

О ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ ЖЕНЩИНЫ¹

Доц. З. Ш. Гилязутдинова, П. Л. Винников, М. В. Губайдуллина

2-я кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. И. В. Данилов), кафедра туберкулеза (зав. — доц. П. Л. Винников) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, 7-я женская консультация (главврач поликлиники — В. Д. Потукин)

Туберкулез гениталий — еще не достаточно разработанный раздел современной гинекологии.

А. И. Струков считает половую сферу одной из «излюбленных» локализаций гематогенных метастазов. Источником метастазирования в гениталии может быть практически любой туберкулезный очаг в организме, но чаще это легкие и плевра (по Kirchoff, до 90%). По данным чешских авторов G. Drusnig и G. Ungt, у двух третей больных с туберкулезом половых органов был экстрагенитальный туберкулез. По данным их и Р. И. Малыхиной, у многих больных в прошлом отмечались плеврит, костно-суставной туберкулез, туберкулез почек или легких.

По материалам московских прозектур генитальный туберкулез наблюдается в 13% случаев экстрапульмонального туберкулеза (И. В. Давыдовский); по данным Ленинградской прозектуры — в 11%.

Из числа амбулаторных больных с воспалительными процессами половой сферы воспаление туберкулезной этиологии выявлено по данным Ягунова, Мандельштама у 1,5—3,4%, по нашим данным — до 1,9%.

По данным литературы наиболее часто поражаются трубы (до 80—90%), тело матки (30—50%), шейка матки (5—6%), яичники (10—12%), и реже всего заболевание локализуется в вульве (1—2%). По нашим данным также наиболее часто наблюдалось поражение придатков (60—65%) и тела матки (25—30%); шейки матки — лишь в 2—3% и тазовой брюшины в 8—9%.

С 1958 г. под нашим наблюдением находится 53 больных туберкулезом половых органов (22 — по 7-й женской консультации и 31 — амбулаторно-стационарные).

При диагностике мы особое внимание обращали на анамнез (перенесенные туберкулезные заболевания, контакт с туберкулезными больными), характер менструально-овариального цикла, детородную функцию. Кроме того, выявляли длительность воспалительного процесса и эффективность противовоспалительной терапии.

Исследование больных проводилось при участии фтизиатров (в основном — кафедры туберкулеза ГИДУВа). Большое значение мы придавали туберкулиновым пробам, в частности Манту и Коха.

В клинике туберкулеза Казанского ГИДУВа данным туберкулиновых проб в дифференциальной диагностике различных локализаций туберкулеза придается исключительно большое значение, подчас даже ведущее. Пышная туберкулиновая проба всегда свидетельствует о наличии в организме сенсibilизирующего его активного специфического фокуса.

На нашем материале мы смогли подтвердить это положение. У 80% больных отмечались пышные туберкулиновые пробы Манту в высоких разведениях — от 6 и выше, иногда даже в 12—14.

Однако даже пышная реакция Манту большей частью не в состоянии указать на локализацию специфического процесса. В этом отношении незаменимым преимуществом обладает подкожная туберкулиновая проба Коха.

Ценность пробы Коха — в том, что подкожно введенный туберкулин, вызывая очаговую реакцию в гениталиях, позволяет судить об активности процесса, проводить дифференциальную диагностику между туберкулезными и нетуберкулезными заболеваниями, позволяет определять локализацию процесса и, по выражению Малыхиной, снимать «маски» туберкулеза половых органов.

¹ Доложено на совместном заседании научных обществ акушеров-гинекологов и фтизиатров ТАССР 22/III 1962 г.

Очаговая реакция после пробы Коха у наших больных проявлялась в увеличении размеров воспалительного конгломерата, усилении болей в нижнем отделе живота, с иррадиацией в поясницу, в ноги, паховую область. Наряду с усилением спонтанных болей, отмечалось их усиление при пальпации — симптом субдефанса Брауде; появление выделений там, где их ранее не было, или их увеличение, изменение их характера — иногда они становились кровянистыми, особенно в межменструальном периоде. Для более точного учета очаговых изменений мы у большинства больных проводили влагалищное исследование до постановки пробы Коха и после нее. Необходимо подчеркнуть, что ни у одной больной проба Коха не вызвала осложнений или ухудшения общего состояния. Заслуживает внимания, что у некоторых больных при пробе Коха, наряду с положительной общей реакцией и очаговой реакцией в гениталиях, наблюдалась очаговая реакция и со стороны кишечника, что позволило дополнительно установить специфические изменения и в пищеварительном тракте. Наш опыт позволяет нам рекомендовать включение туберкулинодиагностики, в частности в виде пробы Коха, в диагностический комплекс для выявления туберкулеза половых органов.

