

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

Реферат

Туберкулез женских половых органов.

Выполнила: ординатор 217гр Захаренкова А.В.
Проверил: к.м.н., зав.кафедрой Омельчук Д.Е

Красноярск 2023

Оглавление:

Введение	3 стр
Эпидемиология ТЖПО.....	3-4 стр
Клинические признаки.....	4 стр
Диагностика ТЖПО.....	4-7стр
Бесплодие при генитальном туберкулезе.....	7 стр
Лечение	8-9 стр
Заключение.....	9 стр
Литература.....	10 стр

Введение.

Туберкулез - инфекционное заболевание, вызываемое микобактерией. Несмотря на прогресс медицины, заболеваемость туберкулезом в мире увеличивается, особенно в странах с низким уровнем жизни. Поражение мочеполовых органов стоит на первом месте среди внелегочных форм туберкулеза. Туберкулез половых органов является не самостоятельным заболеванием, а одним из проявлений туберкулезной инфекции организма, поражение половых органов туберкулезом является вторичным процессом. Первичный очаг чаще всего возникает в легких, реже в кишечнике, очень редко в других органах.

Эпидемиология ТЖПО.

Туберкулез женских половых органов (ТЖПО) впервые описал Д.Б. Морганьи в 1744 г. при вскрытии молодой женщины, умершей от туберкулезного перитонита. ТЖПО является редким и трудно диагностируемым заболеванием, встречается в среднем в 0,5–2,0 случаях на 100 тыс. населения, однако в последние годы отмечают неуклонный рост этой локализации ВЛТ. Отсутствие специфических клинических симптомов (основные признаки – менструальная дисфункция и бесплодие), скрытое, латентное течение, малая частота обнаружения возбудителя в патологическом материале обуславливают низкий уровень диагностики генитального туберкулеза у женщин с репродуктивными нарушениями. В своих руководствах Всемирная организация здравоохранения и Федеральные клинические рекомендации «Туберкулез у взрослых» уделяют основное внимание туберкулезу органов дыхания и в гораздо меньшей степени – отдельным локализациям внелегочного туберкулеза.

У женщин с установленным диагнозом туберкулеза половых органов бесплодие выявляют в 60–97% случаев, он может оказаться причиной привычного невынашивания беременности. По мнению некоторых авторов, на генитальный туберкулез приходится 9% всех случаев ВЛТ. Однако бремя генитального туберкулеза у женщин недооценивают, поскольку у большинства пациенток заболевание протекает бессимптомно, и обычно его диагностируют при обследовании по поводу бесплодия. В Индии среди инфертильных женщин ТЖПО диагностирован в 3–16% случаев. У женщин с бесплодием, зарегистрированных для экстракорпорального оплодотворения в северной Индии, распространенность ТЖПО среди пациенток с трубным фактором бесплодия составила 48,5%.

МБТ проникает в половые пути 3 способами:

- гематогенно;
- лимфогенно;

- при половом контакте.

В инфекционно-воспалительный процесс может вовлекаться любой орган половой системы женщин, как изолированно, так и в комбинации. Наиболее часто поражены

трубы (95–100%), эндометрий (50–60%), яичники (20–30%), шейка матки (5–15%), миометрий (2,5%) и влагалище/вульва (1%).

Патоморфологическая картина ТЖПО мозаична. На ранних стадиях органы выглядят нормально, никакие отклонения посредством лучевых методов диагностики не обнаруживаются. Первые изменения возникают в ампулярной области маточных труб, позже визуализируется отек фимбрий. Туберкулезный эндометрит часто бывает очаговым, при распространенном туберкулезе эндометрия наблюдают изъязвления, казеозный некроз и кровоизлияние. На более поздних стадиях часто образуются спайки между яичниками и соседними органами малого таза. Внутриматочные спайки могут привести к частичной облитерации полости матки. Шейка матки, вульва и влагалище поражаются редко.

Клинические признаки ТЖПО.

Самый частый симптом ТЖПО, по поводу которого женщины обращаются к врачу, это бесплодие. Заболевание может возникать в любой возрастной группе, но чаще всего страдают женщины репродуктивного возраста (15–45 лет).

