

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: «Туберкулёз и беременность»

Выполнил:
Клинический ординатор
кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии
Теляшкин Д.В.

Проверил:
Ассистент Коновалов В.Н.



г. Красноярск 2018г.

План

1. Предисловие_____	стр 3.
2. Особенности диагностики туберкулеза у беременных_____	стр 5.
3. Клинические особенности туберкулеза у беременных_____	стр 5.
4. Показания к прерыванию и сохранению беременности при туберкулезе _	стр 5.
5. Показаниями для продолжения беременности_____	стр 6.
6. Прерывание беременности в следующих случаях_____	стр 7.
7. Показания для прерывания беременности_____	стр 7.
8. Лечение беременных_____	стр 8.
9. Препараты для лечения_____	стр 9.
10. Ведение родов у больных туберкулезом_____	стр 10.
11. Кормление грудью_____	стр 10.
12. Группы повышенного риска по обострению туберкулезного процесса во время беременности_____	стр 10.
13. Организационные вопросы_____	стр 10
14. Литература_____	стр 10.

Предисловие

Туберкулез — наиболее частая причина смертельных исходов от инфекции среди женщин. 3,1 млн. женщин ежегодно заболевают туберкулезом, от туберкулеза ежегодно погибает более 1 млн. женщин. Появились сообщения о высокой частоте выявления туберкулеза у беременных и родильниц, особенно у много рожавших женщин Средней Азии и Казахстана. Среди больных легочным туберкулезом беременных бактериовыделение отмечено в 32,8% случаев. В большинстве наблюдений (80%) туберкулез выявляют в первой половине беременности. Как правило, туберкулез у большинства беременных женщин представлен в виде ограниченных форм: односторонний процесс с поражением одной доли легкого выявлен в 68% случаев; более одной доли легкого — в 19%; двухсторонний процесс в пределах доли легкого — в 5% и распространенный двухсторонний процесс — в 5%. Выраженные клинические проявления интоксикации отмечены в 47% наблюдений, слабо выраженные — в 29%, клинические проявления отсутствовали в 24%. Частота туберкулеза у беременных и родивших женщин в 1,5-2,5 раза превышает общую заболеваемость туберкулезом у женщин и имеет тенденцию к нарастанию. Причем у заболевших в период беременности и вскоре после родов часто выявляют острые, нередко осложненные формы туберкулеза, близкие по генезу к первичным. Повышенная заболеваемость туберкулезом у беременных объясняется, помимо особенностей изменений в организме у женщин в период беременности, и неблагоприятной социально-экономической и эпидемической обстановкой. Способствующим фактором в этом являются специфические неактивные изменения в легких, контакт с больным туберкулезом, хронические неспецифические заболевания органов дыхания, злоупотребление алкоголем. Этих женщин рекомендуется отнести к группе риска по развитию туберкулеза. В связи с постановлением Правительства Российской Федерации от 15 декабря 2001 г. № 892 «О реализации Федерального закона “О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации”» лица, проживающие совместно с беременными, должны в обязательном внеочередном порядке проходить профилактический медицинский осмотр (рентгенографию органов грудной клетки) в целях выявления туберкулеза. Сочетание туберкулеза любой локализации с беременностью ставит перед врачами ряд проблем: с одной стороны, влияние беременности, родов, послеродового периода и лактации на течение туберкулезного процесса, с другой — влияние туберкулеза на течение беременности и родов, здоровье новорожденного и родильницы. В настоящее время в связи с резким увеличением заболеваемости туберкулезом особое значение приобретают диагностика, терапевтическая тактика и профилактика его во время беременности. Туберкулез у беременных возникает на фоне снижения специфического иммунитета, ввиду чего отмечается высокий удельный вес заболеваний из туберкулезных очагов. Беременность предъявляет ряд требований к функциям различных органов в связи со значительными обменными и эндокринными изменениями в организме женщины вследствие включения плаценты как активного гормонального органа в общий гомеостаз и самого плода. Масса тела прогрессивно растет: за период беременности прибавка составляет в среднем 10—11 кг. Особое значение для фтизиатров имеет субфебрильная температура в период беременности. До 5-го месяца беременности (до наступления дегенерации желтого тела) у большинства беременных отмечается субфебрилитет, который объясняется центральными (гипоталамическими) механизмами, раздражением

