

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

Кафедра туберкулеза с курсом ПО

Реферат

Материнство и туберкулез

Выполнила: ординатор 217гр Каралюс К.О.

Проверил: к.м.н., зав.кафедрой Омельчук Д.Е

Оглавление:

Общие сведения	3-4 стр
Причины	4-5 стр
Симптомы туберкулеза у беременных	5 стр
Осложнения	6 стр
Диагностика	6-7 стр
Лечение	8-9 стр
Сроки и методы родоразрешения	9-10 стр
Последствия для плода	10 стр
Профилактика туберкулеза у новорожденных	11 стр
Прогноз	11 стр
Список литературы	12 стр

Общие сведения:

Вплоть до XIX века считалось, что беременность благоприятно влияет на течение туберкулеза – эту точку зрения отстаивал еще Гиппократ.

Однако в XIX веке появились первые систематические научные исследования, которые выявили, что все происходит с точностью до наоборот – исход легочного процесса у беременных намного хуже, чем в отсутствие беременности. В начале прошлого века большинство специалистов считало, что беременности оказывают крайне отрицательное влияние на течение туберкулеза, и появилась знаменитая триада: «Больной туберкулезом девушке не следует выходить замуж, больной замужней женщине – беременеть, а беременной – рожать». И действительно, исходы у беременных в доантибактериальную эру (впрочем, как и у всех больных в то время) благополучными не назовешь – у 15% процесс прогрессировал, у 76% был стабилен, и только у 9% изменения в легких уменьшались. После появления туберкулостатических препаратов прогноз для больных туберкулезом стал благоприятным. На сегодняшний день ситуация в мире по отношению к туберкулезной инфекции изменилась. Но, к сожалению, появились антибиотикорезистентные формы туберкулёза– беременность у таких больных, которые без антибиотиков просто не доживали до первой годовщины установления диагноза. И именно эта группа больных – самая сложная. Помимо тяжелого легочного процесса у больных всегда имеется хроническая никотиновая интоксикация и злоупотребление алкоголем. Эти женщины имеют дефицит веса и нарушение питания как по микро-, так и по макронутриентам.

Несмотря на внедрение современных методов экспресс-диагностики и успехи комплексной медикаментозной терапии, туберкулезная инфекция остается одной из наиболее распространенных в мире. Заболеваемость туберкулезом в России стабилизировалась и даже начала снижаться, однако частота поражения инфекционным процессом беременных женщин продолжает в 1,5-2 раза превышать аналогичный показатель в общей женской популяции. Максимально подвержены заболеванию туберкулёзом молодые: 70% больных — это лица 20–40 лет. Сочетание туберкулёза и беременности составляет 3–7 случаев на 10 000 родов.

Туберкулез может развиваться в любой период беременности, но чаще проявляется в первые 6 мес после родов.

Туберкулез, возникший у женщин во время беременности и в послеродовом периоде, обычно протекает тяжелее, чем выявленный до беременности.

У беременных:

- обычно обнаруживают одностороннее поражение; двусторонний туберкулёз наблюдают в 22% случаев;

- инфильтративная форма туберкулёза преобладает над очаговой и встречается в 58% случаев;
- нередко регистрируют случаи туберкулёза на стадии распада (18%), а в 64% случаев беременные оказываются выделителями микобактерий;
- внелёгочные формы туберкулёза казуистичны.

Туберкулёз часто сочетается с другими специфическими инфекциями: ВИЧ-инфекцией (15%), сифилисом (10%) и вирусными гепатитами (4%).

Причины:

Возбудителями инфекционно-воспалительного процесса являются микроорганизмы из семейства микобактерий. У большинства пациенток высеивается (палочка Коха). Намного реже заболевание вызывают другие представители микобактерийного туберкулезного комплекса, часть из которых поражает некоторых животных (крупный и мелкий рогатый скот, ластоногих, птиц, грызунов).

В большинстве случаев туберкулез передается воздушно-капельным путем, иногда заражение является алиментарным (при употреблении непастеризованного молока от туберкулезных коров).

