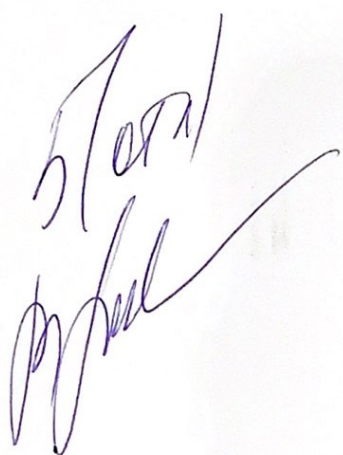


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор Цхай В.Б

РЕФЕРАТ



«Туберкулез и беременность»

Выполнила	Выполнила: клинический ординатор кафедры перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета Шевченко О.В
Проверил	Ассистент Коновалов В.Н

Содержание

Введение
Этиология заболевания
Патогенез заболевания
Осложнения беременности
Клиническая и лабораторная картина
Диагностика
Прерывание беременности
Своевременное выявление больных
Ведение родов
Лечение
Прогноз
Список литературы

Введение

В связи с ростом заболеваемости туберкулезом женщин преимущественно детородного возраста особую остроту приобрела проблема беременности и материнства у больных туберкулезом женщин: заболеваемость туберкулезом беременных и родивших в 1,5 - 2,5 раза превышает показатели общей заболеваемости женщин. Сочетание туберкулеза с беременностью и материнством ставит перед врачами ряд проблем. С одной стороны, это влияние беременности, родов, послеродового периода и лактации на развитие и течение туберкулезного процесса, с другой – влияние туберкулеза на репродуктивное здоровье женщин, течение беременности и родов, здоровье новорожденного и родильницы. В настоящее время большинство исследователей указывают на преимущественно отрицательное взаимовлияние туберкулеза и беременности, особенно у социальнонеадаптированных женщин. Причины развития и прогрессирования туберкулеза во время беременности и в послеродовом периоде обусловлены медико-биологическими (выраженная перестройка иммунной и эндокринной систем усиленный обмен веществ, нервнopsихическое напряжение, связанное с новыми заботами материнства, сопутствующие заболевания и др.) и социальными факторами.

Деятельность фетоплацентарной системы приводит к гормональной перестройке организма женщины со всеми вытекающими отсюда последствиями и обострением дремлющих воспалительных процессов, в том числе и туберкулеза. А туберкулез и его лечение приводят к перегрузке внутренних органов, особенно печени и почек, через которые выводятся почти все противотуберкулезные препараты.

Обострение туберкулеза чаще всего происходит в начале и конце беременности и после родов. Определенное значение в этом имеет декомпрессия брюшной полости после родов с растяжением легких и других органов. Явное ухудшение течения болезни отмечается примерно у 1/3 части беременных, больных туберкулезом. Особенно тяжело протекает туберкулез у ослабленных женщин с сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, анемия, заболевания желудочно-кишечного тракта и др.), частыми родами с промежутком менее 3 лет и абортами.

Этиология

К возбудителям туберкулеза относят *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis* и *Mycobacterium africanum*. Эти три вида микобактерий объединяют в комплекс *Mycobacterium tuberculosis*. Путь передачи возбудителя - воздушно-пылевой. Риск заражения зависит от характера и продолжительности контакта с источником инфекции. Высока вероятность заражения среди асоциальных слоев населения.

Патогенез

После заражения *Mycobacterium tuberculosis* альвеолярные макрофаги выделяют цитокины: ИЛ-1, ИЛ-6 и фактор некроза опухоли- α . В результате начинается пролиферация лимфоцитов CD4+, играющих роль в защите от *Mycobacterium tuberculosis*. С развитием клеточного иммунитета и накоплением в первичном очаге большого количества активированных макрофагов формируется туберкулезная гранулема.

Осложнения беременности

Специфичности влияния туберкулеза на течение беременности, родов и послеродовой период не установлено. Практически все изменения, обнаруживаемые у беременной, роженицы или родильницы, характеризуются как типовая реакция организма на воспаление. Тем не менее, при туберкулезном процессе у беременных отмечают увеличение частоты анемий, гестозов, плацентарной недостаточности, несвоевременного излития околоплодных вод. Неосложненное течение беременности регистрируют у 46% женщин.

