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

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой:

ДМН, Профессор Цхай Виталий Борисович

**РЕФЕРАТ**

«Туберкулез женских половых органов»

Выполнила:

Клинический ординатор кафедры перинатологии,

акушерства и гинекологии лечебного факультета

Приходько Юлия Дмитриевна

Проверил:

Ассистент кафедры

Коновалов Вячеслав Николаевич

Красноярск, 2022г.

Содержание

Введение3

Этиология, патогенез, факторы риска 4

Клиника6

Диагностика8

Тактика лечения12

Профилактика…………………………………………………………………………………………………..13

Заключение………………………………………………………………………………………..…………….13

Список литературы14

**Введение.**

Туберкулез женских половых органов - инфекционно-воспалительное заболевание органов половой системы изолированно или в любом сочетании, вызванное M. tuberculosis или M. bovis.

**Актуальность.**

Заболеваемость туберкулезом в мире увеличивается. Ежегодно туберкулез поражает свыше 8 млн. человек, а погибают от него от 2 до 3 млн., наиболее высокий процент заболеваемости в странах с низким уровнем жизни. Частота поражение мочеполовых органов в структуре внелёгочных форм туберкулеза составляет 0,8-2,2 %. Процент прижизненной диагностики туберкулеза половых органов составляет - 6,5 %.

**Этиология и патогенез**

Причина заболевания – микобактерия туберкулеза или бактерия Коха (БК), факультативный аэроб. Источник инфекции – больной-бактериовыделитель. Пути заражения: аэрогенный (воздушно-капельный), алиментарный (чаще от животных - больных туберкулезом, все млекопитающие могут болеть туберкулезом), внутриутробный (врожденный туберкулез). В половые органы инфекция заносится гематогенно чаще всего из легких (90%), внутригрудных лимфоузлов или костей. Через лимфатическую систему инфекция попадает из желудочно-кишечного тракта, брыжеечных лимфоузлов или брюшины. По мнению большинства авторов, половой путь крайне редок. Путь распространения инфекции в половых органах – нисходящий, что определяет особенности клиники, диагностики и исхода данного заболевания в отличие от большинства воспалительных заболеваний половых органов с восходящей инфекцией. Из первичного очага организма микобактерии попадают в половые органы. Снижению защитных сил организма способствуют хронические инфекции, стрессы, недостаточное питание и др. Распространение инфекции происходит гематогенным путем. При туберкулёзном поражении брюшины возбудитель попадает на маточные трубы лимфогенным или контактным путём. Многослойный плоский эпителий вульвы, влагалища и влагалищной части шейки матки устойчив к микобактериям.

В структуре генитального туберкулёза первое месте по частоте занимают маточные трубы (90-100%), второе — эндометрии (25-30%), яичники (6-10%) и шейки матки (1-6%).

В 1976 году Беллендир Э. Н. показал, что локализация процесса преимущественно в ампулярных отделах маточных труб связана с особенностями архитектоники микроциркуляторного русла в указанных отделах (замедлением кровотока, наличием богатой капиллярной сети и большого количества анастамозов). Причем характерно двустороннее поражение маточных труб. Следует отметить, что большинство лиц, инфицированных МБТ, не заболевают активной формой туберкулеза

В очагах поражения развиваются типичные для туберкулеза морфологические изменения: экссудация, пролиферация тканевых элементов, казеозные некрозы. Туберкулёз маточных труб часто заканчивается их облитерацией, экссудативно-пролиферативные процессы могут привести к образованию пиосальпинкса, при вовлечении в процесс мышечного слоя маточных труб в нём образуются туберкулы (бугорки) - нодозное воспаление. При туберкулёзном эндометрите преобладают продуктивные изменения — туберкулёзные бугорки, казеозные некрозы отдельных участков. Туберкулез придатков сопровождается вовлечением в процесс брюшины (с развитием асцита), петель кишечника с образованием спаек, a в некоторых случаях и фистул. Генитальный туберкулёз часто сочетается с поражением мочевыводящих путей.

**Факторы риска.**

Предрасполагающие факторы для развития туберкулеза гениталий после инфицирования: инфицирование ВИЧ, воздействие малых доз ионизирующего излучения, стрессовые воздействия на организм, хронические воспалительные заболевания урогенитального тракта, нарушение менструального цикла преимущественно по типу олигоменореи или аменореи, низкий социально-экономический уровень, изменения гормонального гомеостаза (сопутствующий сахарный диабет, применение глюкокортикоидных препаратов).

