

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 акушерства и гинекологии ИПО

Рецензия КМН, доцент кафедры акушерства и гинекологии ИПО Шапошниковой Екатерины Викторовны на реферат клинического ординатора второго года обучения по специальности «Акушерство и гинекология» Кыргыз Дан-Хаяа Салгын-ооловны по теме «Туберкулез и беременность»

Актуальность заявленной темы, очевидна в виду того, что вопрос взаимосвязи туберкулеза и беременности всегда привлекал к себе внимание врачей фтизиатров и акушеров-гинекологов. Несмотря на то, что сегодня ситуация более оптимистична, проблема взаимосвязи туберкулеза и беременности остается одной из актуальных как во фтизиатрии, так и в гинекологии.

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы.

Основные оценочные критерии:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+
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. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Дата « 1 » окт. 2019 год
Подпись рецензента Шапошниковой Е.В.
(подпись)

Подпись ординатора Кыргыз Д.С.
(подпись)

Всего
Шапошниковой Е.В.
(ФИО рецензента)
Кыргыз Д.С.
(ФИО ординатора)

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

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Заведующий кафедрой: д.м.н., доц., Базина М.И.



Реферат
на тему: Туберкулез и беременность.

Выполнила: клинический ординатор
кафедры акушерства и гинекологии
ИПО Кыргыз Д.С.

Проверила: к.м.н., доц., Шапошникова Е.В.

Красноярск 2019г.

Оглавление

1. Введение.....	3
2. Влияние беременности на туберкулез.....	4
3. Клинические особенности туберкулеза у беременных.....	5
4. Диагностика туберкулеза у беременных	7
5. Показаниями для продолжения беременности	9
6. Показания для прерывания беременности.....	9
7. Выбор и назначение основных противотуберкулезных препаратов.....	9
8. Ведение родов у больных туберкулезом.....	11
9. Кормление грудью	12
10. Организационные вопросы.....	12
11.Список литературы.....	13

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. В 2008 году пик заболеваемости туберкулезом женщин в России (93,1 на 100000 женского населения) приходился на возраст 25-34 года, 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.

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.

Причин, вызывающих неблагоприятное влияние беременности на течение туберкулеза, довольно много и они связаны с изменениями, возникающими в женском организме в этот период. Беременность приводит к мобилизации всех систем организма.

У беременных выраженому отрицательному воздействию подвергается сердечно-сосудистая система: увеличивается объем циркулирующей крови, а также сердечного выброса; в более поздние сроки происходит компрессия нижней полой вены. Значительно возрастает нагрузка на мочевыделительную систему, которая берет на себя дополнительные функции по выделению продуктов жизнедеятельности плода. В этой связи беременность у женщины, имеющей почечную недостаточность, может привести к прогрессированию заболевания, способствуя развитию гипертонии, повышая риск преэклампсии. При наличии легочной патологии, в том числе туберкулезной этиологии, во время беременности, особенно последние ее месяцы, возрастает легочная вентиляция, усиливается газообмен.

Процесс беременности сопровождается перестройкой иммунной системы женщины с целью обеспечения оптимальных условий развития плода и его защиты на 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.

Активации туберкулезного процесса способствует гормональная перестройка в организме женщины, так как в гормональный обмен включается такая мощная эндокринная железа, как плацента.

Для построения костной системы плода необходим кальций и он усиленно расходуется, в результате чего при наличии старых заживших туберкулезных очагов происходит их размягчение, что может послужить причиной реактивации или обострения туберкулезного процесса.

Влияют 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 деструктивных процессах аспирации казеозных масс в здоровые отделы легких и развитию бронхогенного обсеменения. Кроме этого в период родов развивается гипертензия в малом круге кровообращения, которая создает угрозу таких тяжелых осложнений как легочное кровотечение и спонтанный пневмоторакс.

Фактором риска развития или обострения туберкулеза в послеродовом периоде является кормление грудью, ибо на образование грудного молока требуется дополнительный расход белков, жиров, витаминов, при дефиците которых в организме снижается резистентность к туберкулезной инфекции, 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 :

- 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:

- 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.

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

- 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;
- 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.

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, 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.

В последние годы туберкулез во время беременности часто стал характеризоваться остропрогрессирующим течением, выраженными симптомами интоксикации, высокой склонностью к распаду, причем такие формы выявляются как в первые 6 месяцев после родов, так и на протяжении беременности.

Диагностика туберкулеза у беременных

Для обследования женщин, больных туберкулезом органов дыхания в период беременности и в послеродовом периоде, разработан специальный алгоритм, включающий следующие мероприятия:

- 1) оценка жалоб (симптомокомплекс интоксикации: общая слабость, быстрая утомляемость, раздражительность, частая смена настроения, потливость, потеря аппетита, отсутствие нарастания и даже снижение массы тела, головные боли, длительное повышение температуры до субфебрильных цифр, чаще в вечернее время; «грудные» проявления: кашель с мокротой или без нее, кровохарканье, боль в грудной клетке, одышка);

- 2) учет изменений в клиническом анализе крови: увеличение количества лейкоцитов ($10-16 \cdot 10^9$), увеличение количества молодых форм и нейтрофилов; во второй половине беременности часто наблюдается гипохромная анемия.
- 3) исследование материала больной на МБТ методом микроскопии и бактериологического посева, трехкратно (при наличии кашля с мокротой или без нее) в течение трех последовательных дней при первом обращении больной с симптомами, подозрительными на туберкулез. В последующем исследование мокроты методом бактериоскопии проводится ежемесячно, поскольку данный метод является доступным, неинвазивным и безопасным для данной категории пациентов;
- 4) молекулярно-генетическое исследование мокроты, промывных вод бронхов, венозной крови на наличие ДНК МБТ методом ПЦР (не менее 2 раз в течение беременности); не менее 2 раз после родов (непосредственно после родов и через 6 месяцев после них).
- 5) рентгенологическое обследование во время беременности по показаниям с обязательным использованием просвинцованного щита или фартука для защиты плода. В послеродовом периоде в течение 1-2 сут после родов обязательное обследование всех женщин с наличием активного и неактивного туберкулеза органов дыхания, а также при подозрении на специфический процесс;
- 6) туберкулинодиагностика с использованием внутрикожной пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л. Оценка размеров пробы производится с обращением особого внимания на впервые положительную пробу Манту (вираж), выраженную (папула размером 15-16 мм) и гиперергическую реакцию (папула 21 мм и более, а также везикуло-некротическая реакция, независимо от размера папулы с лимфангитом или без него);
- 7) обследование членов семьи беременной на туберкулез согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 25 декабря 2001г. №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. 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.

Показаниями для продолжения беременности

Показания к сохранению и прерыванию беременности четко сформулированы .

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 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 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).

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.

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.

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 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. 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 пиразинамида (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.

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 межворсистые пространства и проникают в строму ворсин и в

сосудистую сеть плода. Инфицирование ребенка возможно и при контакте с больной матерью в послеродовом периоде. Необходима изоляция 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: выделении 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.

Список литературы:

- 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. ВойноЯсенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов; кафедра туберкулеза с курсом ПО, зав. – д.м.н., проф. Н.М. Корецкая