терморегулирующего центра гормоном желтого тела. Сдвиги со стороны белой крови проявляются небольшим лейкоцитозом (10000-16 000), увеличением числа молодых форм и нейтрофилов. Цветной показатель высокий и равен 0,9. У большинства беременных отмечается ускорение СОЭ (до 15—25 мм), отражающее асептический распад белков. Со второй половины беременности часто наблюдается небольшая гипохромная анемия. Кроме того, у беременных происходит ряд функциональных нарушений вегетативной нервной системы, появляется большая нагрузка на сердечнососудистую и мочевыделительную системы (почки), а сам туберкулезный процесс может способствовать ослаблению организма, снижению адаптивных процессов. В этой ситуации сама беременность может способствовать активации туберкулезного процесса. Обострение туберкулеза легких в период беременности возможно до 63,3% при диссеминированной форме; до 75% — после перенесенного экссудативного плеврита и до 60,8% — при неэффективности проводимой терапии. Обострение или рецидив процесса чаще отмечает в начале беременности; далее при сроках 16-18 недель, когда в организм беременной включается плацента как мощный эндокринный орган и создающая третий круг кровообращения; и наконец на 5-8-е сутки после родов с учетом большой нагрузки на организм роженицы и в период лактации. Необходимо иметь в виду, что даже небольшое обострение туберкулезного процесса в период беременности протекает с выраженными общими симптомами: ухудшением общего состояния, повышением температуры, слабостью, снижением массы тела и другими проявлениями интоксикации. Острые и подострые формы диссеминированного туберкулеза легких, туберкулезный менингит бурно протекают после аборта, и поэтому врачи бывают вынуждены рекомендовать сохранение беременности. Эти больные должны подвергаться активной антибактериальной терапии в период беременности до родов при тщательном наблюдении фтизиатрами. Правильно скоординированная работа врачей женских консультаций и противотуберкулезных учреждений может способствовать своевременной диагностике туберкулезного процесса у беременной и решению вопроса о возможности продолжения или прерывания беременности. Эффективное лечение больных туберкулезом беременных в большинстве случаев дает возможность довести их до благополучных родов. Лечение избавляет многих женщин, больных туберкулезом от необходимости прерывать беременность. Это особенно важно во второй ее половине, когда прерывание связано с серьезными оперативными вмешательствами и осложнениями для больной. Возможности ранней диагностики легочного туберкулеза и эффективность современных методов лечения являются основанием для пересмотра сложившихся представлений в отношении продолжения или прерывания беременности при наличии туберкулезного процесса в различных органах, и в частности в легких. Это обусловлено тем, что современные методы диагностики дают возможность распознать туберкулез на более ранней фазе развития, а мощные терапевтические средства в комплексе с санитарно-гигиеническим режимом, проводимым в специальных противотуберкулезных учреждениях или на дому, позволяют рассчитывать на излечение от туберкулеза или на ликвидацию обострения. Своевременное выявление туберкулеза во время беременности позволяет провести полноценное лечение, добиться выздоровления женщин и рождения здорового ребенка.

Особенности диагностики туберкулеза у беременных.

В случае подозрения на туберкулез легких беременные подвергаются рентгенологическому методу исследования независимо от сроков беременности. Кроме того, рентгенологическому методу обследования легких могут быть подвергнуты женщины на любых сроках беременности, особенно при появлении жалоб на общую слабость, кашель, повышение температуры и др. От результатов обследования зависит дальнейшая тактика ведения беременности. При наличии кашля с мокротой необходимо трехкратное исследование мокроты, окрашенной по Циль—Нильсену, на микобактерии туберкулёза. Рентгенологическое обследование легких беременным необходимо проводить в прямой проекции, при этом рентгеновское облучение плода в 110 раз меньше, чем грудной клетки матери. Кроме того, необходимо использовать прорезиненный фартук для защиты плода. В настоящее время доступно обследование на малодозных цифровых установках, в десятки раз снижающих дозу облучения.

