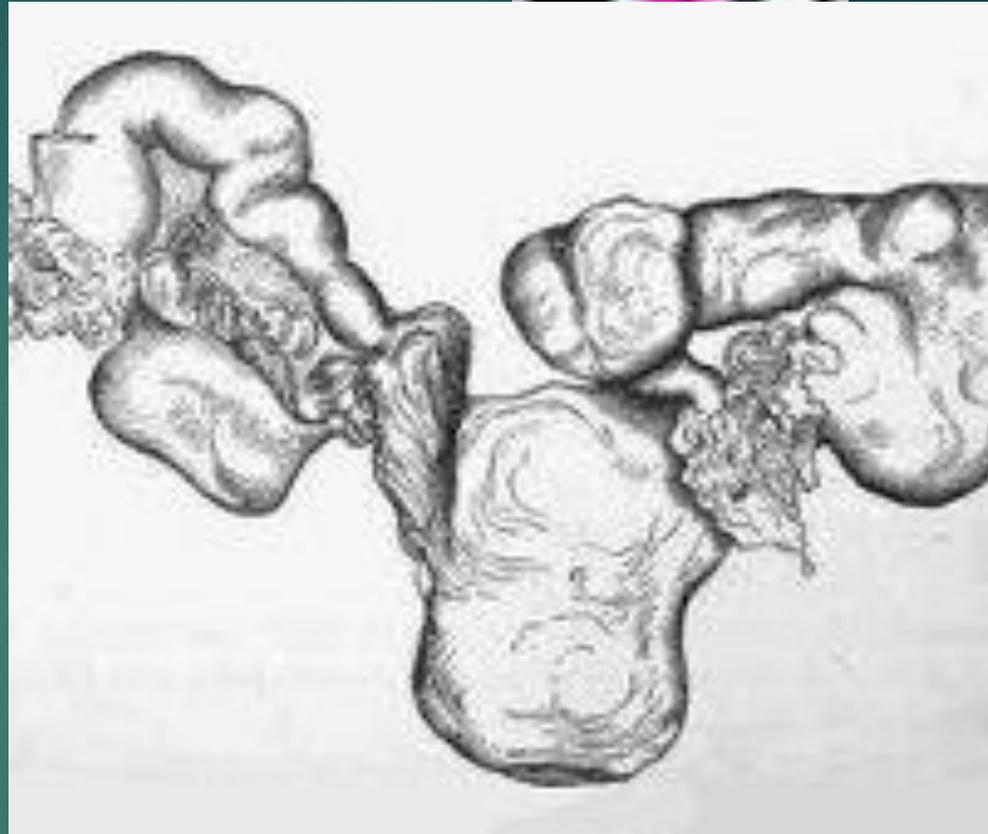


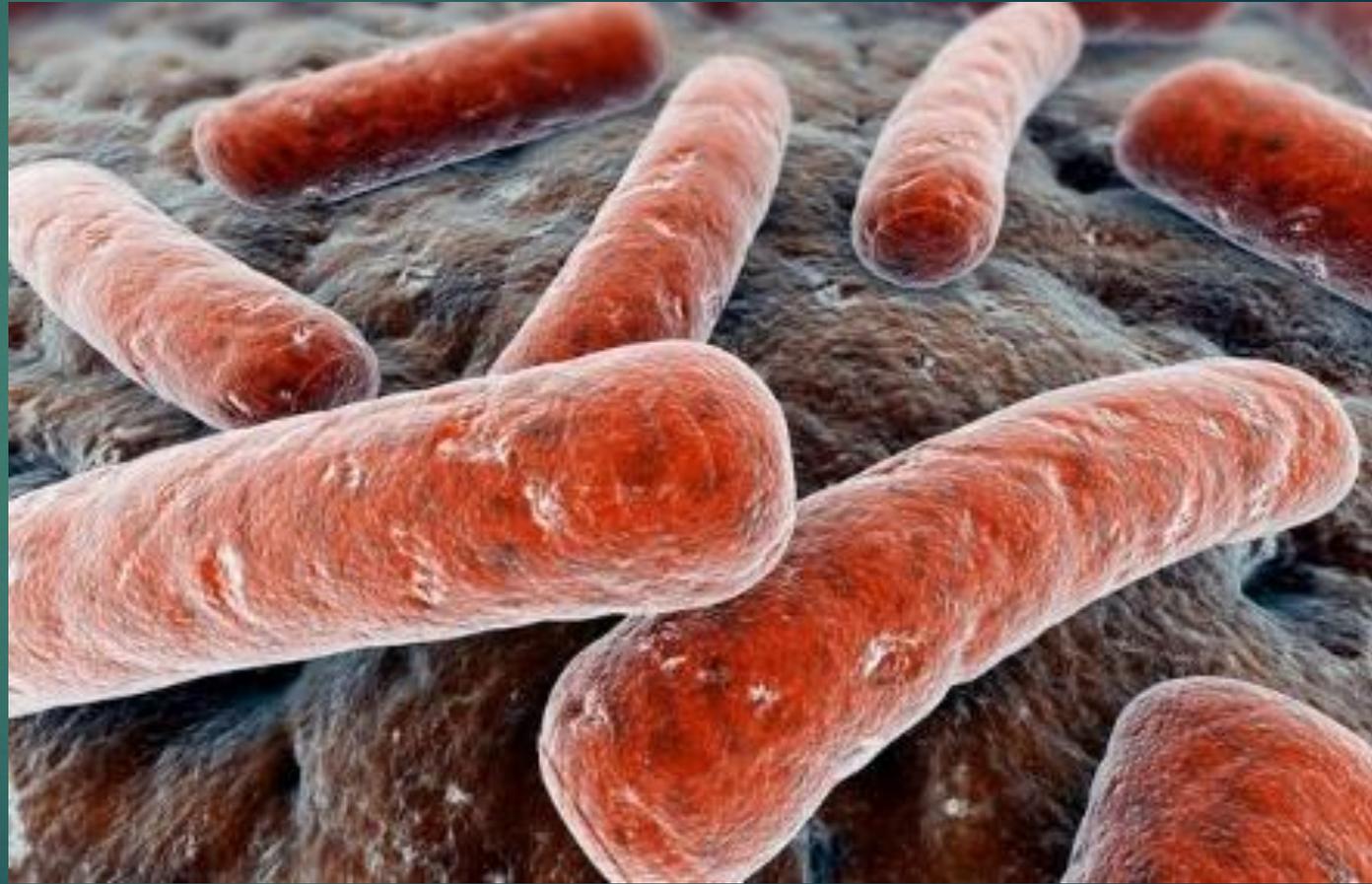
Туберкулез женских половых органов



ПОДГОТОВИЛИ СТУДЕНТКИ ГРУППЫ 23-Ф ПО
СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»: ГАЛИЦКАЯ
НАДЕЖДА, ЛЕСИШИНА ИВЕТТА, АТКИНА ЛЮБОВЬ.

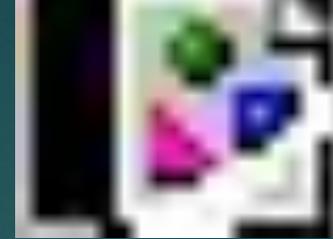
ТУБЕРКУЛЁЗ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

- ▶ Туберкулёз — инфекционное заболевание, вызываемое *Mycobacterium tuberculosis*. Генитальный туберкулёз, как правило, не протекает как самостоятельное заболевание, а развивается вторично путём заноса инфекции из первичного очага поражения (чаще из лёгких, реже — из кишечника). Наиболее часто встречается в возрасте 20-40 лет.
- ▶ КОД ПО МКБ-10 A18.1 Туберкулёз мочеполовых органов. N74.1 Воспалительные болезни женских тазовых органов туберкулёзной этиологии.

