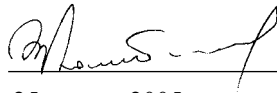


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра здравоохранения



В.В. Колбанов

25 апреля 2005 г.

Регистрационный № 40–0305

**ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ВО ВРЕМЯ
БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ
И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**

Инструкция по применению

Учреждения-разработчики: Белорусская медицинская академия последипломного образования, Научно-исследовательский институт пульмонологии и фтизиатрии

Авторы: д-р мед. наук, проф. О.А. Пересада, д-р мед. наук, проф. Г.Л. Гуревич, И.И. Солонко

Туберкулез является актуальной медико-социальной проблемой. В последние годы в Республике Беларусь сохраняется тенденция максимальной заболеваемости туберкулезом у молодых женщин в возрастной группе 25–34 лет (41,8 на 100 тыс.). Частота туберкулеза у беременных женщин в период лактации в 1,5–2 раза превышает общую заболеваемость в популяции. Проблема сочетания беременности и туберкулезного процесса остается до сих пор актуальной в акушерстве и гинекологии, фтизиатрии, педиатрии, поскольку влияние такого тяжелого инфекционного заболевания обуславливает особенности течения беременности, родов, послеродового периода, которые необходимо учитывать при оказании адекватной помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным.

Наблюдение за женщинами репродуктивного возраста с туберкулезом в женской консультации

Все женщины, планирующие беременность, должны быть обследованы на туберкулез. При постановке женщины акушером-гинекологом на учет по поводу беременности *для исключения у нее туберкулеза*, на всех уровнях оказания медицинской помощи должны быть проведены следующие мероприятия:

1. Тщательно собран анамнез. Прежде всего обращается внимание на факторы риска: перенесенный ранее туберкулез различных локализаций, перенесенный ранее экссудативный плеврит, контакт с больными туберкулезом, наличие туберкулеза у родственников, наличие сопутствующих заболеваний (хронические обструктивные болезни легких, сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки), длительный прием глюкокортикоидов, цитостатиков.

2. Проведен целенаправленный анализ жалоб для выявления:

– симптомокомплекса интоксикации (общая слабость, быстрая утомляемость, потливость, головная боль, раздражительность, частая смена настроения, снижение аппетита, отсутствие прибавки массы тела, субфебрилитет, чаще в вечернее время);

– симптомокомплекса воспалительного бронхолегочного заболевания (кашель, покашливание, боль в грудной клетке, одышка, кровохарканье);

3. Проведены необходимые лабораторные исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи).

4. Проведено рентгенофлюорографическое обследование лиц, проживающих совместно с беременными женщинами.

В течение 3 дней с момента выявления у беременной женщины признаков, указывающих на возможное заболевание туберкулезом, акушер-гинеколог должен направить ее в лечебно-профилактическое специализированное противотуберкулезное учреждение для завершения обследования.

Всем пациенткам, направляемым для прерывания беременности, проводится рентгенофлюорографическое обследование органов грудной клетки до поступления в гинекологическое отделение (при давности рентгенофлюорографического обследования 6 мес. и более).

Должна быть отработана двусторонняя преемственность в работе акушера-гинеколога и фтизиатра участка. Женщины репродуктивного возраста с туберкулезом еще до наступления беременности должны быть тщательно обследованы фтизиатром, терапевтом для решения вопроса о возможности планирования беременности (исключить обострение или рецидив заболевания до наступления беременности).

Все больные *активным туберкулезом и туберкулезом сомнительной активности* любой локализации (0, I, II, V"0", V"A", V"Б" группы диспансерного учета, см. Приложение 1) в репродуктивном возрасте должны быть информированы о характере и степени связанного с беременностью риска для себя и потомства и получать **рекомендации по контрацепции**. При активном туберкулезе любой локализации больные должны отсрочить наступление беременности с индивидуальным подбором контрацептивных средств акушером-гинекологом в женской консультации.