Преждевременные роды при туберкулезе наблюдают в 6% случаев, а запоздалые роды крайне редки. Туберкулез не оказывает влияния ни на один из периодов родов.

Послеродовой период у родильниц в большинстве случаев имеет благоприятное течение. От матерей, страдающих туберкулезом легких, 80% детей рождаются практически здоровыми.

В структуре заболеваемости новорожденных, связанной с течением беременности, в 67% случаев - это замедление роста и недостаточность питания плода, а в остальных - расстройства, связанные с укорочением срока беременности и малой массой тела при рождении.

Клинические и лабораторные проявления туберкулеза у женщин во время беременности

Диагноз туберкулеза устанавливает врач – фтизиатр, консультацию которого необходимо проводить в следующих случаях:

- При подозрении на активный туберкулез (наличии симптомов интоксикации, обнаружении соответствующих рентгено – томографических признаков, выявлении МБТ, ДНК МБТ в биологических жидкостях)
- При наличии контакта (семейного, производственного) с больными активным туберкулезом органов дыхания и внелегочных локализаций
- У ВИЧ – инфицированных
- При клинически излеченных формах туберкулеза органов дыхания и внелегочных локализаций, независимо от срока давности перенесенного процесса (поскольку беременность может способствовать реактивации специфического процесса).

Клинические проявления в I триместре беременности имеют

выраженный характер: симптомокомплекс интоксикации - общая слабость, быстрая утомляемость, раздражительность, частая смена настроения, потливость, потеря аппетита, головные боли, длительное повышение температуры до субфебрильных цифр, чаще в вечернее время, кашель с мокротой или без нее, кровохарканье, боль в грудной клетке, одышка.

Клинические проявления туберкулеза органов дыхания во II и III триместрах беременности могут иметь «стертый», не выраженный характер - диспропорция между удовлетворительным общим состоянием и большими экссудативно - пневмоническими изменениями в легких

В период гестации беременные пребывают в состоянии физиологической иммуносупрессии, развиваются тяжелые деструктивные формы (инфильтративная с распадом, кавернозная, казеозная пневмония, диссеминированная) с прогрессирующим течением.

Во II и III триместрах беременности настораживает отсутствие нарастания или даже снижение массы тела. У женщин с туберкулезом легких при наличии инфильтрации и деструкции легочной ткани - высокая частота прогрессирующей анемии средней и тяжелой степени.

Клинический анализ крови:

- Повышение абсолютного числа лейкоцитов (до 10 000-16 000);
- Повышение количества молодых форм нейтрофилов;
- Снижение цветного показателя (до 0,9). Во второй половине беременности часто - гипохромная анемия.

В послеродовом периоде состояние резко ухудшается вследствие дополнительной физической нагрузки, кровопотери, изменения иммунного и гормонального состояния, резкого опускания диафрагмы и возникновения синдрома «абдоминальной» декомпрессии, развивается острая гематогенная диссеминация туберкулезного процесса и аспирация казеозных масс в непораженные участки легких, с развитием бронхогенного обсеменения.

Диагностика

Рентгенологическое исследование во время беременности - по показаниям, после окончания эмбрионального периода (10 недель акушерского срока), когда заканчивается морфогенез и органогенез. В послеродовом периоде рентгено-томографическое исследование органов грудной клетки проводится в течение 1-2 суток после родов.

Туберкулинодиагностику с использованием внутрикожной пробы Манту с 2ТЕ PPD-L проводят независимо от срока беременности. Оценку размеров пробы производят с обращением внимания на впервые положительную пробу Манту («вираж»), выраженную папулу (15-16мм) и гиперергическую реакцию (21мм и более), а также везикуло - некротическую реакцию, независимо от размеров инфильтрата, с лимфангоитом или без него.

Обязательно обследование членов семьи беременной на туберкулез (Постановление Правительства РФ от 25 декабря 2001г. №892 (ред. от 15.08.2019) «О реализации Федерального закона «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»)

Исследование материала на МБТ методом микроскопии и бактериологического посева - стандартно в течение 3-х последовательных дней, трехкратно.