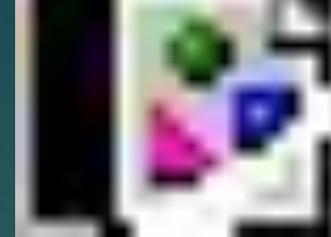


ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- ▶ Несмотря на прогресс современной медицины в борьбе с инфекционными болезнями, заболеваемость туберкулёзом в мире увеличивается. Ежегодно туберкулёз поражает свыше 8 млн человек, а погибают от него от 2 до 3 млн.
- ▶ Наиболее высокий процент заболеваемости отмечен в странах с низким уровнем жизни. Поражение мочеполовых органов по частоте стоит на первом месте в структуре внелёгочных форм туберкулёза и составляет 0,8–2,2% среди гинекологических больных.
- ▶ Следует отметить, что истинное значение намного выше регистрируемого, поскольку процент прижизненной диагностики туберкулёза половых органов невелик (6,5%).



КЛАССИФИКАЦИЯ

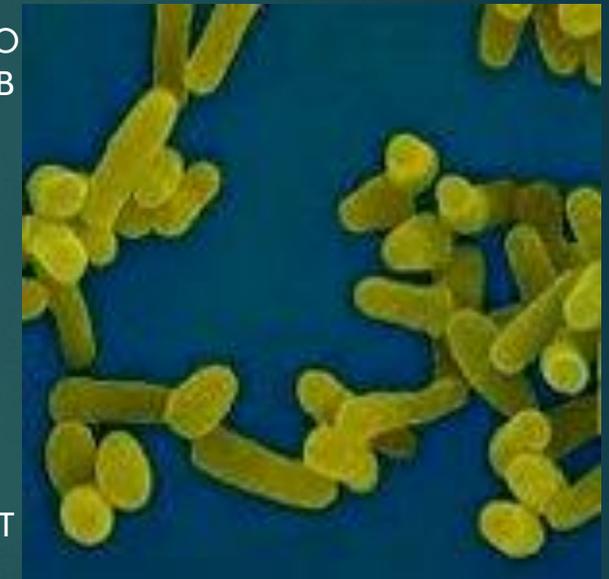


Клиноморфологическая классификация генитального туберкулёза:

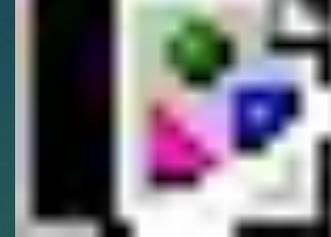
- ▶ Хронические формы с продуктивными изменениями и нерезко выраженными клиническими симптомами.
- ▶ Подострая форма с эксудативнопролиферативными изменениями и значительным поражением тканей.
- ▶ Казеозная форма, связанная с тяжёлыми, остро протекающими процессами.
- ▶ Законченный туберкулёзный процесс с инкапсулированием обызвествлённых очагов.

ЭТИОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

- ▶ Возбудитель заболевания — микобактерия туберкулёза, открытая Робертом Кохом. Форма-слегка изогнутая или прямая палочка 1-10 мкм диаметром 0,2-0,6 мкм. МБТ очень устойчива в окружающей среде. Так, при температуре 23 °С во влажном и тёмном месте она сохраняется до 7 лет. В тёмном и сухом месте (при высыхании мокроты больного или в пыли) сохраняется до 10-12 месяцев, в уличной пыли (то есть в сухом и светлом месте) сохраняется до 2 месяцев, на страницах книг -до 3 месяцев, в воде-до 5 месяцев. В почве сохраняется до 6 месяцев, в сыром молоке-до 2 недель, в масле и сыре -до года. Все микобактерии характеризуются кислотоустойчивостью, которая обусловлена высоким содержанием жировосковых веществ в клеточной стенке.
- ▶ Это позволяет микобактериям быть устойчивыми в агрессивных средах и резистентными к высушиванию. В пыли, высохшей мокроте возбудители туберкулёза могут сохраняться до 6 мес, а внутри организма — годами.
- ▶ Под действием лечения, зачастую неправильного, возбудитель меняет свою морфологию вплоть до образования L-форм, которые не окрашиваются даже общепринятыми красителями. Изменчивость микобактерий затрудняет диагностику и приводит к ошибочным результатам.
- ▶ Микобактерии — облигатные анаэробы, растут в виде поверхностной плёнки, вырабатывают сахаролитические, протеолитические и липолитические ферменты. Требовательны к питательным средам, растут крайне медленно.

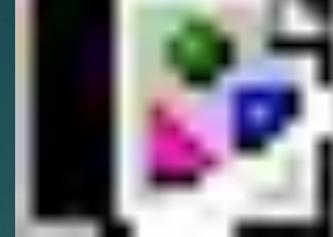


ПАТОГЕНЕЗ



- ▶ Из первичного очага при снижении иммунологической резистентности организма микобактерии попадают в половые органы. Снижению защитных сил организма способствуют хронические инфекции, стрессы, недостаточное питание и др. Распространение инфекции происходит в основном гематогенным путём, чаще при первичной диссеминации в детстве или в периоде полового созревания. В других случаях при туберкулёзном поражении брюшины лимфогенно или контактным путём возбудитель попадает на маточные трубы. Прямое заражение во время сексуального контакта при туберкулёзе половых органов партнёра возможно только теоретически, поскольку многослойный плоский эпителий вульвы, влагалища и влагалищной порции шейки матки устойчив к микобактериям.
- ▶ В структуре генитального туберкулёза первое место по частоте занимает поражение маточных труб (90–100%), второе — эндометрия (25–30%). Реже обнаруживают туберкулёз яичников (6–10%) и шейки матки (1–6%), совсем редко — туберкулёз влагалища и наружных половых органов.

ПАТОГЕНЕЗ



- ▶ В очагах поражения развиваются типичные для туберкулёза морфогистологические изменения: экссудация и пролиферация тканевых элементов, казеозные некрозы. Туберкулёз маточных труб часто заканчивается их облитерацией, экссудативнопролиферативные процессы могут привести к образованию пиосальпинкса, а при вовлечении в специфический пролиферативный процесс мышечного слоя маточных труб в нём образуются туберкулы (бугорки), что носит название нодозного воспаления.
- ▶ При туберкулёзном эндометрите также преобладают продуктивные изменения — туберкулёзные бугорки, казеозные некрозы отдельных участков. Туберкулёз придатков нередко сопровождается вовлечением в процесс брюшины (с развитием асцита), петель кишечника с образованием спаек, а в некоторых случаях и фистул. Генитальный туберкулёз часто сочетается с поражением мочевыводящих путей.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА



- ▶ Первые симптомы заболевания могут появиться уже в периоде полового созревания, однако основной контингент больных генитальным туберкулёзом — женщины 20–30 лет. В редких случаях заболевание встречается в более позднем возрасте и даже в постменопаузе.
- ▶ Генитальный туберкулёз в основном протекает со стёртой клинической картиной и большим разнообразием симптомов, что объясняется вариабельностью патологоанатомических изменений. Снижение репродуктивной функции (бесплодие) — основной, а иногда и единственный симптом заболевания. К причинам бесплодия, чаще первичного, следует отнести эндокринные нарушения, поражения маточных труб и эндометрия. Более чем у половины пациенток отмечены нарушения менструальной функции: аменорея (первичная и вторичная), олигоменорея, нерегулярные менструации, альгоменорея, реже — меноррагии и метроррагии.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА



- ▶ Нарушения менструальной функции выражается в аменорее, гипоолигоменорее или гиперполименорее, иногда в метроррагии и связаны с поражением паренхимы яичника, эндометрия, а также туберкулёзной интоксикацией. Хроническое течение заболевания с преобладанием процессов экссудации сопровождается появлением субфебрильной температуры и тянущих, ноющих болей, локализуются внизу живота, усиливаются при менструации, дефекации, половом акте, переохлаждении, физическом напряжении.
- ▶ Причины болей — спаечный процесс в малом тазу, поражение нервных окончаний, склероз сосудов и гипоксия тканей внутренних половых органов. К другим проявлениям болезни относят признаки туберкулёзной интоксикации (слабость, периодическая лихорадка, ночные поты, снижение аппетита, похудание), связанные с развитием экссудативных или казеозных изменений внутренних половых органов.
- ▶ У пациенток молодого возраста генитальный туберкулёз с вовлечением брюшины может начаться с признаков «острого живота», что нередко приводит к оперативным вмешательствам в связи с подозрением на острый аппендицит, внематочную беременность, апоплексию яичника.
- ▶ Редко больных беспокоят бели, которые чаще возникают при поражении шейки матки, влагалища, вульвы.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

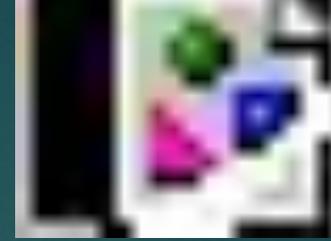


- ▶ Туберкулез маточных труб бывает, как правило, двусторонним. Вначале туберкулезные бугорки появляются в слизистой оболочке, а при неблагоприятном течении могут поражаться мышечный слой стенки трубы и брюшина (рис. 27). При закрытии просвета трубы наступает казеозный распад туберкулезных очагов и труба заполняется казеозными массами. Стенки труб утолщены, труба имеет форму реторты.
- ▶ При туберкулезе матки обычно поражается эндометрий, причем, если поражен только функциональный слой, при его отторжении может наступить самоизлечение.
- ▶ При туберкулезе шейки матки на ней образуются язвы неправильной формы с резко очерченными подрытыми краями.
- ▶ Туберкулез вульвы. Эта форма встречается крайне редко. Специфические язвы располагаются на внутренней поверхности малых половых губ или в области клитора. Характерной особенностью их является выраженная болезненность.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- ▶ Острый процесс наблюдается редко, болезненные симптомы часто не выражены.
- ▶ При обострении туберкулезного процесса температура тела может повышаться до 38-39С.
- ▶ Для туберкулеза характерно длительное хроническое течение с неоднократными обострениями, возникающими в результате воздействия неблагоприятных факторов (физическое перенапряжение, ангина, грипп, внутриматочные лечебные или диагностические манипуляции). Обострения иногда наступают в связи с началом половой жизни, физиотерапевтическим лечением и др.
- ▶ В начальных стадиях туберкулез половых органов может протекать скрыто. Течение туберкулезного процесса зависит от общего состояния организма, окружающих условий, формы заболевания и степени распространения процесса. При рациональном лечении и благоприятных бытовых условиях процесс постепенно купируется и наступает выздоровление.

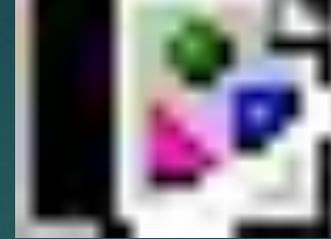
ДИАГНОСТИКА



- ▶ 1. **Подробно собранный анамнез.**
Подозрение на туберкулез половых органов возникает при следующих данных: высокий индекс инфекционных заболеваний, перенесенных в детском и пубертатном возрасте (в том числе плеврит, пневмония, бронхоаденит); контакты с больными туберкулезом; наличие остаточных специфических изменений или их последствий в легких, костно-суставной системе и других органах; возникновение воспалительных процессов в придатках матки в пубертатном или молодом возрасте, до начала половой жизни; первичная аменорея при наличии двустороннего сальпингоофорита у больной молодого возраста [Абурел Е., Петреску В., 1975].



ДИАГНОСТИКА



- ▶ 2. **Бимануальное исследование.**
Гинекологическое исследование не дает отчетливых данных, указывающих на туберкулезный характер заболевания. При продуктивной форме процесса измерения могут быть значительными (увеличение придатков, особенно при образовании туберкулом, ограничение подвижности), при невыраженной болевой реакции, особенно при отсутствии острого начала заболевания. Однако при преобладании микрочаговых форм туберкулеза гинекологическое исследование чаще бывает малорезультативным.