Во время проведения основного и противорецидивных курсов антибактериальной терапии наиболее приемлемыми средствами предупреждения беременности у больных туберкулезом являются барьерные методы контрацепции: механические (диафрагма, презерватив) и химические (спермицидные средства).

Внутриматочные противозачаточные средства могут применяться у больных туберкулезом, но использование их ограничено

риском возникновения внематочной беременности и прогрессирования воспалительных заболеваний внутренних органов.

Использование комбинированных оральных контрацептивов (КОК) у больных туберкулезом предпочтительно после проведения основного курса лечения, что обусловлено снижением эффективности гормональных контрацептивов на фоне приема рифампицина — базового препарата для лечения туберкулеза. У больных туберкулезом с повышенным риском возникновения нарушений овариально-менструальной функции (см. Приложение 2) КОК, помимо контрацептивного действия, оказывают и лечебный эффект.

Наступление и пролонгирование беременности у больной туберкулезом любой локализации рекомендуется при *неактивном* (клинически излеченном) туберкулезе (III, V"В" группы диспансерного учета), при отсутствии обострения туберкулеза в течение 2 лет и отсутствии симптомов функциональной недостаточности органа или системы.

В перинатальных центрах второго и третьего уровней оказания акушерско-гинекологической помощи для прегравидарной подготовки больных туберкулезом рекомендуется: обследование состояния системы «перекисное окисление липидов — антиоксидантная защита», иммунной системы, гормонального гомеостаза, гемостаза и коррекция выявленных нарушений, а также санация очагов инфекции.

Тактика ведения беременности у больных туберкулезом в женской консультации

На ранних сроках беременности ведущим фактором, определяющим тактику ведения женщин, является активность и характер течения туберкулезного процесса. Кроме того, необходимо учитывать факторы, отягощающие течение основного заболевания:

- наличие сопутствующей экстрагенитальной патологии;
- отрицательное отношение к лечению;
- непереносимость противотуберкулезных препаратов.

В случае наступления беременности у больной *активным туберкулезом любой локализации показано прерывание беременности до 11–12-недельного срока*. При впервые выявленном заболевании, обострении или рецидиве туберкулеза любой локализации

показано прерывание беременности по медицинским показаниям с одновременным лечением туберкулеза. Врач должен предложить больной прерывание беременности, в случае отказа — проинформировать женщину о возможности различных осложнений в период беременности и родов как для матери, так и для плода.

В случае первичного обращения беременной с туберкулезом в женскую консультацию или к фтизиатру *в более поздние сроки беременности (13–22 недель)*, вопрос о прерывании беременности должен решаться врачебно-консультативной комиссией с привлечением фтизиатра, после тщательного обследования беременной, в зависимости от активности, клинической формы, фазы туберкулезного процесса, срока беременности, акушерского и гинекологического анамнеза.

Показания для прерывания беременности в поздние сроки:

- туберкулез органов дыхания с наличием дыхательной недостаточности II–III ст.;
- фиброзно-кавернозный туберкулез легких;
- прогрессирующее течение туберкулеза любой локализации;
- сочетание туберкулеза любой локализации и сахарного диабета;
- лекарственно-устойчивые формы туберкулеза любой локализации;
- предстоящее оперативное лечение туберкулеза любой локализации;
- туберкулез позвоночника, костей таза, особенно с образованием абсцесса; туберкулез тазобедренного, коленного, голеностопного суставов с образованием свища;
- туберкулез почек, осложненный гипертензией или развитием почечной недостаточности.

В связи с усовершенствованием методов диагностики туберкулеза и внедрением в практику новых комплексных методов лечения у больных со свежевыявленными мелкоочаговыми процессами и ограниченными образованиями, а также при изолированном туберкулезном плеврите возможно *продолжение беременности* при систематическом наблюдении и лечении в туберкулезном диспансере и стационаре.

