

ЛИТЕРАТУРА.

1. Евсеев А.В., Шабанов П.Д., Парфенов Э.А., Правдивцев В.А. Острая гипоксия: механизмы развития и коррекция антиоксидантами.- СПб.: Элби-СПб, 2008. – 224с.
2. Зарубина И.В., Шабанов П.Д. Молекулярная фармакология антигипоксантов. – СПб.: Н-Л, 2004. – 368с.
3. Левченкова О.С. Изучение антигипоксической активности производных природных антиоксидантов: автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Смоленск, 2006. – 21с.
4. Лукьянова Л.Д. Роль биоэнергетических нарушений в патогенезе гипоксии//Патологическая физиология и экспериментальная терапия. - 2004. -№2. - С.2-11
5. Методическими рекомендациями по экспериментальному изучению препаратов, предлагаемых для клинического изучения в качестве антигипоксических средств/Под. ред. Л.Д.Лукьяновой.- М., 1990. - 18с.
6. Новиков В.Е., Катунина Н.П. Фармакология и биохимия гипоксии// Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии, 2002.-Т.1, №2. - С.73-87
7. Новиков В.Е., Левченкова О.С. Антигипоксанты, как эффективные средства защиты организма при гипоксических состояниях//Материалы конференции «Актуальные проблемы клинической медицины». - Смоленск, 2009.- С.225-229.
8. Шабанов П.Д., Зарубина И.В., Новиков В.Е., Цыган В.Н. Метаболические корректоры гипоксии.- СПб.: Информ-Навигатор, 2010. – 912с.

УДК 616-002.5:618.3

ТУБЕРКУЛЕЗ: АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ

Ю.В.Фролова, Т.В.Мякишева

ГОУ ВПО СГМА, г. Смоленск

Кафедра фтизиопульмонологии

Ключевые слова: туберкулез, беременность, раннее выявление.

TUBERCULOSIS: ACTUAL PROBLEM IN PREGNANCY

J.V.Frolova, T.V.Mykisheva

Key words: tuberculosis, pregnancy, early evaluation.

В настоящее время отмечается напряженная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу, что подтверждается заболеваемостью 82,4 на 100 тыс. населения в РФ за 2009г. Наибольшую тревогу вызывает тот факт, что самая высокая заболеваемость среди женщин регистрируется в репродуктивном возрасте от 18 до 25 лет[1]. В литературе имеются сообщения о высокой частоте выявления заболевания туберкулезом у беременных и родильниц [3]. Причем выявляется туберкулез преимущественно по обращению с жалобами (51,8%), лишь в 15 % случаев туберкулез обнаруживали рентгенологическим методом [2]. Как правило, в анамнезе можно установить семейный контакт с больным туберкулезом, отягощающий акушерский анамнез: аборт, неразвивающейся беременностью, невынашивание беременности, произвольные выкидыши, преждевременные роды. Обнаруживается туберкулез у беременных преимущественно во II-III триместре беременности [2]. Туберкулез, выявленный у женщин в период беременности или спустя 6-9 месяцев после родов, характеризуется острым началом, более тя-

желыми формами, и, к сожалению, поздно диагностируется [3].

В связи с тем, что беременные и кормящие женщины входят в группу риска по возникновению туберкулеза, и в отношении этой группы населения необходимо иметь повышенную настороженность, приводим клиническое наблюдение:

Больная Р., 22 года, переведена в противотуберкулезный диспансер с диагнозом диссеминированный туберкулез легких из родильного отделения ЦРБ, где находилась на стационарном лечении с 16.04.2010г по поводу угрозы выкидыша, анемии, внутриутробной гипоксии, гипотрофии плода. Из анамнеза известно, что 19.04.10 произошел самопроизвольный выкидыш при беременности 27 недель. На рентгенограмме органов грудной клетки от 19.04.10г обнаружена мелкоочаговая распространенная диссеминация. Заключение: Диссеминированный туберкулез легких? После консультации фтизиатра пациентка направлена на лечение в противотуберкулезный диспансер. Из анамнеза выяснено, что в январе 2010 года перенесла нижнедолевую пневмонию, осложненную правосто-

ронним плевритом, которая была расценена как неспецифическая; получала противопневмоническое лечение, отмечалась незначительная положительная клинико-лабораторная динамика. От контрольного рентгенологического исследования больная отказалась в связи с беременностью.