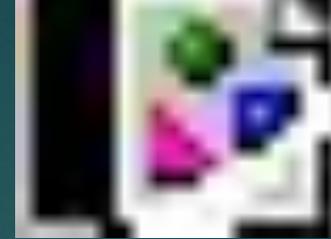


ДИАГНОСТИКА

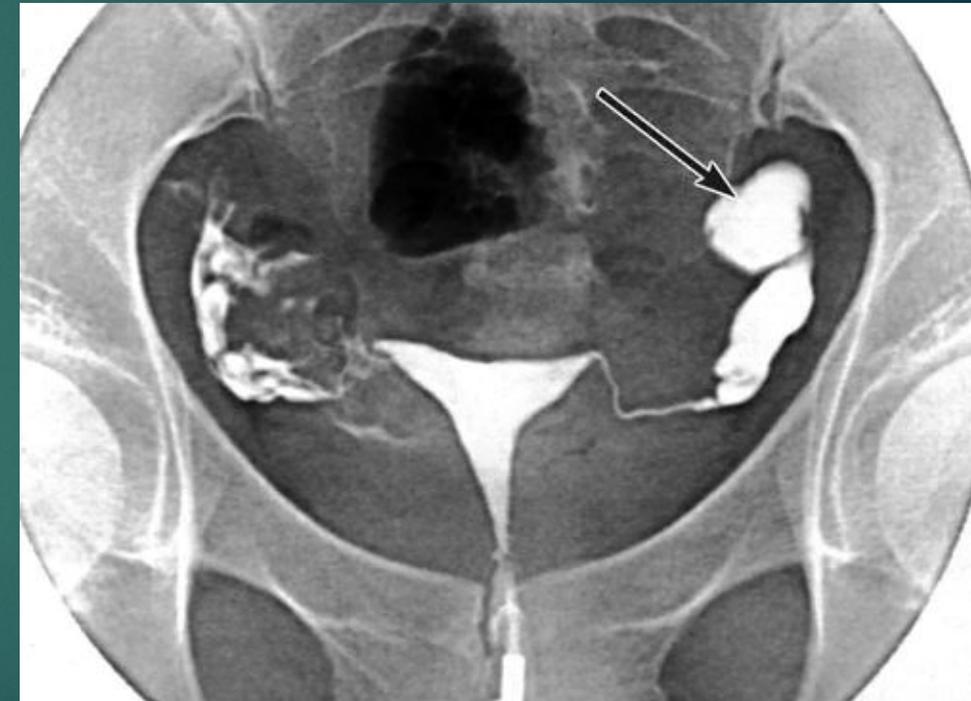


- ▶ **3. Туберкулиновые пробы.** Наиболее информативной является проба Коха, усовершенствованная в последние годы. Пробу Коха (подкожное введение туберкулина) проводят только в стационаре в связи с необходимостью тщательного контроля за реакцией организма. Учитывают общую, местную и очаговую реакцию; особо важное значение имеет реакция в пораженном органе (очаговая), с ее помощью определяют; локализацию очага туберкулеза. Методика туберкулиновой пробы: под кожу (или под слизистую оболочку цервикального канала) вводят 20 ТЕ (туберкулиновых единиц). При отрицательной общей и очаговой реакции через 7 дней повторяют пробу с 50 ТЕ; при отрицательном ответе через 7 дней вводят 100 ТЕ. В день введения туберкулина производят анализ крови и повторяют его через 24, 48 и 72 ч. Общая реакция характеризуется повышением температуры тела более чем на 0,5 °С, учащением пульса (более 100 в 1 мин), повышением палочкоядерных лейкоцитов (не менее чем на 3%), уменьшением или увеличением содержания лимфоцитов (не менее чем на 10%), повышением количества моноцитов (не менее чем на 4%), ускорением СОЭ (не менее чем на 4 мм/ч). Общая реакция на введение туберкулина возникает при любой локализации туберкулеза, очаговая – помогает топической диагностике. Очаговая реакция характеризуется появлением или усилением боли внизу живота, экссудативными проявлениями в области придатков матки (появление пастозности, усиление болезненности) . При выраженной реакции возникает напряжение мышц живота. Очаговая реакция продолжается несколько часов (иногда до 2 сут). Проба Коха противопоказана при активном (остром и подостром) экстрагенитальном туберкулезе, диабете, заболеваниях паренхиматозных органов.