По результатам наблюдений большинства исследователей в сфере фтизиатрии, беременность неблагоприятно влияет на течение инфекционного процесса, вызывая его развитие или обострение.

У беременных возможно как первичное возникновение заболевания в результате контактов с выделителем микобактерий, так и активация существующего туберкулезного очага.

Наиболее часто предпосылками к началу патологического процесса становятся асоциальное окружение, низкий материальный уровень, недостаточное питание, злоупотребление спиртным, неспецифические болезни органов дыхания, обусловленные курением. Однако ряд физиологических изменений, происходящих при беременности и после родов, способствует развитию туберкулеза у социально благополучных женщин.

Основными из провоцирующих факторов являются:

- Изменение клеточного иммунитета. Иммуные процессы, происходящие в организме беременной, направлены не только на защиту ребенка и женщины от возможного инфицирования, но и на предотвращение отторжения плода как чужеродного тела. При гестации существенно снижается функциональная активность Т-лимфоцитов, обеспечивающих элиминацию микобактерий.

- Активный расход кальция. Этот микроэлемент в больших количествах требуется для построения костной системы плода, что приводит к его усиленному вымыванию из тканей пациентки. В результате старые

кальцинированные очаги туберкулеза размягчаются, что потенцирует реактивацию или обострение патологического процесса у ранее инфицированных больных.

- Послеродовая абдоминальная декомпрессия. Временное улучшение состояния в 3 триместре, вызванное высоким стоянием диафрагмы, после родов сменяется быстрым бронхогенным обсеменением легких. Этому способствует деструкция очагов туберкулеза при резком снижении внутрибрюшного давления с аспирацией казеозных масс в ранее здоровые отделы легких.
- Грудное вскармливание. Секреция молока сопровождается высоким расходом белка, жиров, витаминов. Дефицит питательных веществ снижает резистентность к туберкулезу. Одновременно с этим могут активироваться старые очаги из-за вымывания кальция. Особо значимыми эти факторы становятся при пребывании родильницы в плохой социально-эпидемиологической обстановке.

По мнению специалистов в сфере акушерства, дополнительными предпосылками к развитию заболевания являются мобилизация всех систем у беременных, гормональная перестройка за счет функционирования плаценты. Группу риска составляют пациентки с впервые диагностированным виражом проб на туберкулин, имеющие контакт с бактериовыделителем, страдающие тяжелой экстрагенитальной патологией (сахарным диабетом, ХОБЛ, неспецифическим пиелонефритом, язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки). Вероятность возникновения туберкулеза повышается при длительном приеме кортикостероидов, цитостатиков, иммунодепрессантов, наличии вторичных иммунодефицитных состояний, в том числе ВИЧ-инфекции.

Симптомы туберкулеза у беременных:

Клинические проявления заболевания, возникшего или рецидивировавшего на фоне беременности, неспецифичны.

Слабость, недомогание, ухудшение аппетита, снижение веса, субфебрилитет, потливость и другие характерные признаки туберкулезной инфекции в I триместре беременности зачастую расцениваются как физиологические изменения или ранний токсикоз. Высокое стояние диафрагмы в III триместре вызывает лечебный эффект, подобный возникающему при пневмоперитонеуме. В результате типичная симптоматика даже распространенных инфильтративных и казеозно-деструктивных форм туберкулеза практически не проявляется. Наличие инфекции можно заподозрить на основании жалоб на длительный (более 3 недель) кашель с мокротой или без нее, кровохарканье, одышку, боли в грудной клетке.

Осложнения:

У 54% беременных с туберкулезом течение беременности является осложненным.

На фоне интоксикации, влияющей на секреторную функцию надпочечников, увеличивается частота анемий, ранних токсикозов, поздних гестозов. Нарушение легочной вентиляции и оксигенации крови сопровождается фетоплацентарной недостаточностью с возможной задержкой развития плода. Снижение прочности плодных оболочек, связанное с инфекционным воздействием, приводит к преждевременному излитию околоплодных вод.

