

Регулярное измерение показателей с определенным интервалом, зависящим от тяжести заболевания, способствует контролю за прогрессированием заболевания и долгосрочными эффектами лечения.

Так, ПСВ желательно измерять утром и вечером перед сном. Дневной разброс ПСВ более чем на 20% рассматривается как диагностический признак болезни, а величина отклонений прямо пропорциональна тяжести заболевания. Измерение специфического IgE в сыворотке для диагностики БА у беременных малоинформативно.

Рентгенография легких у беременных с БА для уточнения диагноза и проведения дифференциальной диагностики проводится по строгим показаниям.

Кожные тесты с аллергенами проводить во время беременности противопоказано.

Эпидемиология

По данным эпидемиологических исследований, распространенность БА достигает 5% общей популяции населения и имеется повсеместная тенденция к дальнейшему росту численности больных, отмечается устойчивая тенденция к увеличению числа пациентов, которые часто госпитализируются в связи с тяжелым течением болезни. Чаще всего среди патологий бронхолегочной системы у беременных встречается именно БА, составляя 5%. Начиная с переходного возраста, женская часть населения страдает БА чаще, чем мужская. В репродуктивном возрасте соотношение женщин и мужчин достигает 10:1. Аспирининдуцированная БА также чаще встречается у женщин.

Этиология

В этиологии БА играют роль как внутренние факторы (или врожденные характеристики организма), которые обуславливают предрасположенность человека к развитию БА или защищают от нее, так и внешние факторы, вызывающие начало или развитие БА у предрасположенных к этому людей, приводящие к обострению БА и/или длительному сохранению симптомов болезни. Внутренние факторы включают генетическую предрасположенность к развитию либо БА, либо астению, гиперреактивность дыхательных путей, пол, расовую принадлежность.

К внешним факторам относятся: домашние аллергены (домашняя пыль, лако-красочные изделия, строительные материалы, коготь и др.); внешние аллергены (пыльца, пассивное и активное курение, воздушные поллютанты); респираторные вирусные инфекции, а также хламидии, микобактерии, паразитарные инфекции; лекарственные препараты, пищевые добавки, пищевая аллергия в младенческом возрасте.

К факторам (триггерам), которые вызывают обострение БА и/или способствуют персистенции симптомов, относят: аллергены, аэрополлютанты, респираторные инфекции, физические нагрузки и гипервентиляцию, погодные изменения, двуокись серы, продукты питания, пищевые добавки и лекарства, эмоциональные нагрузки. Обострение БА могут вызвать беременность, менструация, риниты, синуситы, гастроэзофагеальный рефлюкс, полипоз и др.

Патогенез

В основе патогенеза БА лежит специфический воспалительный процесс в бронхиальной стенке, приводящий к обструкции дыхательных путей в ответ на воздействие различных триггеров. Основной причиной обструкции является снижение тонуса гладкой мускулатуры бронхов, вызванное действием агонистов, высвободившихся из тучных клеток, локальных центростремительных нервов и из постганглионарных центробежных нервов. В дальнейшем сокращения гладкой мускулатуры дыхательных путей усиливаются вследствие утолщения стенки бронхов из-за острого отека, клеточной инфильтрации и ремоделирования дыхательных путей - хронической гиперплазии гладкой мускулатуры, сосудов и секреторных клеток и отложения матрикса в стенке бронхов. Обструкцию усугубляет плотный вязкий секрет, вырабатываемый бокаловидными клетками и подслизистыми железами. Фактически, все функциональные нарушения при БА вызваны обструкцией, вовлекающей все участки

бронхиального дерева, но выраженной максимально в мелких бронхах диаметром от 2 до 5 мм.

БА как правило связана с таким состоянием дыхательных путей, когда они сужаются слишком легко и/или сильно «гиперреактивно» в ответ на воздействие провоцирующих факторов.

У больных с БА существует не просто хроническая гиперсекреция слизи. Вырабатываемый секрет отличается также по вязкости, эластичности и реологическим свойствам. Патологическое повышение вязкости и «ригидность» такого секрета происходит из-за повышенной выработки муцина и скопления эпителиальных клеток, альбумина, основных белков и ДНК из разложившихся клеток воспаления. В мокроте больных БА эти изменения проявляются в виде слизистых стустков (спирали Куршмана).