ДИАГНОСТИКА

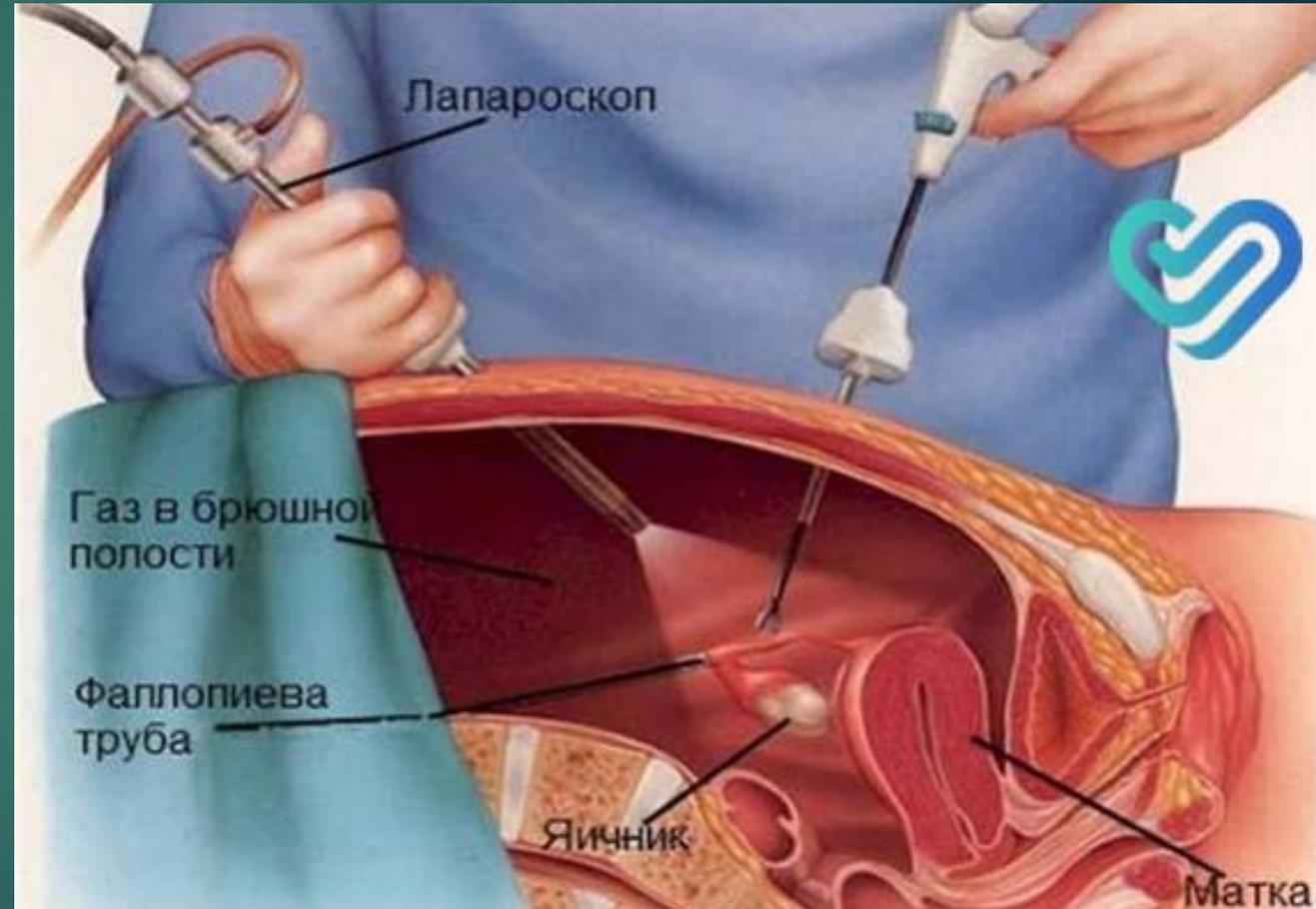


- ▶ 4. **Посевы отделяемого половых путей на микобактерий туберкулеза** – не менее трех исследований.
- ▶ 5. **Гистеросальпингография.** Признаками, характерными для туберкулеза на гистеросальпингограмме, являются: удлинение и расширение цервикального канала и истмуса; синехии, деформация, частичная или полная облитерация полости матки, ригидность труб, дивертикулообразные расширения их в ампулярном отделе, неомогенные тени в дистальных отделах маточных труб (Колачевская Е. Н., 1985]. Диагноз туберкулеза половых органов становится особенно убедительным при наличии признаков поражения маточных труб. Рентгенологические данные при туберкулезе маточных труб бывают неоднородны и зависят от степени распространения, возникновения склеротических процессов. В зависимости от этого отмечаются следующие рентгенологические особенности маточных труб: неровность контуров, закрытых и утолщенных в ампулярном отделе; ригидность (отсутствие перистальтики); четкообразность контуров за счет стриктур; наличие кистеобразных расширений; наличие гидросальпинксов с дивертикулообразными контурами; кальцинация. Обзорные рентгенограммы показывают патологические тени в малом тазу (кальцинаты, очаги казеоза и др.), последующая гистерограмма уточняет локализацию этих очагов.