**Клиника.**

Генитальный туберкулёз в основном протекает со стёртой клинической картиной. Снижение репродуктивной функции (бесплодие) - основной симптом заболевания (эндокринные нарушения, поражения маточных труб и эндометрия).

Пациентки чаще всего предъявляют жалобы на бесплодие, нарушение менструального цикла, частые обострения воспалительных процессов гениталий, а также интоксикационные жалобы на слабость, потливость, субфебрилитет, похудание.

Заслуживает внимания тот факт, что если туберкулезный процесс прогрессирует во время первичного инфицирования (чаще это происходит в пубертатном возрасте), то специфическое поражение распространяется на обширные участки и брюшину. Вовлечение в патологический процесс брюшины обуславливает болевой синдром. В этих случаях генитальный туберкулез чаще всего начинается с признаков “острого живота”, что может приводить к оперативным вмешательствам в связи с подозрением на аппендицит, апоплексию яичника, внематочную беременность. Чаще всего туберкулез гениталий развивается через 5-15 лет после первичного инфицирования, характеризуется латентным течением или наличием стертых субклинических форм. Клинический диагноз туберкулеза половых органов при этом может вызвать большие трудности, потому что в большинстве случаев заболевание характеризуется неспецифической клинической картиной. Признаки туберкулезной интоксикации коррелируют с развитием экссудативных или казеозных изменений во внутренних органах.

Бесплодие – основной, зачастую и единственный, признак туберкулеза. Первичным бесплодием страдают 70-80% больных, вторичным – 5-17%.

Болевой синдром обусловлен спаечным процессом в малом тазу, поражением нервных окончаний, склерозом сосудов, гипоксией тканей.

Нарушения менструального цикла развиваются у 20-50% и чаще всего связаны с поражением эндометрия, паренхимы яичников и с туберкулезной интоксикацией. Контактные кровотечения различной интенсивности после полового акта является основной жалобой при туберкулезе шейки. Следует отметить, что в 70% случаев туберкулез шейки сочетается с туберкулезом эндометрия. Туберкулез вульвы чаще выявляется у сексуально активных женщин и в периоде менопаузы. Однако в регионах с высоким уровнем заболеваемости туберкулез вульвы встречается независимо от сексуальной активности женщин.

**Диагностика.**

Наиболее достоверными методами диагностики генитального туберкулеза являются: бактериологический – выявление микобактерий туберкулеза в исследуемом материале (менструальной крови, аспирате из полости матки) и гистологический – выявление специфического туберкулезного воспаления в операционном материале, взятом во время операций и диагностических соскобов.

Велика роль в постановке диагноза рентгенологического обследования – ЦГСГ (выявление характерного «четкообразного» рисунка маточных труб, симптомов «булавовидных» расширений, «рачьих усов», «ватных тампонов», а также обнаружение гидросальпинксов, особенно многокамерных), УЗИ, туберкулинодиагностики.

Чаще всего диагноз туберкулеза устанавливается при целенаправленном активном обследовании групп риска. Первоначально пациентки обращаются к акушерам-гинекологам учреждений общей лечебной сети. Именно там происходит начальный этап диагностического поиска – формируется группа лиц с подозрением на туберкулез гениталий. Далее пациентка направляется в противотуберкулезные учреждения, где подтверждается или исключается диагноз. Диагноз туберкулеза половых органов устанавливается на основании: положительного однократного результата мазка и/или посева диагностического материала, по результатам гистологического исследования, либо на основании клинически доказательных данных, указывающих на активный туберкулез.

Особенности анамнеза: перенесенный ранее или наличие в настоящее время туберкулеза легких или туберкулеза другой локализации; контакт с больными туберкулезом, положительная реакция Манту или вираж туберкулиновых проб ранее, частые пневмонии, перенесенные плеврит, шейный лимфаденит.

Наиболее значимые данные анамнеза заболевания: хронический вялотекущий характер заболевания, неэффективность неспецифической противовоспалительной терапии, обострение хронических воспалительных заболеваний придатков матки под влиянием тепловых физиотерапевтических процедур, первичное бесплодие, нарушения овариально-менструального цикла по типу олигоменореи, гипоменореи, аменореи, длительный субфебрилитет.