Признаки воспаления бронхов сохраняются даже в бессимптомный период заболевания, а их выраженность коррелирует с симптомами, определяющими тяжесть заболевания.

Клиника

При обострении БА у больной имеются симптомы астмы: одышка, раздутие крыльев носа на вдохе, поднятые плечи, наклон туловища вперед, участие в дыхании вспомогательной дыхательной мускулатуры, положение ортопноэ, затруднения при разговоре из-за прерывистой речи, постоянный или прерывающийся кашель, нарушающий сон, тахикардия, цианоз.

Аускультативно выслушиваются сухие хрипы, усиливающиеся на выдохе. Однако у некоторых больных в период обострения БА хрипы могут не выслушиваться вследствие обструкции мелких бронхов. Важным является указание на то, что появление симптомов провоцируется аллергенами или неспецифическими раздражителями, а исчезновение симптомов происходит спонтанно или после применения бронходилататоров.

Оценка функции легких, в особенности обратимости ее нарушений, обеспечивает наиболее точную степень обструкции дыхательных путей.

Дифференциальный диагноз

Несмотря на имеющиеся четкие диагностические признаки БА, возникает ряд сложностей при анализе течения заболевания у беременных, страдающих другой легочной патологией, сопровождающейся бронхиальной обструкцией: хронической обструктивной болезнью легких, муковисцидозом, опухолями органов дыхания, поражениями верхних дыхательных путей, трахеобронхиальной дискинезией, легочными васкулитами, констриктивным бронхитом, синдромом гипервентиляции, острой и хронической левожелудочковой недостаточностью, синдромом апноэ-гипопноэ сна, грибковыми поражениями легких и др. БА может встречаться у пациенток, страдающих вышеперечисленными заболеваниями, что также отягощает течения заболевания.

Лечение

Перед планированием беременности пациентки с БА должны пройти обучение в «Школе для больных бронхиальной астмой» для наиболее полной информированности о БА и создания устойчивой мотивации к самоконтролю и лечению. Планировать беременность следует после проведения аллергологического обследования, достижения под наблюдением пульмонолога максимального контроля над течением БА. Наступление беременности и рождение ребенка не следует планировать в период цветения растений, к которым сенсibilизирована мать.

Беременная должна придерживаться гипоаллергенной диеты, по возможности максимально уменьшить контакт с аллергеном, прекратить активное и исключить пассивное курение, в своевременно санировать очаги инфекции.

При тяжелой и средне-тяжелой степени БА для уменьшения количества и дозировок лекарственных средств следует использовать эфферентные методы лечения (плазмаферез).

Во время беременности тяжесть течения БА нередко меняется, и больным может понадобиться более тщательное врачебное наблюдение и изменение схемы лечения. Ретроспективные исследования показали, что во время беременности примерно у трети женщин течение БА ухудшается, у трети становится менее тяжелым, у оставшейся трети не меняется. Общий перинатальный прогноз для детей, рожденных матерями, у которых БА контролировалась хорошо, сопоставим с прогнозом для детей, рожденных матерями, не болеющими БА. Плохо контролируемая БА приводит к повышению перинатальной смертности, увеличению числа преждевременных родов и рождению недоношенных детей. По этой причине применение препаратов для достижения оптимального контроля БА оправдано даже тогда, когда их безопасность при беременности не бесспорна. Лечение ингаляционными β_2 -агонистами, теофиллином, кромогликатом натрия, ингаляционными глюкокортикостероидами не сопровождается увеличением частоты врожденных пороков развития плода.

В настоящее время принят ступенчатый подход к терапии БА в связи с тем, что наблюдается значительное разнообразие тяжести течения БА не только у разных людей, но и одного и того же человека в различное время. Цель данного подхода - достижение контроля БА с применением наименьшего количества препарата. Количество и частота приема лекарственных средств увеличивается (ступень вверх), если течение БА ухудшается, и уменьшается (ступень вниз), если течение БА хорошо контролируется. Лекарственные препараты при БА назначаются для устранения и предотвращения симптомов и обструкции дыхательных путей и включают базисные препараты, контролирующее течение заболевания, и симптоматические средства.