Клинические особенности туберкулеза у беременных.

В период беременности возможно обострение туберкулезного процесса любой локализации. Обычно это наступает с 5-й недели беременности до 4-го месяца, хотя возможно и на любых сроках беременности. Больных беспокоит лихорадка, признаки туберкулезной интоксикации (потливость, частый пульс, потеря аппетита и др.). Необходимо помнить о возможности развития милиарного туберкулеза и туберкулезного менингита во время беременности, при этом менингеальные симптомы могут быть приняты за проявления преэклампсии (тяжелого позднего гестоза). В этих случаях необходима срочная консультация невропатолога, окулиста, и при малейшем подозрении на туберкулезный менингит необходимо срочное проведение люмбальной пункции для подтверждения диагноза. Считается, что туберкулезный менингит, возникший в период гестации, протекает тяжелее, чем вне беременности, что объясняет перестройкой эндокринной и иммунной систем организма. Беременные за 2 недели родов при любой форме туберкулеза легких и туберкулезного процесса в других органах должны быть госпитализированы в палату беременных специализированного родильного дома или во 2-е отделение родильного дома общего профиля. При этом при сочетанном заболевании туберкулезом легких и почек роды должны быть проведены в присутствии уролога для своевременного оказания урологической помощи.

Показания к прерыванию и сохранению беременности при туберкулезе.

Вопрос о сохранении или прерывании беременности при наличии туберкулеза легких может быть правильно разрешен только с учетом всех возможностей лечения, а также с учетом условий труда и быта женщины; сам по себе факт обнаружения или наличия туберкулеза у беременной женщины недостаточен для решения обсуждаемого вопроса. Успешное развитие и введение в лечебную практику эффективных терапевтических средств должны направлять врачебную мысль прежде всего на возможность излечения беременной женщины от туберкулеза и на предупреждение заболевания туберкулезом ребенка. При решении вопроса о продолжении беременности необходимо исходить из возможности влияния туберкулезного процесса матери и антибактериальной терапии на развитие плода, а в дальнейшем и на ребенка. За последние

годы в связи с возможностями проведения антибактериальной терапии беременным, страдающим туберкулезом, врачебная тактика в отношении прерывания беременности в ранних и поздних сроках изменилась. Вопрос о прерывании беременности должен решаться индивидуально с учетом активности, клинической формы и фазы туберкулезного процесса, срока беременности, акушерского анамнеза (наличия детей), результатов проводимой терапии, переносимости антибактериальных препаратов и желания иметь ребенка.

Показаниями для продолжения беременности:

1. Клиническое излечение туберкулеза без выраженных остаточных изменений.
2. Малые формы активного туберкулеза легких без деструкции на фоне противотуберкулезного лечения.
3. Эффективность противотуберкулезной терапии при очаговых, инфильтративных и диссеминированных формах туберкулеза.
4. Туберкулез легких, выявленный во второй половине беременности, когда прерывание ее чревато различными осложнениями.
5. Экссудативный плеврит. При проведении лечения во время беременности он обычно протекает благоприятно.
6. При диссеминированном туберкулезе легких беременность можно сохранить, если процесс протекает с нерезко выраженными симптомами интоксикации и только в тех случаях, когда женщина настаивает на сохранении. В этих случаях необходимо активное, длительное лечение антибиотиками и химиопрепаратами в противотуберкулезном стационаре.
7. Активный, далеко зашедший, распространенный туберкулез легких в сочетании с туберкулезом гортани или другими внелегочными формами туберкулеза, выявленными при больших сроках беременности, так как операция прерывания беременности может привести к тяжелым последствиям. В этих случаях необходимо проводить интенсивную антибактериальную терапию и довести беременность до донца.
8. Наличие в анамнезе беременной операции торакопластики со стойкой компенсацией и отсутствием рецидивов в течение 2 лет.
9. Клинически излеченный генитальный туберкулез. Возникновение беременности при этой локализации туберкулеза дает право думать об ограничении или ликвидации процесса в половой сфере.