Микобактерии могут передаваться плоду через пуповину или амниотическую жидкость. В первом случае первичные туберкулезные очаги формируются в печени, во втором — в различных органах.

У части пациенток отмечается бурная родовая деятельность. Натуживание и усиленное дыхание в период изгнания увеличивают риск возникновения спонтанного пневмоторакса и легочного кровотечения.

Хотя у большинства женщин с туберкулезной инфекцией послеродовой период протекает без осложнений, абдоминальная декомпрессия, обессиливание и кровопотеря в родах могут обострить инфекционный процесс с развитием милиарного туберкулеза, туберкулезного менингита.

Несвоевременная диагностика и отсутствие адекватного лечения повышает смертность от заболевания на первом году после родов до 15-18%.

12% новорожденных от матерей с туберкулезом легких имеют признаки гипотрофии и хуже набирают массу тела после рождения. В результате гипоксического поражения мозга у них чаще наблюдаются дыхательные расстройства, изменения со стороны ЦНС

Диагностика:

СКРИНИНГ

Важную роль в диагностике туберкулёза при беременности играет флюорография членов семьи. Туберкулиновые пробы широко используют при массовых обследованиях на инфицированность микобактериями. В диагностике активных форм туберкулёза они неэффективны в связи с низкой чувствительностью и специфичностью.

Сложность своевременного диагностирования туберкулеза у беременных обусловлена неспецифичностью клинической картины, скудностью данных физикального обследования, ограниченным применением традиционного рентгенологического скрининга во время гестации.

Рекомендованными методами исследований при подозрении на наличие у пациентки туберкулезной инфекции являются:

- Кожная туберкулиновая проба. Методика считается безопасной и информативной. Показана всем больным из группы риска при отсутствии сведений о недавнем проведении исследования и его результатах. Индурация более 10 мм в месте внутрикожного введения препарата или вираж пробы подтверждает заражение туберкулезом.
- Микробиологическое исследование. Для выявления микобактерий в мокроте, промывных водах бронхов применяют микроскопию и культуральный посев. Забор материала с последующим бактериоскопическим и бактериологическим анализом выполняется три дня подряд. При возможном туберкулезе почек изучается моча.
- ПЦР-исследование мокроты. Высокочувствительный и специфичный метод диагностики дает возможность обнаружить в биологическом материале единичные клетки и фрагменты ДНК возбудителя заболевания. При необходимости исследуются промывные воды бронхов, биоптаты, другие среды, в которых могут содержаться микобактерии.
- Иммунологические тесты крови. Факт наличия в организме скрытой или активной тубинфекции возможно подтвердить с помощью современных иммуноферментных анализов: интерферонового теста и теста Т-спот. Однако осуществить топическую диагностику инфекционного процесса с помощью этих методов нельзя.
- Рентгенография легких.

Подозрение на туберкулёз лёгких возникает при обнаружении изменений на обзорной рентгенограмме грудной клетки. При подозрении на активный туберкулёз лёгких необходимо проведение рентгенологического исследования независимо от срока беременности. При рентгенографии у беременных используют средства, которые сводят к минимуму возможность лучевого повреждения плода.

Рентгенологическое исследование беременной выполняется в прямой проекции, что позволяет снизить возможную лучевую нагрузку на плод в 10 раз. Еще более безопасным считается обследование с использованием прорезиненного защитного фартука или выполненное на цифровых малодозных установках.

Лечение:

Дородовое сопровождение пациентки обеспечивают акушер-гинеколог и фтизиатр.

Первой задачей после диагностики туберкулезной инфекции является решение вопроса о возможности сохранения беременности.

Прерывание беременности при туберкулезе

Абсолютные показания

В обязательном порядке рекомендуется прерывание беременности при следующих формах туберкулеза и состояниях:

- Фиброзно – кавернозный, кавернозный, диссеминированный туберкулез (прогрессирующее течение),
- Дыхательная недостаточность и легочное сердце у больных туберкулезом органов дыхания,
- Сочетание туберкулеза легких с тяжело протекающими при беременности заболеваниями (обострением бронхиальной астмы, хронической обструктивной болезнью легких, сахарным диабетом, хронической почечной недостаточностью, сердечно – сосудистыми заболеваниями),
- Операция по поводу тяжелого туберкулеза легких менее 6 месяцев ко времени беременности.