К другим симптомам ТЖПО относят различные нарушения менструального цикла (олиго-, гипо-, дис-, аменорею, а также мено- и метроррагию), тазовую боль и патологические выделения из влагалища. У женщин в постменопаузе туберкулез половых органов характеризуется симптомами, напоминающими злокачественное новообразование эндометрия, такими как постменопаузальное кровотечение, стойкие бели и пиометра. Генитальный туберкулез может протекать под маской или развиваться одновременно с другими гинекологическими и абдоминальными заболеваниями (карцинома половых органов, острый аппендицит, кисты яичников, воспалительные заболевания органов малого таза, внематочная беременность), что привносит дополнительные сложности в раннюю диагностику ТЖПО.

Диагностика ТЖПО.

Отсутствие патогномичных симптомов и низкая настороженность – основные причины несвоевременной диагностики ТЖПО. Симптомы ТЖПО неспецифичны:

бесплодие, менструальная дисфункция и хроническая тазовая боль. Диагноз ставят на основании тщательного сбора анамнеза, клинического обследования и надлежащего исследования полученного с помощью эндоскопии патологического материала.

Пациенток с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза, не отвечающих на стандартное лечение антибиотиками, с бесплодием неясной этиологии или женщин с нерегулярным менструальным циклом либо постменопаузальным кровотечением и постоянными выделениями из влагалища обязательно следует обследовать на туберкулез. Факторы риска включают контакт с больным туберкулезом, наличие инфекции в анамнезе, проживание или недавние поездки в эндемичные районы, низкий социально-экономический статус. Не существует единого диагностического теста для подтверждения диагноза ТЖПО.

В основе диагностики лежат высокая степень настороженности, тщательный сбор анамнеза, системное обследование, идентификация *Mycobacterium tuberculosis* различными методами, включая молекулярно-генетические, а также методы визуализации.

Признаки перенесенного туберкулеза органов дыхания визуализируются на рентгенограммах у 10–75% пациенток с ТЖПО. Туберкулиновая проба с внутрикожным введением 2 ТЕ туберкулина (проба Манту) положительна у 42,6% пациентов с генитальным туберкулезом. Важным методом диагностики ТЖПО служит гистеросальпингография (ГСГ), которая позволяет оценить внутреннюю структуру женских половых путей и проходимость маточных труб. Патологические изменения, характерные для ТЖПО, включают дилатацию маточных труб, их окклюзию. Контур пораженной трубы неровный, регистрируют картину гидросальпинкса с четкообразной деформацией («нитка бус»), окклюзию маточных труб и спайки в перитубарной области, которые могут проявляться в виде разлива контраста, иногда – в виде штопора.

Туберкулез следует заподозрить при наличии синехий, трубной непроходимости в переходной зоне между перешейком и ампулой, множественных сужений, обызвествленных лимфатических узлов, неравномерных линейных или узелковых обызвествлений в области придатков.

Изменения матки при туберкулезе могут иметь неспецифические признаки, такие как образование синехий, искажение контура матки, ее облитерация, полостные, венозные и лимфатические интравазации. Существуют и специфические признаки: «воротниковый» абсцесс, «Г-образная» и «псевдооднорогая» матка.

Хроническая инфекция может привести к обширному разрушению эндо- и миометрия, что вызывает полную облитерацию полости матки – так называемый синдром Неттера. На ГСГ в такой ситуации он выглядит как палец в перчатке, состоящий из цервикального канала и небольшой части матки. Туберкулез шейки матки встречается редко, так как многослойный эпителий эктоцервикса естественно устойчив к проникновению бактерий, следовательно, туберкулез шейки матки в основном является вторичным по отношению к туберкулезу фаллопиевых труб и эндометрия. Поражение шейки матки визуализируется при ГСГ как неравномерность контуров

(«зубчатый» эндоцервикальный канал) и выпячивание псевдодивертикулов. Туберкулез шейки матки чаще всего ошибочно интерпретируют как рак, ввиду чего необходима биопсия с патоморфологическим и молекулярно-генетическим исследованием полученных тканей. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) получаемая картина разнородна. Фаллопиевы трубы могут оказаться расширенными, утолщенными, быть заполненными серозным отделяемым (гидросальпинкс) или казеозом (пиосальпинкс). Эндометрий поражается в 60–90% случаев генитального туберкулеза, что выражается в патологическом размере М-эхо, а увеличение матки может быть связано с заполнением ее казеозом. Эндометрий эхоскопически неоднороден, с гиперэхогенными областями, обусловленными очагами кальцификации или фиброза, визуализируются внутриматочные спайки, полость матки деформирована.