Исследование материала от больной (мокроты, промывных вод бронхов, венозной крови) на наличие ДНК МБТ - не менее 3-х раз за беременность; не менее 2-х раз после родов. Исследование пуповинной крови на наличие ДНК МБТ и установления риска вертикального инфицирования проводят во время родов однократно.

Прерывание беременности

Вопрос о сохранении или прерывании беременности решают совместно врач-фтизиатр и акушер-гинеколог.

Необходимо учитывать: желание женщины, полноценность беременности;

срок беременности, акушерский анамнез (наличие живых, здоровых детей), активность, характер, клиническую форму и фазу туберкулезного процесса

перспективы лечения, результаты проводимой терапии, переносимость антибактериальных препаратов.

Пролонгирование беременности возможно при:

- Клинически излеченный туберкулез с формированием больших или малых остаточных изменений или без них
- Малые формы активного туберкулеза легких без деструктивных изменений и бактериовыделения (очаговый туберкулез, инфильтративный туберкулез без распада)
- Туберкулезный плеврит
- Состояние после оперативного вмешательства по поводу туберкулеза легких со стойкой компенсацией и отсутствием рецидивов в течение 2-х лет.
- Ограниченный и не осложненный туберкулез внелегочных локализаций.

Абсолютные показания к прерыванию беременности:

- Фиброзно – кавернозный, кавернозный, диссеминированный туберкулез (прогрессирующее течение)
- Легочно – сердечная недостаточность у больных туберкулезом органов дыхания
- Сочетание туберкулеза органов дыхания с тяжело протекающей экстрагенитальной патологией (декомпенсированной бронхиальной астмой, ХОБЛ, сахарным диабетом, ХПН, сердечно – сосудистой патологией)
- Состояние после перенесенных хирургических вмешательств по поводу туберкулеза легких с декомпенсацией и сроком не менее 6-ти месяцев после перенесенных операций.

Относительные показания к прерыванию беременности:

- Туберкулезный менингит
- Милиарный туберкулез

- Лекарственно – устойчивые формы туберкулеза
- Казеозная пневмония
- В случае согласия женщины на проведение искусственного прерывания беременности, врачебная комиссия п/туберкулезного учреждения выносит соответствующее заключение.

Данная операция проводится - до 12 нед. беременности в гинекологических отделениях акушерских стационаров, до 20 нед. беременности – в наблюдательных отделениях родильных домов (п/эпидемические мероприятия, размещение в боксированные или отдельные палаты).

Своевременное выявление больных туберкулезом

Участковым (районным) врачам-фтизиатрам ежеквартально передавать (корректировать) в женские консультации списки женщин репродуктивного возраста, состоящих на диспансерном учете по поводу туберкулеза любой локализации, в том числе и по контакту с бацилловыделителями.

Участковым (районным) врачам-фтизиатрам постоянно взаимодействовать с врачами акушерами – гинекологами женских консультаций и при необходимости контролировать выполнение алгоритма ведения беременности у больных туберкулезом.

Врачам акушерам-гинекологам женских консультаций при выявлении беременности среди женщин, из ежеквартальных списков, переданных участковыми фтизиатрами, немедленно сообщать об этом в поликлинические отделения п/туберкулезных учреждений, совместно решать вопрос о возможности пролонгирования или прерывания беременности и дальнейшем ведении в послеабортном или послеродовом периоде.

Если туберкулез был выявлен во время беременности и коллегиально принято решение о пролонгировании, необходимо соблюдать следующие рекомендации:

- Беременные с установленным диагнозом ТОД должны состоять на диспансерном учете в женской консультации по месту жительства под наблюдением участкового акушера – гинеколога. Одновременно женщина состоит на диспансерном учете в противотуберкулезном диспансере под наблюдением участкового фтизиатра
- Акушерам – гинекологам необходимо быть готовым к развитию акушерских осложнений, наиболее характерных для женщин, больных туберкулезом во время беременности: ранний токсикоз, анемия беременных, угроза прерывания беременности, плацентарная недостаточность и хроническая внутриутробная гипоксия плода
- При наличии акушерских показаний для госпитализации беременную с туберкулезом следует направлять для лечения в отделение патологии беременности при специализированных родильных домах или в наблюдательное отделение родильного дома общего профиля
- Госпитализация женщин с остаточными изменениями, из очага

туберкулезной инфекции, из группы риска в палату патологии беременности осуществляется за 2 недели до родов.