Тактика ведения беременных при наличии в анамнезе туберкулеза заключается в следующем: минимальный промежуток между беременностями и родами у больных с туберкулезом должен быть не менее 2—3 лет. На основании результатов наблюдений за больными, у которых было произведено прерывание беременности, можно заключить, что такое вмешательство рекомендуется лишь при прогрессировании процесса, поскольку оно безразлично для больной туберкулезом.

Прерывание беременности в следующих случаях:

1. Безуспешной терапии;
2. Тяжелом прогрессирующем и распространенном туберкулезе легких и гортани; туберкулезном менингите;
3. Милиарном туберкулезе.

Прерывание беременности в сроки от 3 до 7 мес показано при тех формах активного туберкулезного процесса, когда лечение, предпринятое до или во время беременности, оказалось неэффективным. Прерывание беременности в поздние сроки допускается только в исключительных случаях — при распространенных, прогрессирующих процессах, так как при деструктивных процессах (фиброзно-кавернозных формах) неизбежно инфицирование и заболевание новорожденного. Мы полагаем, что при решении вопроса о возможности продолжения беременности при наличии туберкулезного процесса в легких и других органах необходимо исходить прежде всего из активности и тяжести основного заболевания и эффективности проводимой терапии. При этом следует учитывать, что беременность предъявляет ряд новых требований к функциям различных органов в связи со значительными изменениями обменных процессов и эндокринной системы вследствие включения плаценты как активного гормонального органа в общий гомеостаз.

Показания для прерывания беременности:

Фиброзно-кавернозный туберкулез легких и кавернозный туберкулез легких – при любом сроке беременности. Необходимо помнить, что прерывание беременности в большие сроки обычно приводит к ухудшению основного заболевания и возможности бронхиального обременения. При отказе больной от прерывания беременности необходимо проведение антибактериальной терапии на протяжении всей беременности и в послеродовом периоде. Однако следует настойчиво рекомендовать прерывание беременности при этих процессах, если беременность не превышает 12—14 недель.

Хронический гематогенно-диссеминированный туберкулез. При таком процессе прерывание беременности показано при любом сроке беременности. Необходимо отметить, что в настоящее время такая форма туберкулеза встречается крайне редко.

Сочетание туберкулеза с легочно-сердечной недостаточностью, диабетом и другими хроническими заболеваниями.

Впервые выявленный очаговый, инфильтративный диссеминированный туберкулез легких и внелегочный туберкулез с тенденцией к прогрессированию процесса на фоне лечения и наличием лекарственной устойчивости.

Цирротический туберкулез легких с явлениями легочно-сердечной недостаточности.

Туберкулез мочевыделительной системы, протекающий на фоне хронической почечной недостаточности 1—3 степени. Эти больные заслуживают особого внимания. Сочетание этого заболевания с беременностью неблагоприятно в связи с тем, что сама беременность увеличивает нагрузку на почки. При настойчивом желании женщины иметь ребенка необходимо учитывать форму, фазу заболевания и функциональную способность почек. Больные должны находиться под наблюдением акушера и фтизиогинеколога и

рожать в специализированном родильном доме, где в штате есть уролог, так как во время родов и в послеродовом периоде может потребоваться неотложная специализированная помощь.

Предстоящее хирургическое лечение по поводу туберкулеза.

Тяжелый прогрессирующий костно-суставной туберкулез в первые 3 месяца.

При активном туберкулезе легких и гортани, а также при туберкулезном менингите и милиарном туберкулезе прерывание беременности показано в сроки только до 3 мес беременности на фоне интенсивной антибактериальной терапии. Прерывание беременности при этих процессах во второй половине беременности может привести к тяжелым исходам для беременной. Таким образом, причины для прерывания беременности разнообразны, и поэтому их невозможно предусмотреть в какой-либо официальной инструкции.

Лечение беременных.