Кроме того, 15 больным дополнительно проведено рентгенологическое исследование органов малого таза (обзорные снимки, метросальпингография) в условиях клиники и 7-й поликлиники (главврачом Потукиным и зав. женской консультацией Самуиловой).

При соответствующих показаниях производилось пробное выскабливание полости матки.

У большинства больных проводилось бактериологическое и бактериоскопическое исследование содержимого матки, пунктатов воспалительных опухолей, но их результаты не представляли в наших наблюдениях особой диагностической ценности.

В затруднительных случаях — с целью диагностики — применялось пробное лечение противотуберкулезными препаратами.

Заслуживает внимания, что из 53 наблюдаемых нами больных у 35 в анамнезе был туберкулезный процесс в других органах: в легких и плевре — у 19, лимфатических железах — у 2; мезентерит — у 8 и у 6 перитонит, перенесенный в детстве. Возраст больных был от 20 до 30 лет.

По локализации туберкулезного процесса мы распределили больных на 4 группы: воспаление матки — у 14, придатков — у 33, тазовой брюшины — у 5, язва шейки матки — у 1.

Клиническое течение независимо от локализации было разнообразным. В большинстве случаев заболевание развивалось медленно, скрыто, без характерных воспалительных симптомов, редко протекало с острой клиникой воспаления. Обращали на себя внимание длительность заболевания у 37 больных, нарушение менструального цикла у 42 больных и бесплодие у 28. Многие отмечали упадок сил, похудание, потливость, частый субфебрилитет и, что особенно важно, обострение воспалительного процесса при физиотерапевтических процедурах.

Специфическое воспаление матки у 7 из 14 диагностировано гистологически, у одной — цитологически, а у остальных — на основании анамнеза, данных туберкулиновых проб и метросальпингографии.

Течение процесса у больных сопровождалось симптомами нерезко выраженной туберкулезной интоксикации и нарушением менструально-овариального цикла по типу аменореи, опсогипоменореи и метрорагии. У 5 больных процесс в матке сочетался с воспалением придатков матки и у 4 — с задним периметритом.

При диагностике воспаления придатков матки обращалось внимание на течение процесса, в частности на длительность заболевания

(у 27 больных); на бесплодие, на общее самочувствие и объективный статус. Для подтверждения диагноза использовались туберкулиновые пробы, метросальпингография (проведена 10 больным) и противотуберкулезное лечение.

При очаговой форме отмечалось в основном бесплодие. В гинекологическом статусе характерно низкое расположение придатков матки, ампулярные части труб замурованы в спайках.

При инфильтративно-экссудативной форме выявлено нарушение менструации по типу аменореи и олигоменореи — у 12, у 10 больных — менорагия. Кроме того, имелись явления выраженной интоксикации. В половой сфере — значительные анатомические изменения со стороны придатков матки, не укладывающиеся в рамки клинического течения процесса. У отдельных больных начало заболевания или обострение процесса напоминало картину прерывания внематочной беременности или перекрута ножки опухоли. Кроме того, у 8 больных в анамнезе была лапаротомия в различных учреждениях по различным показаниям: у 4 — удаление воспалительных опухолей придатков матки; у 1 — по поводу перитонита и у 3 — по поводу апоплексии яичников. У 4 больных, где было проведено гистологическое исследование, выявлен туберкулезный процесс половой сферы.

Заболевание тазовой брюшины наблюдалось у 5 больных. В двух случаях — экссудативная форма, в трех — адгезивная, причем заболевание брюшины сочеталось с воспалением придатков матки и мезентеринтом. Кроме того, почти у всех был выраженный задний периметрит.

Экссудативная форма пельвеоперитонита в одном случае диагностирована на операционном столе — больная была подвергнута операции по поводу «рака яичника», но выявлен туберкулезный перитонит с обсеменением половой сферы. У остальных диагноз поставлен на основании перенесенного туберкулезного перитонита, туберкулиновых проб и результатов специфического лечения.

Мы проводили в основном комплексное лечение больных, применяя антибактериальные препараты, витамины и общеукрепляющее лечение. Некоторым, наряду со специфической, проводилась неспецифическая терапия по методу Сперанского (введение взвеси углекислого висмута) и, кроме того, санаторно-курортное лечение. Антибактериальные препараты назначались по определенному курсу по 2—3 одновременно (чтобы не развивалась устойчивость микобактерий).