— Госпитализация беременных с активным ТОД в связи с необходимостью проведения противотуберкулезного лечения осуществляется независимо от срока беременности.

— При выявлении туберкулеза у беременных и возможности сохранить беременность необходимо начать комплексную специфическую терапию.

Плановую госпитализацию при туберкулезе проводят три раза. В первые 12 недель беременности, 30-36 и 36-40 недель лечение проводят в стационаре, в остальные месяцы беременности — в туберкулезном диспансере.

Ведение родов

Роды стараются вести через естественные родовые пути. Родоразрешающие операции, такие как акушерские щипцы, резко ограничены. Их выполняют лишь по императивным акушерским показаниям (гипоксия плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты во втором периоде родов) и при легочно-сердечной недостаточности. В родах целесообразно проводить дыхательную гимнастику, применять обезболивающие и спазмолитические средства.

Показанием к кесареву сечению служит тяжелая акушерская патология (клинически и анатомически узкий таз, предлежание плаценты, поперечное положение плода), а также при тяжелом состоянии женщины (дыхательная недостаточность).

Ведение послеродового периода у женщин, больных туберкулезом

При наличии активного туберкулезного процесса, особенно с бактериовыделением, после первичной обработки (через 10–15 минут после рождения) необходима изоляция новорожденного сроком на 6–8 недель в случае проведения БЦЖ-вакцинации.

Все новорожденные от матерей, больных туберкулезом, должны быть вакцинированы БЦЖ или БЦЖ-М, в зависимости от состояния новорожденного. Вакцину БЦЖ применяют внутрикожно в дозе 0,05 мг в 0,1 мл растворителя. Первичную вакцинацию осуществляют здоровым новорожденным детям на 3–7-е сутки жизни.

Сроки вакцинации детей, родившихся от матерей, больных туберкулезом органов дыхания, устанавливаются врачом-неонатологом совместно с фтизиатром.

Дети, не вакцинированные в период новорожденности, получают вакцину БЦЖ-М. Детям в возрасте 2 месяцев и старше предварительно проводят пробу Манту с 2ТЕ PPD-L и вакцинируют только туберкулин-отрицательных.

Родильница, больная активным туберкулезом, должна быть переведена для дальнейшего лечения в туберкулезный стационар. Тактика в отношении

перевода ребенка, при необходимости, в отделение патологии новорожденных детской больницы решается врачом-неонатологом родильного дома.

В течение 1–2 суток после родов родильнице необходимо произвести рентгенологическое исследование органов дыхания, на основании которого будет определяться тактика в отношении дальнейшего лечения, а также возможности грудного вскармливания.

Вопрос о кормлении ребенка грудью решается совместно фтизиатром и акушером – гинекологом. При неактивном туберкулезе органов дыхания разрешается грудное вскармливание. Обязательно соблюдение санитарно – гигиенических мер (обработка сосков, использование маски). Активный туберкулез органов дыхания с бактериовыделением или без него является абсолютным противопоказанием к грудному вскармливанию.

Родильница, у которой был выявлен активный туберкулез, должна быть переведена для дальнейшего лечения в туберкулезный стационар.

В случае отрыва родильницы от лечения в течение 42-х дней после родов, врач-фтизиатр (стационара, поликлиники) сообщает об этом в женскую консультацию по месту жительства с целью проведения совместных мер организационного и санитарно – эпидемиологического характера для привлечения пациентки к противотуберкулезной терапии. Лечение туберкулеза во время беременности и послеродовом периоде

Лечение

Выбор режима химиотерапии и лечения в условиях поликлиники или стационара решается врачебной комиссией противотуберкулезного учреждения, где пациентка состоит на диспансерном учете.