Туберкулез, вызывая метаболические расстройства, стойкие сдвиги в гемостазе матери, предрасполагает к различным осложне-

ниям беременности, в первую очередь связанным с *плацентарной недостаточностью*.

Возможные осложнения зависят от активности туберкулезного процесса и выраженности интоксикации у матери. К характерным осложнениям беременности при туберкулезе относятся: гестозы (ранние и поздние), анемия, угроза выкидыша, угроза преждевременных родов, хроническая внутриутробная гипоксия плода, плацентарная недостаточность, внутриутробная задержка развития плода.

С учетом вероятности указанных выше осложнений у больных туберкулезом любой локализации при ведении беременности рекомендуется:

- систематически проводить термометрию, следить за результатами исследований крови и мочи;

- исследовать влагалищные мазки на степень чистоты для своевременного выявления урогенитальной и интеркуррентной инфекции, при необходимости — посевы выделений на кандидоз и микобактерии туберкулеза;

- проводить динамическую оценку бактериовыделения (не реже 1 раза в 3 месяца), основных биохимических показателей крови (общий белок, билирубин и его фракции, аланинаминотрансфераза, аспаргатаминотрансфераза, креатинин) — ежемесячно;

- определять степень нарушений метаболических процессов по показателям перекисного окисления липидов, лизосомальных ферментов;

- осмотр фтизиатра в зависимости от состояния больной не реже 1 раза в 1,5–2 месяца;

- для оценки состояния плода — УЗИ, фетомониторинг, при необходимости доплерометрия, исследование плацентарного лактогена, прогестерона, эстрадиола, кортизола.

Для нормализации нарушенных функций организма и матerno-плодовых взаимоотношений рекомендуется ЛФК, дезагреганты, метаболическая терапия (дипиридамол, актовегин), препараты железа. Учитывая наличие дисбаланса в системе «перекисное окисление липидов — антиоксидантная защита» и активности лизосомальных ферментов, показаны вещества, оказывающие благо-

приятное влияние на окислительно-восстановительные процессы, ингибиторы протеаз и антиоксиданты (токоферола ацетат). Для нормализации структуры и функции мембран показано применение эссенциале.

Профилактическое лечение плацентарной недостаточности при активном туберкулезе любой локализации назначается с 20 недель беременности. Курс профилактического лечения составляет 14–16 дней, назначается: дипиридамо́л (по 0,025 г за 1 ч до еды 3 раза в день), актовегин (внутривенно 5,0 мл на 250 мл 5% раствора глюкозы через день № 5–7), оротат калия (по 0,5 г за 1 ч до еды 3 раза в день), токоферола ацетат (по 200 мг внутрь ежедневно), глютаминовая кислота (по 0,5 г 3 раза в день), эссенциале (по 2 капсулы 3 раза в день), препараты железа (суточная доза составляет 30–40 мг ЭЖ). Проводятся четыре курса профилактического лечения с интервалом в 3 недели.

Для профилактики осложнений рекомендуется *госпитализация беременных* 3 раза в течение беременности:

1. При первом обращении беременной с туберкулезом рекомендуется направление ее на стационарное или амбулаторное обследование в противотуберкулезный диспансер для уточнения клинического диагноза и решения вопроса о возможности продолжения беременности.

В случае наличия показаний к прерыванию беременности при отказе женщины рекомендуется повторная госпитализация в 18–20 недель беременности для дополнительного обследования и окончательного решения вопроса о пролонгировании беременности.

2. Вторая обязательная госпитализация производится в сроке 28–30 недель — в период наиболее частого возникновения осложнений, связанных с беременностью и угрожающих здоровью матери и плода (гестозы, плацентарная недостаточность, преждевременные роды и др.). Плановая профилактическая госпитализация беременных с туберкулезом проводится в специализированное отделение инфекционной патологии родильного дома или (при его отсутствии) в обсервационное отделение родильного дома общего профиля.

