

ТУБЕРКУЛЕЗ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.



Туберкулез — инфекционное заболевание, вызываемое микобактерией туберкулеза .

Туберкулез женских половых органов развивается вторично путем распространения инфекции из легких (чаще) или кишечника (реже).

Точные значения частоты туберкулезного поражения женских половых органов назвать трудно, однако известно, что среди внелегочных форм туберкулеза он занимает **1-е место**.



КЛАССИФИКАЦИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.

I. В зависимости от локализации различают:

- туберкулезный сальпингит;
- туберкулезный сальпингоофорит;
- туберкулезное поражение матки.

II. По клинико-морфологическим признакам выделяют:

- клинические формы с продуктивными изменениями и нерезко выраженными клиническими симптомами;
- подострую форму с экссудативно-пролиферативными изменениями и значительным поражением тканей;
- казеозную форму, связанную с тяжелыми остро протекающими процессами;
- законченный туберкулезный процесс с инкапсулированными обострениями



III. По активности процесса выделяют:

- активный процесс (впервые выявленный в течение 2 лет);
- затихающий процесс (отсутствие ухудшения клинического течения в последующие 2 года);
- реактивный процесс;
- последствия перенесенного туберкулеза.

III. По выделению бактерий различают:

- МБТ+
- МБТ-

В 80–100% случаев в туберкулезный процесс вовлекаются маточные трубы, в 30–35% поражается матка, редко — яичники, в единичных случаях — шейка матки и влагалище.



ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.

- Перенос инфекции из первичного очага на половые органы происходит гематогенным, реже контактным (с соседних органов) и лимфогенным путем.

Факторы риска развития туберкулеза половых органов:

- снижение иммунитета;
- неполноценное питание;
- близкий контакт с больным туберкулезом (совместное проживание, работа в одном помещении и прочее);
- хронические воспалительные заболевания женской половой системы (эндометрит, воспаление придатков);
- перенесенный ранее туберкулез любой локализации (в любых органах);
- нарушения менструального цикла (несвоевременные, слишком обильные или скудные, болезненные ежемесячные маточные кровотечения или их отсутствие)



ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.

- **Туберкулезные сальпингиты** обычно двусторонние. В типичных случаях воспалительный процесс начинается со стороны слизистой оболочки. Морфологический субстрат туберкулезного поражения представляет собой пролиферативные гранулемы и/или казеозный распад. Очаги казеозного некроза являются резервуаром микобактерий. При прогрессировании процесса поражение захватывает мышечный слой и серозный покров маточной трубы. Дальнейшее развитие процесса может привести к его ограничению и рубцеванию. В ампулярных отделах часто формируется облитерация, приводящая к непроходимости маточных труб. При открытых концах труб инфекция может распространяться на брюшину малого таза и яичники.
- **Туберкулезный оофорит** обычно протекает в форме периоофорита.
- **Туберкулезное поражение матки** чаще протекает в виде эндометрита с образованием туберкулом, иногда с участками казеозного распада. При вовлечении в воспалительный процесс базального слоя слизистой оболочки и миометрия развиваются рубцово-спаечные изменения, деформирующие и даже облитерирующие полость матки.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.

Туберкулезное поражение половых органов обычно возникает у женщин в возрасте 20–30 лет и протекает волнообразно.

Периоды туберкулезной интоксикации.

- Слабость
- Потливость
- Потеря аппетита
- Повышение температуры тела
- Боли внизу живота.

Затем наступают периоды кажущегося здоровья.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.

Примерно у половины больных туберкулезное поражение половых органов протекает **без выраженной симптоматики**.

В таких случаях **первой жалобой**, с которой больная обращается к врачу, является:

1. **Бесплодие;**
2. **Обильные маточные кровотечения — как циклические (менструации), так и в межменструальный период.**
3. **Нарушение менструального цикла:**
 - Аменорея, чаще вторичная (отсутствие менструаций у женщины репродуктивного возраста на протяжении 6 и более месяцев при условии наступления менархе и исключения беременности и лактации);
 - Олигоменорея (это состояние, при котором менструации приходят реже одного раза в 40 дней);
 - Нерегулярные менструации (это цикл, у которого нарушена периодичность).



ДИАГНОСТИКА.

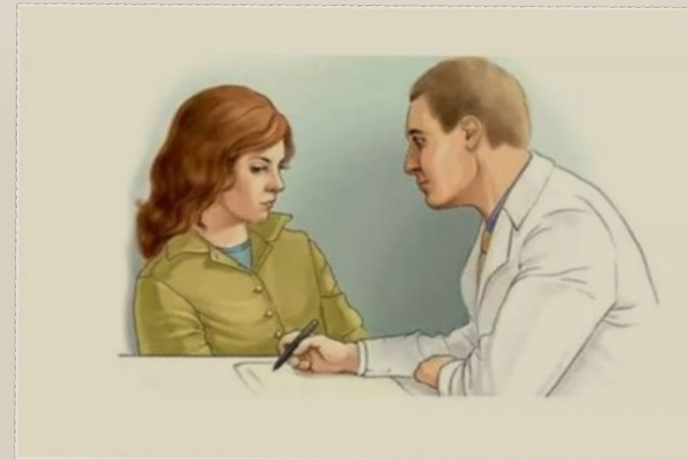
- Жалобы, анамнез ;
- Провокационная туберкулиновая проба;
- Гинекологическое исследование;
- Ультразвуковая диагностика;
- Микроскопическое и микробиологическое исследование;
- Диагностическая лапароскопия;
- Рентгенологическая диагностика.



ДИАГНОСТИКА. АНАМНЕЗ.