Эндометрий может истончаться или утолщаться, возможны облитерация рогов, неоднородное увеличение яичников и спайки в области придатков. УЗИ-картина при ТЖПО может выглядеть и нормальной. Очень помогает в диагностике лапароскопия, поскольку она позволяет визуально оценить состояние яичников, фаллопиевых труб, брюшины, а также выполнить биопсию подозрительных очагов. Лапароскопически могут обнаруживаться бугорки, отек и сужения ампулярного отдела труб, бусинчатость маточных труб, перитубарные спайки, периовариальные спайки, тубоовариальные образования, гидросальпинкс и ригидность труб. Идеальным временем для взятия образца эндометрия путем выскабливания стенок полости матки является поздняя секреторная фаза менструального цикла, которая благоприятна для обнаружения классических гигантских клеток и бугорков. Гистероскопия позволяет эндоскопически осмотреть полость матки. Гистероскопическая картина при ТЖПО может выглядеть нормально при отсутствии туберкулеза эндометрия и на ранних стадиях заболевания. Могут визуализироваться бугорки, внутриматочные синехии различной степени, вплоть до облитерации полости матки (синдром Ашермана). Если обнаружены выраженные синехии, целесообразно сразу же провести их коагуляцию при помощи электрокаутера или лазера. Лапароскопия, или тест с красителем (метиленовый синий), выполняемый под общей анестезией, служит наиболее надежным методом диагностики ТЖПО, в особенности при заболеваниях маточных труб, яичников и брюшины. Проведение лапароскопии одновременно с гистероскопией повышает эффективность исследования и снижает риск развития осложнений. При лапароскопии необходимо тщательно осмотреть брюшную полость, поворачивая лапароскоп на 360° (малый таз с половыми органами, затем илеоцекальная область, восходящая ободочная кишка, печеночный изгиб, печень, желчный пузырь, желудок, вся тонкая кишка, нисходящая кишка, сальник и вся брюшина) с целью визуализации иных локализаций туберкулеза. В стадии активного воспаления обнаруживают гиперемию, отек, заполненные жидкостью карманы, милиарные бугорки, бело-желтые

непрозрачные пятна на матке, маточных трубах, яичниках и брюшине. Также в стадии активного воспаления могут наблюдаться застойные явления, отеки и спайки в органах малого таза с множеством заполненных жидкостью карманов. На фаллопиевых трубах и матке имеются милиарные бугорки, бело-желтые и непрозрачные бляшки. В хронической стадии возможно зафиксировать изменение размера и формы труб с агглютинированными фимбриями, различные типы блока труб (фимбриальный, срединный или роговой блок), их утолщение, гидросальпинкс и казеозные очаги пиосальпинкса.

Для хронической стадии ТЖПО типичны следующие отклонения:

- желтые мелкие узелки на трубах (узелковый сальпингит);
- короткие и опухшие трубы с агглютинирующими фимбриями (пятнистый сальпингит);
- одно- или двусторонний гидросальпинкс с ретортоподобными трубками за счет агглютинации фимбрий;
- пиосальпинкс (как правило, двусторонний), трубы деформированы казеозным материалом с яйцевидной бело-желтой растянутой ампулой с плохой васкуляризацией;
- казеозные узелки.

Наблюдали высокую (48%) частоту перипеченочных синехий (синдром Фитца–Хью–Кертиса) у больных ТЖПО.

Бесплодие при генитальном туберкулезе.

И первичное, и вторичное бесплодие возникают у больных ТЖПО в 40–80% случаев по следующим причинам.

- Трубные факторы: одно- и двусторонняя непроходимость маточных труб, потеря функции маточных труб из-за повреждения фимбрий, перисальпингит, вызывающий спайки и образование тубоовариальных масс, а также одно- или двусторонний гидросальпинкс с обструкцией или без нее, влияющие на оплодотворение и имплантацию эмбриона.
- Эндокринная дисфункция, хроническая ановуляция, антигонадотропный эффект *M. tuberculosis* даже в цикле экстракорпорального оплодотворения, низкое качество эмбриона из-за дефекта внутреннего ооцитарного фактора и сниженной продукции прогестерона (дефект лютеиновой фазы).
- Маточные (эндометриальные) факторы: ТЖПО влияет на рецептивность эндометрия, что приводит к нарушению его васкуляризации и образованию синехий.

Описан случай преждевременных родов ребенка, у которого имелся врожденный милиарный туберкулез с множественными перфорациями кишечника. Обострение латентного генитального туберкулеза при экстракорпоральном оплодотворении и беременности описано.