При госпитализации при этом сроке проводится комплексное исследование состояния фетоплацентарной системы. Осуществля-

ется оценка степени активности туберкулезного процесса, стадия дыхательной недостаточности, состояние свертывающей системы крови, биохимические показатели крови, функциональное и анатомическое состояние печени, наличие сочетанных осложнений беременности (гестозы, анемии и др.); уточняется акушерский статус, внутриутробное состояние плода, состояние плаценты, проводится профилактическое лечение, коррекция выявленных нарушений.

При благоприятном клиническом течении основного заболевания и гестации беременные с туберкулезом получают профилактическую терапию, направленную на улучшение маточно-плацентарного кровообращения. При осложненном течении гестационного периода у беременных с туберкулезом проводится коррекция выявленных нарушений в полном объеме.

3. Дородовая госпитализация производится в 37–38 недель беременности. Целью данного этапа являются предродовая подготовка, коррекция выявленных нарушений в системе «мать-плацента-плод», выбор метода родоразрешения.

4. Госпитализация в стационар, кроме плановой, должна проводиться при любом сроке беременности по показаниям: при ухудшении состояния беременной, в случаях появления признаков активности туберкулезного процесса или дыхательной недостаточности и при ухудшении состояния плода.

Тактика ведения родов и послеродового периода у больных туберкулезом

Выбор метода родоразрешения

Родоразрешение у больных туберкулезом любой локализации рекомендуется проводить через естественные родовые пути, что способствует более полноценной адаптации новорожденных к условиям внеутробного существования.

Показаниями для оперативного родоразрешения путем кесарева сечения, кроме акушерской патологии, являются распространенные формы туберкулеза с наличием легочно-сердечной недостаточности; почечная недостаточность, артериальная гипертензия при туберкулезе мочевой системы.

При консервативном ведении родов:

- следует учитывать возможность нарушений родовой деятельности и проводить своевременно профилактические и лечебные мероприятия;

- тщательно следить за состоянием плода, проводить профилактику гипоксии в течение периодов раскрытия и изгнания, рекомендуется введение антигипоксантов (дипиридабол, актовегин), целесообразно проводить дыхательную гимнастику;

- применять обезболивающие и спазмолитические средства (баралгин, но-шпа, папаверин) каждые 2–3 часа для предотвращения быстрых родов;

- при активном туберкулезе роды проводить под защитой трех противотуберкулезных антибактериальных препаратов; используются в основном те же лекарственные средства, что и вне беременности: тубазид (по 5–6 мг/кг массы тела), этамбутол (0,8–1,2 г/сут), рифампицин (по 0,45–0,60 г/сут);

- при возникновении осложнений в родах (несвоевременном отхождении околоплодных вод, слабости родовой деятельности) показана стимуляция сократительной деятельности матки окситоцином и простагландинами;

- у больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом, с искусственным пневмотораксом во втором периоде родов рекомендуется выключение потужного периода.

Послеродовый период

Несмотря на возможность передачи туберкулеза внутриутробно, врожденный туберкулез встречается редко. Новорожденный больше подвержен заболеванию в течение послеродового периода, особенно если в мокроте у матери содержатся микобактерии, заболевание вовремя не диагностировано и не проводилось лечения. При наличии у матери активного туберкулеза органов дыхания, независимо от бактериовыделения, и внелегочного туберкулеза с бактериовыделением необходимо изолировать новорожденного после первичной обработки на 6–8 недель (на период развития начального иммунитета после вакцинации БЦЖ). Все новорожденные должны быть вакцинированы БЦЖ или БЦЖ-М (с учетом их состояния).

Вопрос о естественном вскармливании должен быть решен индивидуально. Естественное вскармливание разрешается при клинически излеченном, неактивном туберкулезном процессе. Запрещается кормление грудью следующим родильницам: с наличием бактериовыделения; с активным туберкулезом, выявленным в конце беременности или в послеродовом периоде; с обострением или рецидивом туберкулеза во время беременности.