Данные гинекологического исследования неспецифичны: уплотненные малоболезненные придатки матки, ограничение подвижности тела матки из-за выраженного спаечного процесса, матка нормальных или несколько уменьшенных размеров. Может быть положительный признак Гегара – обнаружение в Дугласовом кармане или в области крестцово-маточных связок узелков величиной с чечевицу, реже – с лесной орех и более. Эти образования представляют собой частицы казеозного распада и уплотнившегося экссудата.

Лабораторные тесты не информативны, может отмечаться повышение СА125 (как правило, при сальпингоофоритах - тубоовариальных образованиях), в анализе крови может определяться гипохромная анемия.

Достоверными методами диагностики являются микроскопический и культуральный. Материал для исследования: менструальная кровь, соскобы или аспираты эндометрия, отделяемое цервикального канала, пунктат из полости малого таза, операционный и биопсийный материал и т.д. У 90% пациентов анализ на БК может быть отрицательным при возможном туберкулезе. К ложноотрицательным результатам могут приводить и недостатки подготовки культуры, а также широкое использование в гинекологии антибиотиков хинолонового ряда. Бактериологическое исследование по данным некоторых авторов позволяет выявить возбудителя лишь в 2,3-6,4% случаев. Более высокие результаты (15,18%) дает бактериологическая диагностика с помощью системы BACTEC MGIT 960. Некоторые авторы считают, что бактериоскопическое и гистологическое исследования для диагностики туберкулеза гениталий при бесплодии имеют ограниченное значение, и только метод полимеразной цепной реакции (выявление ДНК микобактерий туберкулеза) позволяет увеличить чувствительность до 85% в определении туберкулезной этиологии бесплодия.

Цитологическое исследование мазков имеет большое значение при диагностике туберкулеза шейки, вульвы и влагалища. Кроме этого, цитологическому исследованию могут подвергаться аспират из полости матки, пунктаты сактосальпинксов, брюшной полости. Гистологический метод – достоверный метод диагностики туберкулеза гениталий. Чаще всего исследуются ткани, полученные при биопсии, диагностическом выскабливании полости матки. Туберкулезный эндометрит среди пациентов с бесплодием гистологически подтверждается примерно в 5-7% случаев. При туберкулезе эндометрия у женщин репродуктивного возраста одновременно могут выявляться пролиферативные изменения в 48% случаев, секреторные изменения – 8% и атрофические изменения – 3-4 %.

По-прежнему, золотым стандартом во фтизиогинекологии остается рентгенологический метод. На обзорной рентгенограмме выявляют старые очаги, петрификаты в области брыжейки кишечника, маточных труб, матки и лимфатических узлов малого таза. Гистеросальпингография должна проводиться всем пациенткам с подозрением на туберкулез половых органов при отсутствии противопоказаний во вторую фазу цикла.

Типичны укороченные, ригидные маточные трубы, изменения маточных труб по типу «четок», «курительной трубки», «булавовидной» деформации; частичную или полную непроходимость маточных труб , симптом «тутовой» ягоды, кальцинаты в ампулярных отделах, смещение тела матки, внутриматочные синехии, дефекты наполнения и деформацию полости матки, уменьшение размеров, вплоть до облитерации полости матки, удлинение и расширение на всем протяжении цервикального канала. У 57% пациенток с туберкулезом гениталий полость матки по данным гистеросальпингографии не изменена.

Лапароскопия и гистероскопия являются инвазивными методами диагностики. Гистероскопия позволяет визуализировать просовидные высыпания, казеозный некроз отдельных участков эндометрия в 48% случаев туберкулеза гениталий. Является чрезвычайно важной для оценки полости матки при туберкулезе гениталий во время использования вспомогательных репродуктивных технологий.

Лапароскопия позволяет оценить выраженность и характер спаечного процесса, выявить визуальные признаки генитального туберкулеза: укороченные, гиперемированные и отечные маточные трубы, бугорковые высыпания на висцеральной брюшине (их следует исследовать гистологически), казеозные очаги, тубоовариальные образования, осумкованный выпот. Следует отметить, что при туберкулезных эндосальпингитах без распространения процесса на брюшину лапароскопия малоинформативна.