Контакт с туберкулезным больным отрицает, не работает, проживает с мужем, ребенком 1 года, материально-бытовые условия неудовлетворительные. Употребление алкоголя и наркотических веществ отрицает. При поступлении в противотуберкулезный диспансер состояние пациентки расценено как тяжелое, отмечаются выраженные симптомы интоксикации: температура 37,9°C, слабость, потливость. Больная в сознании, заторможена, на вопросы отвечает односложно. Зрачки обычные, одинаковые. Менингеальных знаков нет. Кахексична. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная симптоматика умеренно выражена: аускультативно - жесткое дыхание, в нижних отделах ослабленное везикулярное, больше справа, перкуторно - притупление легочного звука справа. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Отеков нет. В общем анализе крови: анемия, умеренный лейкоцитоз, повышение СОЭ 29 мм/ч. В биохимическом анализе крови: повышение АЛТ 75 Ед/л. В мокроте обнаружены микобактерии туберкулеза методом простой бактериоскопии. Рентгенологически определяется множественная мелкоочаговая диссеминация с участками деструкции. Выставлен окончательный диагноз: диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада МБТ+. На фоне комплексной противотуберкулезной терапии через 3 месяца отмечалась умеренная положительная динамика: исчезновение симптомов интоксикации, нормализация температуры, снижение СОЭ, лейкоцитоза; рентгенологически частичное рассасывание очагов в легких. Больная выписана для продолжения лечения на амбулаторный этап.

Заключение:

1) Для предотвращения возникновения туберкулеза у беременных необходимо соблюдать Постановление Правительства РФ от 25 декабря 2001 г. № 892 «О реализации Федерального закона «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», согласно которому лица, проживающие совместно с беременными женщинами и новорожденными, должны пройти внеочередное флюорографическое обследование.

2) При появлении жалоб у беременных, родильниц, кормящих женщин, таких как кашель, повышение температуры тела, потливость, снижение аппетита и массы тела, терапевты и гинекологи должны иметь настороженность в отношении туберкулеза.

3) При подозрении на туберкулез у беременных женщин необходимо обследовать их в полном объеме: установить возможный контакт с больным туберкулезом; учесть клиническую картину заболевания, динамику на фоне лечения; исследовать мокроту на микобактерии туберкулеза бактериоскопическими и бактериологическими методами; использовать для дифференциальной диагностики туберкулиновые пробы (Манту, диаскинтест), которые не противопоказаны при беременности; при необходимости рентгенологически обследовать беременных с обязательным соблюдением мер предосторожности - использование просвинцованного щита или фартука. Боязнь этих обследований не оправдана, т.к. это может нередко приводить к обнаружению далеко зашедших туберкулезных процессов.

4) При обнаружении данных за туберкулезное поражение больные должны быть проконсультированы фтизиатром.

Тесное сотрудничество акушеров-гинекологов, терапевтов, фтизиатров, рентгенологов имеет большое значение для своевременного выявления, полноценного обследования беременных, родильниц и кормящих, установления диагноза и назначения адекватного лечения, что наиболее благоприятно для прогноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валиев Р.Ш., Гилязутдинова З.Ш. Туберкулез и беременность: Казань 2000.-С.63.
2. Ковганко П. А. К проблеме туберкулеза и материнства // Пробл.туб. и болезни легких. - 2003. - №4. - С.46-48.
3. Марков О.В., Каюкова С.И., Стаханов В.А. Беременность и туберкулез // Росс. вестник акушера-гинеколога. -2004.- №1.-С.23-26.