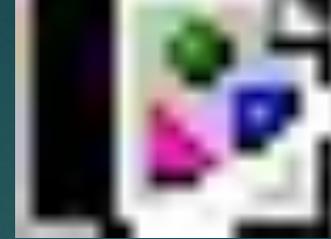


ДИАГНОСТИКА

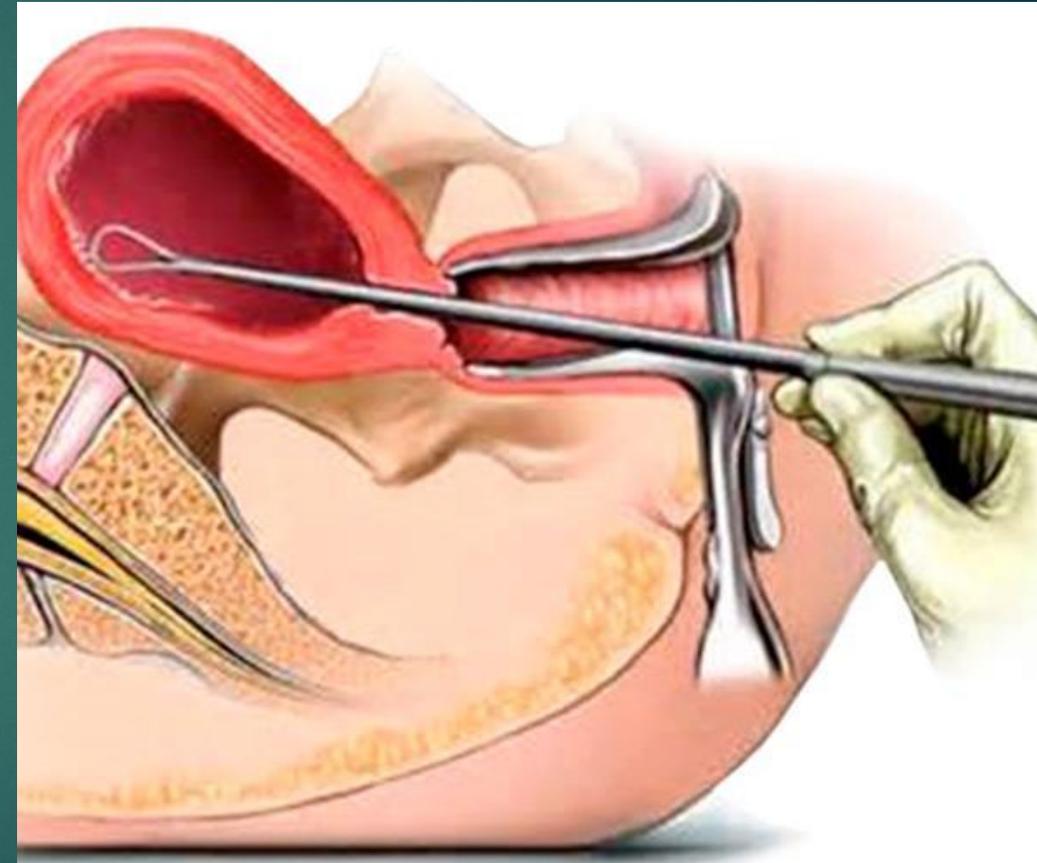
- ▶ 6. Лапароскопия помогает выявить туберкулез придатков матки, если нет выраженного спаечного процесса, затрудняющего обзор органов малого таза. При этом методе исследования выявляются признаки текущего или перенесенного воспалительного процесса. Туберкулезный характер воспалительного заболевания выявляется при обнаружении специфических для данного заболевания бугорков на висцеральной брюшине, покрывающей придатки и матку, а также очагов инкапсулированного казеоза.



ДИАГНОСТИКА



- ▶ 7. **Диагностическое выскабливание** матки с гистологическим и микробиологическим исследованием материала производят за 2-3 дня до менструации, в период активного развития туберкулезных бугорков. Часть биоптата подвергают гистологическому исследованию, другую часть используют для посева на питательную среду, оптимальную для развития микобактерий туберкулеза. Гистологический метод не всегда дает достоверные результаты, в частности при поражении маточных труб и отсутствии туберкулезных изменений в эндометрии. Более надежным является метод посева и последующего бактериоскопического обнаружения микобактерий.
- ▶ В случае противопоказаний к диагностическому выскабливанию матки используют цитологический метод. Материал для исследования получают путем аспирации из матки преимущественно во второй фазе менструального цикла. При туберкулезном поражении матки в мазках среди лейкоцитов, лимфоцитов и эритроцитов находят гигантские клетки (клетки Лангханса), которые считают характерными для туберкулезного процесса. Отсутствие гигантских клеток не означает отсутствие туберкулезного процесса.



ДИАГНОСТИКА



- ▶ 8. Посевы менструальной крови необходимо производить не менее 3 раз в течение одной менструации. Для выявления микобактерий туберкулеза применяют также бактериоскопическое и бактериологическое исследование секрета шейки матки, язвенных поверхностей, экссудата, полученного путем пункции заднего свода.
- ▶ 9. Рентгенологическое исследование легких, по показаниям – желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей.
- ▶ 10. Посевы мочи на микобактерий туберкулеза (мочу берут только с помощью катетера).
- ▶ 11. При подозрении на туберкулёзную этиологию заболевания необходима консультация фтизиатра.