Ультразвуковое сканирование – неинвазивный, безопасный метод, позволяет определить условно специфические признаки: гиперэхогенные включения в яичниках, эндометрии и миометрии, кальцинаты и измененные лимфоузлы, отклонение матки от проводной оси. Могут визуализироваться тубоовариальные образования, расширенные маточные трубы, жидкость в малом тазу, межспаечные кисты, часто встречаемые при генитальном туберкулезе. Ценность ультразвукового исследования повышается при проведении на фоне провокационной туберкулиновой пробы (появление экссудата, увеличение тубоовариальных образований, перифокальный отек). Вместе с тем следует отметить, что на ранних стадиях заболевания, когда в патологический процесс вовлечены только маточные трубы (фаза инфильтрации), при сканировании патологии не находят.

**Тактика лечения.**

Основу лечения составляет химиотерапия, которая проводится в противотуберкулезных учреждениях. Используются режимы химиотерапии в соответствии с клинической категорией пациента. Соблюдаются общепринятые принципы: своевременное начало, комбинация противотуберкулезных препаратов, продолжительность, регулярность, применение патогенетической терапии. Хирургическое лечение показано при наличии туберкулем придатков матки, сохранении тубоовариальных образований, несмотря на проводимое лечение, рецидив туберкулеза эндометрия после года лечения, постоянный болевой синдром после 3 мес. лечения, наличие свищей после лечения, сочетания генитального туберкулеза с гинекологической патологией, требующей оперативного лечения. Операции должны выполняться не ранее 6 недель после начала противотуберкулезной терапии, что снижает риск осложнений и облегчает хирургическое вмешательство. По данным литературы, частота кровотечений после вагинальной гистерэктомии может достигать 28,56 %, потребность в релапаротомии - 14,28 %, активация туберкулеза и развитие перитонита - 57,14 %. К сожалению, химиотерапия, элиминируя возбудителя, не всегда способна создать условия для восстановления репродуктивной функции. Прогноз успешной беременности после курса химиотерапии по сообщениям ряда авторов составляет от 5 до 23 %. Эффективность противотуберкулезной химиотерапии в плане последующего наступления беременности вариабельна и зависит от исходной выраженности и распространенности туберкулезного процесса. Реконструктивно-пластические операции на маточных трубах при туберкулезе малоэффективны и редко приводят к положительному результату. Пациенткам с туберкулезом проведение ЭКО противопоказано до окончания основного курса лечения и абацилирования.

**Профилактика.**

Специфическая профилактика туберкулеза начинается уже в первые дни жизни с введения вакцины БЦЖ. Ревакцинацию проводят в 7, 12, 17 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.**

Несмотря на меры, принятые для снижения заболеваемости туберкулезом, туб гениталий продолжает оставаться актуальной проблемой. Истинная заболеваемость туберкулезом гениталий не известна, потому что многие случаи не диагностируются. Для диагностики туберкулеза гениталий не может быть использован один какой-либо метод, а должен использоваться комплекс методов. Особую важность имеет обследование и лечение перед проведением хирургических вмешательств и применением вспомогательных репродуктивных технологий.

**Список литературы:**

1. Клинические рекомендации «Воспалительные болезни женских тазовых органов», 2021г
2. Клинические рекомендации «Туберкулез у взрослых», 2022г
3. Современные подходы к диагностике туберкулеза женских половых органов /Е.М. Скрягина, О.А. Пересада, И.И. Солонко, М.И. Дюсьмикеева // Медицинская панорама, 2013г
4. Нарушения репродуктивного здоровья у женщин, ассоциированные с генитальным туберкулезом: клинические особенности и диагностика / Миланова Аюна Баирова, 2017г
5. Врожденный туберкулез // Туберкулез и болезни легких/ Богданова Е. В., Киселевич О. К., Юсубова А. Н. и др., 2012г.
6. Организация выявления и диагностики больных туберкулезам внелегочных локализаций / Картавых А. А., 2012г
7. Проблемы своевременной диагностики туберкулеза женских половых органов // Туберкулез и болезни легких // Каюкова С. И., Макаров О. В., Демихова О. В., Корнилова З. Х., 2011г.