Необходимо учитывать срок беременности, наличие акушерских осложнений, клиническую форму, степень активности и фазу туберкулезного процесса. Лечение туберкулеза во время беременности и послеродовом периоде.

При не осложненном течении беременности, отсутствии акушерских осложнений, пациенткам с туберкулезом ограниченных локализаций, возможно проводить лечение в амбулаторно – поликлинических условиях специализированного учреждения до 35-36 недель беременности включительно.

При наличии показаний к прерыванию беременности пациентка госпитализируется в стационар акушерско – гинекологического профиля, где проводится хирургическое прерывание беременности, с последующим наблюдением и лечением в условиях противотуберкулезного учреждения.

При возникновении акушерских осложнений в I триместре беременности и наличии показаний к пролонгированию беременности пациентка госпитализируется в специализированное гинекологическое отделение или гинекологическое отделение многопрофильной больницы, где должны быть соблюдены меры эпидемиологической безопасности, осуществлено одновременное наблюдение и лечение врачами акушерами –

гинекологами и фтизиатрами.

При возникновении акушерских осложнений во II и III триместрах беременности и наличии показаний к пролонгированию беременности пациентка госпитализируется в наблюдательное отделение родильного дома, где проводится одновременное наблюдение и лечение врачами акушерами – гинекологами и фтизиатрами.

При наличии показаний к госпитализации в п/туберкулезный стационар и не осложненном течении беременности пациентка госпитализируется в терапевтическое (хирургическое) отделение противотуберкулезного учреждения, где проводится одновременное наблюдение и лечение врачами фтизиатрами (фтизиохирургами) и акушерами – гинекологами.

При сроке беременности свыше 35-36 недель (с наличием акушерских осложнений или без таковых) пациентке с туберкулезом показана родовая госпитализация в специализированный родильный дом или наблюдательное отделение родильного дома, где проводится одновременное наблюдение и лечение врачами акушерами – гинекологами и фтизиатрами.

В послеродовом периоде, при наличии туберкулеза ограниченных локализаций, возможно проводить лечение в амбулаторно – поликлинических условиях специализированного учреждения с обязательной изоляцией матери от новорожденного.

В послеродовом периоде при наличии активных, распространенных, деструктивных форм туберкулеза, с бактериовыделением или без него, на 5-7 сутки после родов родильницу необходимо госпитализировать в специализированный стационар с целью изоляции от новорожденного и проведения противотуберкулезной терапии. Противотуберкулезные и антибактериальные препараты, используемые для лечения туберкулеза во время беременности.

При наличии тяжелых, деструктивных форм туберкулеза (фиброзно – кавернозный, кавернозный, диссеминированный туберкулез с прогрессирующим течением); присоединении осложнений в виде легочно – сердечной недостаточности; сочетании туберкулеза органов дыхания с тяжело протекающей экстрагенитальной патологией (декомпенсированной бронхиальной астмой, ХОБЛ, сахарным диабетом, ХПН, сердечно – сосудистой патологией) рекомендовано назначать противотуберкулезную терапию, независимо от срока беременности, в интересах сохранения жизни матери и плода.

Для лечения применяют следующие медикаментозные средства: стрептомицин, изониазид в сочетании с витаминами В, В6, В12, С, десенсибилизирующими средствами, гепатопротекторами. При неэффективности препаратов I-го ряда или побочных явлениях применяют препараты 2-го ряда — циклосерин, этионамид. Проводят иммунотерапию.

Прогноз

Ранняя диагностика и раннее начало лечения туберкулеза у беременных обеспечивают благоприятный исход беременности и родов для матери и плода. Всем новорожденным проводят профилактическую вакцинацию БЦЖ. Если у матери неактивная форма туберкулеза, она может кормить новорожденного грудью.

Список литературы

- Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза у женщин во время беременности и послеродовом периоде - Москва, 2014г
- Руководство к практическим занятиям по акушерству под ред. В.Е. Радзинского – Москва, 2010г
- Туберкулез, беременность и материнство, Корецкая Н.М. 2012г
- Фтизиатрия, Г.К. Гусейнов 2014г
- Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания – Москва, 2014г