Относительные показания

При следующих состояниях решение о прерывании беременности будет сделано с учетом состояния женщины и тяжести болезни:

- Туберкулезный менингит,
- Милиарный туберкулез,
- Лекарственно – устойчивые формы туберкулеза,
- Казеозная пневмония.

В случае согласия больной туберкулезом женщины на проведение искусственного прерывания беременности, врачебная комиссия противотуберкулезного учреждения выносит соответствующее заключение, которое является основанием для проведения операции по прерыванию беременности.

Данная операция проводится – до 12 недель беременности в гинекологических отделениях акушерских стационаров, до 20 недель беременности – в наблюдательных отделениях родильных домов. Размещение пациенток производится в боксированные или отдельные палаты.

Прерывание беременности согласовывают с женщиной, учитывая все возможные показания к этому, в том числе наличие у женщины здоровых

детей и желание иметь еще, а также срока настоящей беременности, переносимости противотуберкулезной терапии и многих других факторов, которые могут быть индивидуальными.

В период подготовки к прерыванию беременности и после ее прерывания необходимо усилить противотуберкулезную терапию.

Повторная беременность рекомендуется не раньше, чем через 2—3 года.

Беременные, решившие вынашивать ребенка, трижды планово госпитализируются в стационар (до 12 недели, на 30-36 неделях и за 1-4 недели до родов), а в остальное время наблюдаются и лечатся в туберкулезном диспансере.

Основными задачами терапии являются купирование активного инфекционного процесса, прекращение бактериовыделения, предупреждение легочных кровотечений, дыхательной недостаточности, акушерских осложнений.

Медикаментозное лечение проводится в 2 этапа — бактерицидный, длящийся 2 месяца, и 4-месячный стерилизующий. Выбор препаратов для химиотерапии туберкулеза ограничен лекарственными средствами, оказывающими минимальное воздействие на плод.

Оценка эффективности лечения

Лечение туберкулёза лёгких может продолжаться не только в течение всего периода беременности, но и во время лактации. В том случае, если терапия была начата своевременно и проведена рационально, то к моменту родов и в послеродовом периоде, как правило, наблюдают положительную клиникорентгенологическую динамику течения заболевания.

Сроки и методы родоразрешения:

Роды стараются вести через естественные родовые пути. Показанием к кесареву сечению считают тяжёлую акушерскую патологию

Прогноз и профилактика

Еще недавно туберкулез принадлежал к числу наиболее частых медицинских показаний к прерыванию беременности. В наши дни своевременное выявление, систематическое наблюдение, комплексное лечение позволяют большинству женщин с диагностированным мелкоочаговым, ограниченным фиброзно-очаговым, гематогенно-диссеминированным легочным туберкулезом без риска выносить здорового ребенка. Профилактика предполагает планирование беременности пациентками, ранее перенесшими туберкулезную инфекцию, обязательный скрининг заболевания у родственников беременных.

Среди беременных к группам высокого риска относят:

- пациенток с недавно перенесённым туберкулёзом — менее одного года после окончания лечения;
- пациенток моложе 20 лет и старше 35 лет с туберкулёзом любой локализации;
- беременных с распространённым туберкулёзным процессом независимо от его фазы;
- беременных, имеющих контакты с больными туберкулёзом;
- беременных с впервые установленным виражом, гиперэргической или нарастающей туберкулиновой чувствительностью (по пробе Манту с 2 ТЕ).