В послеродовом периоде может наступить активация туберкулезного процесса, поэтому проводятся мероприятия, направленные на предупреждение обострения или рецидива туберкулезного процесса. В раннем послеродовом периоде (в течение 1–2 сут) родильнице должно быть проведено рентгенологическое исследование органов грудной клетки, консультация фтизиатра. На основании полученных данных определяется тактика в отношении дальнейшего ведения женщины. При удовлетворительных клинико-лабораторных данных выписка родильниц проводится на 5-й день после родов. При необходимости лечения родильница, больная активным туберкулезом, должна быть переведена в туберкулезный стационар.

Группы диспансерного учета больных туберкулезом

В соответствии с приказом министра здравоохранения Республики Беларусь № 106 от 04.06.2002 г. выделяют следующие группы диспансерного учета больных туберкулезом:

- 0 (нулевая группа) — туберкулез органов дыхания сомнительной активности, диагностическая — для детей и подростков;
- I группа — впервые выявленный (новые случаи) или повторно леченный туберкулез органов дыхания (рецидив);
- II группа — хроническое прогрессирующее течение туберкулеза органов дыхания и его хронические формы;
- III группа — излеченный туберкулез органов дыхания;
- IV группа — контакты (лица, находящиеся в контакте с бактериовыделителями, а также дети и подростки, находящиеся в контакте с больными активным туберкулезом без бактериовыделения);
- V группа — внелегочный туберкулез (V"0" — внелегочный туберкулез сомнительной активности, V"А" — вновь выявленный активный внелегочный туберкулез и рецидивы, V"Б" — хронические и прогрессирующие формы внелегочного туберкулеза, V"В" — клинически излеченный внелегочный туберкулез);
- VI группа — дети и подростки, инфицированные микобактериями туберкулеза, невакцинированные БЦЖ или имеющие поствакцинальные осложнения.

Приложение 2

**Прогностическая таблица риска возникновения нарушений
овариально-менструального цикла у больных туберкулезом**

Наименование признака	Диапазон признака	Диагностический коэффициент
1	2	3
Анамнестические данные об оперативных вмешательствах	Гинекологические полостные операции	+8
	Торакальные операции	+2
	Аппендэктомия	-6
	ДЭК шейки матки	+4
Акушерско-гинекологический анамнез	Невынашивание беременности	+8
	Хронический сальпингоофорит	+3
Менархе	До 12 лет	+3
	13-15 лет	-2
	16 лет и старше	+5
Характер течения, клинические формы туберкулеза	Обострение или рецидив	+2
	Казеозная пневмония	+9
	Диссеминированный	+4
	Фиброзно-кавернозный	-4
Возраст	Очаговый или туберкулома	-9
	До 20 лет	-1
	21-25 лет	-3
	26-30 лет	+2
	31-35 лет	+4
	36-40 лет	-5
Характер трудовой деятельности	41-45 лет	+3
	Учащиеся и студенты	-5
	Служащие	-3
	Не работающие	+4
	Инвалиды	+3
Курение	Отпуск по уходу за ребенком до 3 лет	-2
	Да	+4
Злоупотребление алкоголем	Нет	-2
	Да	+5
	Нет	-2

Продолжение Приложения 2

1	2	3
Экстрагенитальная патология	Неспецифические заболевания дыхательной системы	+5
	Заболевания сердечно-сосудистой системы	+1
	Заболевания печени	+6
	Заболевания желудочно-кишечного тракта	-1
	Заболевания эндокринной системы	+1
	Заболевания нервной системы	+1
	Прочие	-1

При определении степени риска развития нарушений овариально-менструального цикла у конкретной пациентки следует суммировать соответствующие ей диагностические коэффициенты с учетом знака (+) или (-). При достижении пороговой суммы до +10 риск нарушений минимален. При достижении суммы от +11 до +19 имеется средний риск возникновения нарушений овариально-менструального цикла. Сумма +20 и более указывает на высокий риск возникновения нарушений овариально-менструального цикла.