Существенную помощь может оказать тщательно собранный анамнез:

- Экстра-генитальный туберкулез в настоящем или прошлом;
- Контакт с больными туберкулезом;
- Пневмония, плеврит, бронхоаденит в прошлом;
- Приступы болей в животе неясного генеза;
- Хроническое воспаление придатков матки, возникшее до начала половой жизни;
- Аменорея, гипоолигоменорея;
- Бесплодие;
- Наличие субфебрилитета неясного генеза.



ДИАГНОСТИКА. ПРОВОКАЦИОННАЯ ТУБЕРКУЛИНОВАЯ ПРОБА.

При провокационной туберкулиновой пробе определяют общую и местную реакцию больной на подкожное введение 20 туберкулиновых единиц.

Через 48–72 ч после введения проводят оценку реакции:

- общая реакция проявляется повышением температуры тела, учащением пульса, изменением клинического анализа крови (увеличением числа нейтрофилов, уменьшением количества лимфоцитов, увеличением СОЭ);
- очаговая реакция выражается болями внизу живота, изменением консистенции матки, увеличением придатков, которые обнаруживают при влагалищном исследовании или с помощью УЗИ;
- появление выпота в заднем своде влагалища как ответная реакция на введение туберкулина.



ДИАГНОСТИКА. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР, УЗИ.

Гинекологический осмотр.

Следует обратить внимание на состояние слизистой оболочки влагалища и шейки матки, наличие просовидных высыпаний, гиперемии, рубцовых изменений в области наружного зева. Матка может быть незначительно смещена в сторону, фиксирована спайками, ограничена в подвижности. Образования в области придатков матки обычно малоблезненные

Ультразвуковое исследование органов малого таза.

В комплексной диагностике туберкулеза женских половых органов используют динамическую ультрасонографию, которая служит для оценки очаговой реакции на фоне сегментарных туберкулиновых проб. Положительная очаговая реакция характеризуется увеличением яичников, появлением «размытости» контуров и снижением эхогенности яичниковой ткани, появлением и/или увеличением объема сактосальпинксов и количества свободной жидкости в дугласовом пространстве, а также торможением пролиферации эндометрия (на 0,8 и более см).



ДИАГНОСТИКА. МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

- Для выявления *M. tuberculosis* можно использовать менструальную кровь, аспират и соскоб из полости матки.
- Проводятся бактериоскопическое, бактериологическое исследование материала и, если это возможно, используют еще более информативный метод диагностики — ПЦР.
- **Посев материала.** Посев материала производят на специальные искусственные питательные яичные среды: Левенштейна–Йенсена, среду Финна II. Посевы осуществляются не менее 3 раз. Перед посевом диагностический материал подвергают деконтаминации, основной целью которой, является удаление нетуберкулезной микрофлоры.
- **Соскоб эндометрия.** Снимается внутренний слой эндометрия матки, и образец ткани передается на гистологическое исследование. Во время него определяется степень поражения органа, наличие атипичных клеток и некоторые иные патологические изменения.



ДИАГНОСТИКА. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Гистеросальпингография (сокращенно ГСГ) – это рентген матки и маточных труб с контрастом диагностическая процедура, которая позволяет оценить структуру и проходимость маточных труб.

Для генитального туберкулеза характерны следующие рентгенологические признаки:

- частичная или полная облитерация полости матки;
- четкообразные, ригидные, с дивертикулами маточные трубы;
- облитерация маточных труб (дистальные отделы в виде клюшек или курительных трубок);
- наличие кальцификатов;
- контрастные тени и петрификаты в области малого таза и в проекции паховых лимфоузлов.

С одной стороны, методика гистеросальпингографии технически очень проста и является ведущим методом для диагностики туберкулеза гениталий, с другой стороны – она позволяет выявить только грубые анатомические изменения.





ДИАГНОСТИКА. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Специфические изменения органов малого таза, выявляемые в ходе лапароскопии:

- спаечный процесс,
- наличие туберкулёзных бугорков на висцеральной брюшине, покрывающей матку, трубы;
- казеозные очаги в сочетании с воспалительными изменениями придатков.

Кроме того, при лапароскопии возможно взятие материала для бактериологического и гистологического исследования, а также при необходимости проведение хирургической коррекции: лизиса спаек, восстановления проходимости маточных труб и прочее.



ЛЕЧЕНИЕ.

Лечение туберкулеза женских половых органов проводится в специализированных противотуберкулезных учреждениях.

Больные должны находиться в благоприятной обстановке, получать полноценное питание.

Этиотропная терапия.

Этиотропная терапия проводится индивидуально подобранной комбинацией 3–4 препаратов и более.

Курсы лечения подбирают также индивидуально. Общая их продолжительность — от 6 до 24 мес.

Спектр используемых препаратов большой.

Противотуберкулезные средства: (Изониазид, Пиразинамид, Этамбутол).

Антибиотики: (Рифампицин, Стрептомицин, Микобутин, Канамицин, Амикацин, Ломефлоксацин, Офлоксацин).

В комплекс лечения включают **иммуномодуляторы, витамины**, после исчезновения острых проявлений —

физиотерапевтические процедуры (электрофорез лидазы или гидрокортизона).

Хирургическое лечение

Проводится по строгим показаниям:

- неэффективность консервативной терапии;
- непереносимость антибактериальных препаратов;
- наличие тубоовариальных образований;
- сочетание генитального туберкулеза с сопутствующей патологией, требующей хирургического лечения.

Оперативное лечение не ликвидирует туберкулезную инфекцию, поэтому антибактериальную терапию необходимо продолжать, если это возможно.