Рекомендовано рациональное питание с достаточным количеством белковых продуктов, отказ от курения и злоупотребления спиртным, ограничение тяжелых физических нагрузок и стрессов. Пациенткам показано оздоровление в профильных санаториях, фитотерапия

Последствия для плода:

Если беременная женщина своевременно получит необходимую медикаментозную помощь, то инфекция практически не передается ребенку. В 85% случаев дети рождаются здоровыми. В некоторых случаях у них может наблюдаться замедленный рост и недостаток массы тела. Дефицит массы тела и роста у новорожденных хорошо корригируется в течение первых месяцев жизни. В дальнейшем такие дети не слишком отличаются от своих сверстников и быстро догоняют их в развитии.

Врожденный туберкулез у ребенка встречается редко. Выявляют такую патологию в первые месяцы жизни грудничка. Заражается он через плаценту во время внутриутробного развития. Кроме того, ребенок может инфицироваться во время прохождения по родовым путям, если мать болеет генитальным туберкулезом.

Врожденная форма заболевания имеет различные симптомы. Если инфицирование произошло на раннем сроке беременности, чаще всего случается выкидыш. На поздних сроках у плода поражаются внутренние органы, что приводит к его гибели. Если женщина смогла сохранить беременность, то ребенок может родиться раньше срока с выраженной внутриутробной гипоксией.

Но такая ситуация — довольно редкое явление. Диагностируется воспалительный процесс уже на 3-6 неделе жизни ребёнка.

Профилактика туберкулеза у новорожденных:

Новорождённых от матерей с активным туберкулёзом необходимо изолировать сразу после первичной обработки в родовом зале.

Новорожденных от больных туберкулезом матерей вакцинируют в зависимости от их состояния вакцинами БЦЖ или БЦЖ-М. Сроки вакцинации устанавливают совместно врач-неонатолог и врач-фтизиатр. После вакцинации мать с активной формой туберкулёза и ребенка разобщают на 6 нед, т. е. на срок формирования у ребенка противотуберкулезного иммунитета. При наличии противопоказаний к вакцинации или невозможности разобщения ребенку проводят химиопрофилактику.

Родильнице через 1—2 сут после родов производят рентгенологическое исследование легких и с учетом бактериологических данных определяют дальнейшую тактику в отношении возможностей грудного вскармливания и необходимого лечения.

Вопрос о возможности вскармливания новорождённых родильницами, у которых прекратилось выделение микобактерий, решает консилиум с участием фтизиатра, акушера-гинеколога и педиатра. Грудное вскармливание новорожденных разрешают только матерям с неактивным туберкулезом, не выделяющим МБТ. Соблюдаются все меры, направленные на предотвращение заражения ребенка: использование стерильной маски или марлевой повязки в 5-6 слоев и косынки на голову, тщательно мытье рук.

Мать в это время не должна принимать противотуберкулезные препараты, чтобы не влиять на формирование иммунитета после вакцинации ребенка БЦЖ.

До выписки из родильного дома окружающим ребенка лицам проводят контрольные рентгенологические исследования.

После выписки из родильного дома женщина и новорождённый должны находиться под наблюдением в туберкулёзном диспансере, женской и детской консультациях.

Прогноз:

Ранняя диагностика и раннее начало лечения туберкулёза во время беременности и после родов позволяют излечить большинство женщин и добиться рождения здорового ребенка.

Не следует пренебрегать здоровьем отца будущего ребенка. Регулярное посещение кабинета флюорографии будет только на пользу ему и всей семье.

Список литературы:

1. Туберкулез и беременность/ Корецкая Н.М.// Сибирское медицинское обозрение. – 2012. - №7(14)
2. Анализ течения и исходов туберкулеза и беременности при их сочетании у пациенток репродуктивного возраста/ Яковлева А.А., Мордык А.В., Жукова Н.В., Антропова В.В., Леонтьев В.В., Николаева И.И.// Сибирское медицинское обозрение. – 2012
3. Особенности течения туберкулеза на фоне беременности/ Мордык А.В., Кравченко Е.Н., Валеева Г.А., Пузырева Л.В.// Кубанский научный медицинский вестник. – 2014
4. Туберкулёз/ Кошечкин В.А., Иванова З.А. – 2007.