На основании длительных клинических наблюдений при прогрессирующих функциональных и анатомических изменениях в легких мы пришли к убеждению, что прерывание беременности в большие сроки может вызвать у этих больных весьма тяжелые обострения туберкулезного процесса. Поэтому в данных случаях следует проводить лечение антибактериальными препаратами и доводить беременность до конца.

Нелеченный туберкулез у беременной женщины опасен для плода гораздо больше, чем противотуберкулезное лечение матери. В период беременности и лактации в антибактериальной терапии нуждаются следующие больные: с активным туберкулезом легких в период беременности; с диагностированным активным туберкулезом в конце беременности или в послеродовом периоде; с обострением или рецидивом туберкулезного процесса в период беременности. Самым сложным в лечении туберкулеза в период беременности и лактации является выбор антибактериальных препаратов. Необходимо отметить трудности лечения туберкулеза в период беременности в связи с плохой переносимостью антибациллярных препаратов. При применении рифампицина в начале беременности возникает угроза выкидыша, а в последние месяцы препарат токсичен для печени матери и плода. С этой точки зрения можно использовать рифабутин, так как его применяют в меньшей дозировке, и, соответственно, он менее токсичен для печени.

К сожалению, беременным можно назначать далеко не все препараты, так как ряд препаратов являются токсичными либо оказывают тератогенное действие. Вопросы подбора препаратов для лечения беременных, больных туберкулезом, акушерам-гинекологам необходимо согласовывать со фтизиатрами, так как за последние годы пересматриваются вопросы о противотуберкулезных препаратах. Стрептомицин проникает через плаценту в ткани эмбриона со 2-го месяца беременности и содержится в них в той же концентрации, что и в организме матери. Препарат оказывает влияние на вестибулярный аппарат плода, а у новорожденных снижает слух, возможно и наступление глухоты. Поэтому применение стрептомицина и других аминогликозидов во время беременности и в период вскармливания новорожденного ввиду его токсичности для слухового и вестибулярного аппаратов не рекомендуется. Этионамид, протионамид оказывают тератогенное действие, в связи с чем в первую половину беременности их не назначают. При необходимости возможно назначение их во второй половине беременности. Циклосерин, пиразинамид во время беременности и в период кормления

новорожденного не назначают. Эти препараты еще недостаточно изучены для назначения их беременным.

Препараты для лечения:

Изониазид с учетом его проникновения через плацентарный барьер рекомендуется в сочетании с витамином В6, тем более что уровень В6 в эритроцитах беременных снижен. Для восстановления интраэритроцитарного баланса В6 необходимой дозой считается 4 мг/сут. Перспективно использование феназида, который содержит в себе железо. Он обладает лучшей переносимостью по сравнению с изониазидом. Рифабутин в дозе 0,15-0,3 мг/кг в сутки является перспективным препаратом в лечении туберкулеза у беременных. Рифампицин назначается (в дозе 10 мг/кг. Однако мы рекомендуем воздержаться от назначения рифампицина и рифабутина в первые 3 мес беременности из-за возможности повышения тонуса матки и угрозы выкидыша. Этамбутол — малотоксичный препарат, назначается в обычных дозах 20 мг/кг.

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 плаценту. Микобактерии попадают в отпадающую оболочку, затем в межворсисные пространства и проникают в строму ворсин и в сосудистую сеть плода. Инфицирование ребенка возможно и при контакте с большой 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.

Группы повышенного риска по обострению туберкулезного процесса во время беременности:

1. Беременные, которые недавно перенесли туберкулезное заболевание (не менее 1 года после окончания лечения).
2. Беременные после операций, произведенных по поводу туберкулеза (не менее 1 года).
3. Беременные, имевшие в анамнезе туберкулезный процесс различной локализации, в возрасте моложе 20 и старше 35 лет.
4. Беременные, имевшие в анамнезе распространенный туберкулезный процесс независимо от его фазы.
5. Беременные молодого возраста, имеющие контакты с больными туберкулезом.

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. «Заболевания легких при беременности, Чучалин А.Г., Краснопольский В.И., Фассахов Р.С., 2002 г.