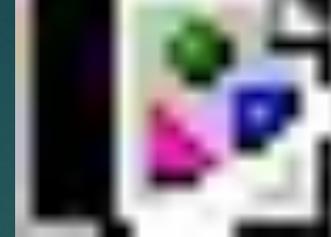


ЛЕЧЕНИЕ

- ▶ При туберкулезе женских половых органов лечение должно быть комплексным:
- ▶ 1) гигиенический режим, диета, усиленное питание, витамины;
- ▶ 2) химиотерапия;
- ▶ 3) климатотерапия;
- ▶ 4) при показаниях оперативное вмешательство;
- ▶ 5) симптоматическое лечение.

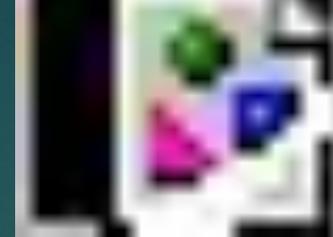


ЛЕЧЕНИЕ



- ▶ Лечение проводится в стационаре. Необходимость постельного режима определяется состоянием больной. Питание должно быть усиленным, индивидуальным и разнообразным, с суточной энергетической ценностью 3000--4000 ккал. Назначается комплекс витаминов А, В, РР, С, D.
- ▶ Химиотерапия туберкулеза проводится специальными антибактериальными препаратами (тубазид, фтивазид, ПАСК) не менее 2 лет. При безуспешном длительном (не менее 4-6 мес.) консервативном лечении, а также если невозможно исключить опухоль придатков, показано хирургическое вмешательство. При гистологическом подтверждении туберкулеза специфическое противотуберкулезное лечение продолжают после операции в течение 2 лет.
- ▶ Климатотерапия осуществляется в специализированных санаториях.
- ▶ Больные туберкулезом нетрудоспособны в острой и подострой стадиях заболевания. По окончании полного курса лечения возможно полное восстановление трудоспособности (с учетом профессии).

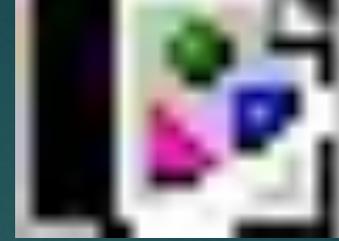
ЛЕЧЕНИЕ



Оперативному лечению подлежат женщины со следующими формами туберкулеза:

- ▶ казеозное поражение придатков матки,
- ▶ миосальпинкс (и пиоварий),
- ▶ тубоовариальные воспалительные образования с плотной фиброзной капсулой (препятствующей поступлению в очаг антибактериальных средств);
- ▶ с наличием свищей;
- ▶ активный процесс в случае неэффективности консервативной терапии;
- ▶ неактивный процесс со значительными рубцово-спаечными изменениями, нарушающими функции тазовых органов;
- ▶ туберкулез половых органов в сочетании гинекологическими заболеваниями, требующими оперативного вмешательства (опухоли яичников и матки, эндометриоз и др.)

ПРОФИЛАКТИКА

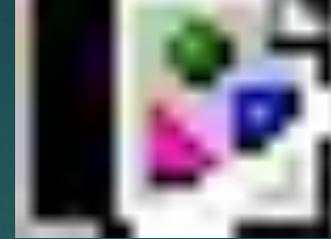


- ▶ Специфическая профилактика туберкулёза начинается уже в первые дни жизни с введения вакцины БЦЖ. Ревакцинацию проводят в 7, 12, 17 лет под контролем реакции Манту. Другая мера специфической профилактики — изоляция больных активным туберкулёзом. Неспецифическая профилактика подразумевает проведение общеоздоровительных мероприятий, повышение резистентности организма, улучшение условий жизни и труда, оздоровление жилищных условий больного туберкулезом, диспансеризацию, профилактические осмотры, санитарное просвещение.

▶ Всемирный день борьбы против туберкулёза — памятная дата, отмечаемая ежегодно 24 марта по инициативе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 1993 году объявившей туберкулёз глобальной проблемой. Целью Всемирного дня борьбы против туберкулёза (ТБ) является повышение осведомлённости о глобальной эпидемии ТБ и усилиях по ликвидации этой болезни.

▶ 24 марта выбрано в связи с тем, что этот день в 1882 году немецкий микробиолог Роберт Кох (Robert Koch) объявил о сделанном им открытии возбудителя туберкулёза.

▶ В знак солидарности со всеми больными туберкулёзом, мужчины вдевали целлулоидный цветок белой ромашки — символ «природного антибиотика»[2], входившей в состав использовавшихся для лечения туберкулёза средств народной медицины, и одновременно любви, уязвимости и ранимости — в петлицы или прикалывали к шляпам, а дамы — прикалывали к шляпам или к платью. Доходы от продажи цветков шли на помощь больным



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