При заболеваниях придатков матки стрептомицин или салюзид вводился и в парацервикальное пространство; при заболевании матки — эндоцервикально; при заболеваниях шейки матки — путем обкалываний. При экссудативных инфильтратах или пельвеоперитонитах эти препараты вводились в задний Дугласов карман с предварительной эвакуацией экссудата.

Учитывая, что противотуберкулезные антибактериальные препараты иногда вызывают ряд побочных явлений и различные ферментативные нарушения, для профилактики этих осложнений мы широко применяли различные биостимуляторы гормональной и витаминной природы, в частности витамины комплекса В (В₁, В₆, В₂) и кортикостероидные гормоны (кортизон, АКТГ, преднизолон).

Наблюдая за больными в течение 3—4 лет, мы пришли к заключению, что комбинированная антибактериальная терапия должна быть длительной и непрерывной — до 4—6 месяцев. Считаем необходимым применение одного из препаратов (фтивазида или метазиды) более продолжительно — до 10—12 месяцев.

В хронических стадиях, после 2—3-летнего периодического проведения специфической терапии, мы переходили в ряде случаев к рассасывающей терапии, применяя стекловидное тело, лечебные клизмы, осто-

рожно — водные процедуры, при нарушении менструального цикла — гормонотерапию. Безусловно, только комплексная терапия давала самые лучшие результаты.

ВЫВОДЫ

1. Выявление туберкулеза половых органов связано с правильной организацией диагностической работы, особенно в условиях женской консультации, с использованием всех современных методов исследования, особо обращать внимание на результаты реакций Манту и Коха. При хронических процессах следует применять и метросальпингографию.

2. Для выявления туберкулеза половых органов необходимо, при проведении массовых профилактических осмотров на предприятиях и в женских консультациях, особо обратить внимание на больных с хроническим воспалением половых органов с нарушением менструально-овариального цикла или детородной функции, особенно с отягощенным туберкулезным анамнезом.

3. Постоянный контакт в работе акушеров-гинекологов с врачами противотуберкулезных диспансеров дает возможность раннего выявления туберкулеза половых органов и правильной организации специализированного лечения¹.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ермина М. С. Акуш. и гинек., 1961, 6.— 2. Лесной С. К., Ермина М. С. и др. В кн.: Сб. тр. ин-та акушерства и гинекологии МЗ РСФСР, М., 1961.— 3. Малихина Р. И. Диагностика туберкулеза половых органов женщины. Докт. дисс., 1959, Харьков.— 4. Покровский В. А. Генитальный туберкулез, Воронеж, 1947.— 5. Рабухин А. Е. Эпидемиология и профилактика туберкулеза. М., 1957.— 6. Равич-Щербо В. А. Туберкулез легких у взрослых, М., 1959.— 7. Струков А. И. В кн.: Руководство по туберкулезу, М., 1959, т. I.— 8. Шмелев Н. А. Там же.— 9. Berenési G., Syrungi S., Cavaller G. Acta tub. scandin., 1961, 40, 2.— 10. Braude G. Zbl. Gynäkol., 1928, 29.— 11. Drusnur G., Ungi G. Rozul tub., 1957, 6.— 12. Kreibich H. Zbl. Gynäkol., 1961, 16.— 13. Niedner. Ztschr. Tuberkul., 1961, 115, 3—6.— 14. Pankow. Там же.— 15. Pickroth G. Там же.

Поступила 22 ноября 1962 г.

К МЕТОДИКЕ АНГИОПУЛЬМОНОГРАФИИ

Н. И. Хурамович

Группа ангиокардиографии рентгенологического отделения (зав.— доц. М. А. Иванишкая, научный руководитель — акад. А. Н. Бакулев) Института сердечно-сосудистой хирургии АМН СССР

Одной из наиболее объективных методик в функционально-диагностическом отношении, получающей за последние годы все большее развитие, является ангиопульмонография при различных заболеваниях легких. Контрастное исследование сосудов легких, дающее возможность судить как о морфологии сосудистой сети легкого, так и о функциональном состоянии легочного кровотока, является весьма важным и ценным методом при целом ряде заболеваний легких. Оно значительно расширяет наши представления об объеме и характере поражения, функции и морфологии сосудов как всего легкого, так и его отдельных пораженных сегментов. Но, как показала практика, для получения эффективных данных решающее значение имеет методика

¹ Примечание редакции. Без гистологического исследования точный диагноз ТВС половых органов пока еще невозможен. Все остальные диагностические приемы дают право только подозревать это заболевание.