Препараты для контроля заболевания - ЛС, принимаемые ежедневно, длительно, помогающие достичь и сохранить контроль над персистирующей БА: противовоспалительные средства и бронхолитики длительного действия. Они включают ингаляционные глюкокортикостероиды, системные глюкокортикостероиды, натрия кромогликат, недокромил натрия, теофилины замедленного высвобождения, ингаляционные β_2 -агонисты длительного действия и системную нестероидную терапию. В настоящее время наиболее эффективными препаратами для контроля БА являются ингаляционные глюкокортикостероиды.

К симптоматическим препаратам (средства скорой или неотложной помощи, препараты быстрого облегчения), устраняющим бронхоспазм и облегчающим сопутствующие симптомы (свистящие хрипы, чувство стеснения в грудной клетке, кашель) относятся быстродействующие ингаляционные β_2 -агонисты, системные глюкокортикостероиды, ингаляционные

антихолинэргические препараты, теофиллины короткого действия, и пероральные P2-агонисты короткого действия.

Препараты для лечения БА вводятся различными путями, включая ингаляционный, пероральный и парентеральный. Основное преимущество при поступлении ЛС непосредственно в дыхательные пути при ингаляции - более эффективное создание высоких концентраций препарата в дыхательных путях и сведение к минимуму системных нежелательных эффектов. При назначении беременным женщинам следует отдавать предпочтение ингаляционным формам введения препаратов.

Аэрозольные препараты для лечения представлены в виде дозированных аэрозольных ингаляторов, активируемых дыханием дозированных аэрозольных ингаляторов, сухих дозированных ингаляторов с сухим порошком и «влажных» аэрозолей, которые подаются через небулайзер. Использование спейсера (резервуарной камеры) улучшает поступление препарата из ингалятора, дозирующего аэрозоль под давлением.

Степень 1. Интермиттирующая БА

ЛС выбора (схемы лечения):

Базисные препараты не показаны.

Для контроля симптомов БА, но не чаще 1 раза в неделю ингаляции:

- Сальбутамол по 100-200 мкг (1-2 дозы);
- Тербуталин по 100 мкг по (1-2 дозы);
- Фенотерол по 100 мкг по (1-2 дозы) (с осторожностью применять в I триместре беременности).

Перед предполагаемой физической нагрузкой или контакте с аллергеном:

- Сальбутамол по 100-200 мкг (1-2 дозы);
- Кромогликат натрия по 5 мг (1-2 дозы) (противопоказан в I триместре беременности)

Степень 2. Легкая персистирующая БА

ЛС выбора (схемы лечения):

Ежедневный длительный профилактический прием:

- Сальбутамол по потребности (но не чаще 3-4 раз в день);
- Беклометазона дипропионат 250 мкг по 1 дозе 2 р. /сут;
- Будесонид 200 мкг по 1 дозе 2 р. /сут;
- Флунизол 250 мкг по 1 дозе 2 р. /сут;
- Флутиказон пропионат 50-125 мкг по 1 дозе 2 р. /сут. — Ипратромиум бромид 20 мкг по 2 дозы 4 р. /сут

Альтернативные ЛС (схемы лечения):

- Кромогликат натрия 5 мг по 1-2 дозы 4 р. /сут;
- Недокромил 2 мг по 1-2 дозы 2 - 4 р. /сут;
- Теофиллин 200-350 мг по 1 капсуле ретард 2 р. /сут

Степень 3. Персистирующая БА средней степени тяжести

ЛС выбора (схемы лечения):

Сальбутамол по потребности (но не чаще 3-4 раз в день).

Ежедневный длительный профилактический прием:

- Беклометазона дипропионат 250 мкг по 1 дозе 2 - 4 р. /сут;
- Будесонид 200 мкг по 1 дозе 2 - 4 р. /сут;
- Флунизол 250 мкг по 2 дозы 2 - 4 р. /сут;
- Флутиказон 125 мкг по 1 дозе 2 - 4 р. /сут (25, 50, 100, 125, 250, 500); + Формотерол 12 мкг 1 - 2 дозы 2 р. /сут;