Лечение генитального туберкулеза.

Как и туберкулеза любой локализации, следует проводить в специализированных учреждениях -противотуберкулезных больницах, диспансерах, санаториях. Терапия должна быть комплексной и включать в себя противотуберкулезную химиотерапию, средства повышения защитных сил организма (отдых, полноценное питание, витамины), физиотерапию, хирургическое лечение по показаниям.

В основе лечения туберкулеза лежит химиотерапия с использованием не менее 3 препаратов. Химиотерапию подбирают индивидуально с учетом формы заболевания, переносимости препарата, возможного развития лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза. Неправильное лечение туберкулеза приносит больше вреда, чем пользы, поскольку оно переводит легко излечимые формы болезни в трудно излечимый лекарственно-устойчивый туберкулез. К средствам первого (основного) ряда, рекомендованным ВОЗ для включения в стандартные схемы (directly observed therapy - DOT), относят рифампицин (450-600 мг/сут), стрептомицин (0,5-1 г/сут), изониазид (300 мг/сут), пипразинамид (1,5-2 г/сут), этамбутол (15-30 мг/кг в сутки). Препараты второго ряда (резервные) назначают при устойчивости возбудителя к лекарствам первого ряда. Это аминогликозиды - канамицин (1000 мг/сут), амикацин (10-15 мг/кг в сутки), фторхинолоны - ломефлоксацин (400 мг 2 раза в сутки), офлоксацин (200-400 мг 2 раза в сутки). Возродился интерес к хорошо известным, но вытесненным из клинической практики средствам - парааминосалициловой кислоте (ПАСК) (4000 мг 3 раза в сутки), циклосерину (250 мг 2-3 раза в сутки), этионамиду (500-750 мг/кг в сутки), протионамиду (500-750 мг/кг в сутки). Программа лечения больных генитальным туберкулезом предусматривает длительный (от 6 до 24 мес.) прием нескольких противотуберкулезных препаратов. В комплекс лечения целесообразно включать антиоксиданты (токоферола ацетат, тиосульфат натрия), иммуномодуляторы (ронколейкин, метилурацил, левамизол), специфический препарат туберкулин, витамины группы В, аскорбиновую кислоту.

Хирургическое лечение применяется только по строгим показаниям (тубоовариальные воспалительные образования, неэффективность консервативной терапии при активном туберкулезном процессе, образование свищей, нарушения функции тазовых органов, связанные с выраженными рубцовыми изменениями). Операция сама по себе не приводит к излечению, поскольку туберкулезная инфекция сохраняется. После операции следует продолжать химиотерапию.

Клинические формы болезни в некоторых ситуациях требуют симптоматического лечения (антипиретики, анальгетики и др.), коррекции нарушений менструальной функции.

Физиотерапию назначают после стихания острых явлений в виде фонофореза гидрокортизона, синусоидальных токов, амплипульстерапии.

Специфическая профилактика туберкулеза начинается уже в первые дни жизни с введения вакцины БЦЖ. Ревакцинацию проводят в 6-7 лет под контролем реакции Манту. Другой мерой специфической профилактики является изоляция больных активным туберкулезом. Неспецифическая профилактика подразумевает проведение общеоздоровительных мероприятий, повышение резистентности организма, улучшение условий жизни и труда.

Заключение.

Следует признать, что ТЖПО не является редким заболеванием, но его часто упускают из виду. Основных причин для поздней диагностики 2: нечеткие клинические признаки и низкий уровень настороженности. Поскольку бесплодие – это частое осложнение ТЖПО, всех инфертильных женщин необходимо обследовать на туберкулез в полном объеме: туберкулинодиагностика, ультразвуковое исследование, гистеросальпингография, в сложных случаях – диагностическая лапароскопия с обязательным взятием материала для патоморфологического и микробиологического исследований

Литература:

1. «Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии». Подзолкова Н.М., Глазкова О.Л. Издательство: Гэотар Медицина 2018г.
2. «Туберкулез». Визель А.А., Гурылёва М.Э. Издательство ГЭОТАР Медицина 2020г.
3. «Фтизиатрия». Перельман М.И., Богадельникова И.В., Корякин В.А. Издательство: ГЭОТАР Медицина 2023г.
4. «Функциональная диагностика в акушерстве и гинекологии» пособие под ред. Г.П.Максимова 2020г.
5. «Неоперативная гинекология». Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Издательство: МИА 2019г.