- Сальметерол 25 мкг по 1-2 дозы 2 р. /сут;
 - Беклометазона дипропионат 250 мкг по 1 дозе 2 - 4 р. /сут; + Теофиллин 200-350 по 1 капсуле ретард 2 р. /сут;
 - Беклометазона дипропионат 250 мкг по 2 дозы 4 р. /сут
- Ступень 4. Тяжелая персистирующая БА
- ЛС выбора (схемы лечения):
- Сальбутамол по потребности (но не чаще 3-4 раз в день).
- Ежедневный длительный профилактический прием
- Беклометазона дипропионат 250 мкг по 2 дозы 4 р. /сут;
 - Будесонид 200 мкг по 1 дозы -4 р. /сут;
 - Флунизол 250 мкг по 2 дозы 4р. /сут;
 - Флутиказон 250 мкг по 1 дозе 2-3 р. /сут (25,50,100,125, 250,500); + Фермотерол 12 мкг 1-2 дозы 2 р. /сут;
 - Сальметерол по 25мкг 1-2 дозы 2 р. /сут. + Теофиллин 200-300 мг по 1 капсуле ретард 2 р. /сут. + преднизолон 5 мг по 1-6 1 р. /сут; +метилпреднизолон 4 мг 5-10 1р. /сут.

Ошибки и необоснованные назначения

При обострении БА назначение теофиллина парентерально неоправданно, если беременная уже принимает его внутрь. При аспирин индуцированной БА необоснованно применение каких-либо системных глюкокортикостероидов, кроме дексаметазона.

Препараты, назначение которых во время беременности противопоказано в связи с эмбриотоксичностью и тератогенностью: адреналин, эфедрин, бромфенирамин, триамцинолон, бетаметазон

Оценка эффективности лечения

Если в течение 1 месяца на фоне проводимой терапии симптомы астмы не возникают, а легочная функция (МСВ и показатели спирометрии) находятся в пределах ожидаемых величин, то можно уменьшить терапию (сделать «шаг назад»), достигая минимальной терапии, необходимой для контроля БА, снижения побочных явлений и нежелательных эффектов от лекарственных препаратов для матери и создания оптимальных условий для развития плода.

Тяжелые приступы БА, развитие дыхательной недостаточности служат показанием к прерыванию беременности на ранних сроках или досрочному родоразрешению. Для прерывания беременности и стимуляции родов не рекомендуется использовать простагландин F2-альфа, т.к. он усиливает бронхоспазм.

Родоразрешение

Роды предпочтительнее вести через естественные родовые пути. Приступы удушья в родах бывают редко и купируются ингаляцией бронходилататоров или в/венным введением эуфиллина. Если ранее пациентка с БА принимала перорально кортикостероиды, то в день родоразрешения

необходимо ввести дополнительно 60-120 мг преднизолона в/в со снижением дозировки в 2 раза в последующие двое суток. В родах проводится постоянное мониторирование плода. Тяжелая дыхательная и легочно-сердечная недостаточность служат показанием для оперативного родоразрешения путем кесарева сечения под эпидуральной анестезией или фторотановым наркозом. Промедол во время родов и седативные препараты во время операции применяются только в исключительных случаях, так как они угнетают дыхательный центр и подавляют кашлевой рефлекс. При досрочном родоразрешении с целью стимуляции созревания сурфактантной системы легких у плода беременным в течение 2 дней назначают дексаметазон 16 таблеток в сутки. В раннем послеродовом периоде у рожениц возможно кровотечение, а также развитие гнойно-септических осложнений, обострение БА. У рожениц со средне-тяжелой и тяжелой степенью БА рекомендовано подавить лактацию.

Список литературы.

1. Бронхиальная астма и беременность. /Пособие для врачей. - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2017
2. Федосеев, Г. Б. Бронхиальная астма / Г. Б. Федосеев, В. И. Трофимов. - СПб. : Нормед-Издат, 2006, - 308 с.
3. Шехтман М.М. Неотложная помощь при экстрагенитальной патологии у беременных.- М.: "МЕДпресс ", 2016,- 113с.
4. Игнатова Г.Л. , Антонов В.Н. Бронхиальная астма у беременных РМЖ «Медицинское обозрение» №4 от 10.03.2015 стр. 224
5. Клинические рекомендации Бронхиальная астма МКБ 10: J.45, J.46O 2018г.