

ДИАГНОСТИКА ГЕНИТАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ЖЕНЩИН

З.Ш. Гилязутдинова

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — доц. Л.М. Тухватуллина)
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования*

Проблема туберкулеза в последние годы в Российской Федерации относится к актуальнейшим в медико-социальном аспекте. В 1994 г. по сравнению с 1991 г. заболеваемость туберкулезом увеличилась на 42,1%, смертность — на 77,8% (14,4 на 100 тыс. населения). Такие показатели объясняются снижением эффективности лечения туберкулеза органов дыхания на 21,1%, внелегочных форм — на 12,7%. Кроме того, оказалось, что среди внелегочных форм туберкулеза в структуре заболеваемости преобладает туберкулез мочеполовой системы.

В связи с ухудшением эпидемиологической ситуации по заболеваемости туберкулезом целью настоящей работы является информация о методах обследования больных с подозрением на туберкулез половых органов.

Диагностика туберкулеза половых органов женщин достаточно сложна. Разнообразная клиническая картина, отсутствие единой симптоматики, несоответствие жалоб больных тяжести патологического процесса затрудняют своевременную постановку диагноза и проведение адекватной терапии. Даже значительный арсенал методов диагностики: туберкулиновые пробы, лучевые (легких, половых органов), гистологические, иммунологические и другие методы исследования не всегда позволяют своевременно выявить туберкулезный процесс в половых органах.

На основании собственных клинических наблюдений, методических рекомендаций МЗ РФ (1995), приказов МЗ РФ и МЗ РТ и учебного пособия по фтизиопульмонологии [1] мы предлагаем методы диагностики генитального туберкулеза. Их следует использовать с учетом того, что поражение органов малого таза туберкулезом является местным проявлением общей лимфо-гематогенной инфекции. Туберкулезная интоксикация независимо от локализации процесса сопровождается следующими симптомами: потерей аппетита и массы тела, потоотделением, быстрой утомляемостью, нарушени-

ем терморегуляции, обменных процессов, артериальной гипотонией, ухудшением общего состояния в осенне-весенние периоды и т.д.

Е.Н. Колачевская [5] выделяет три клинические формы генитального туберкулеза. Первая — характеризуется незначительными анатомическими изменениями в придатках матки, признаками туберкулезной интоксикации (10—11%), нарушением менструальной функции (49%), болевым симптомом (48%); у части больных возможно сохранение проходимости маточных труб. При второй форме преобладают выраженные анатомические изменения в придатках матки (17—18%), брюшины (до 50%) и признаки туберкулезной интоксикации. Третья форма проявляется в виде туберкулемы (казеозная форма) со значительными изменениями в половом аппарате, тяжелой туберкулезной интоксикацией, нарушением менструальной функции до 73% случаев.

Каждой клинической форме свойственна конкретная патологоанатомическая картина: очаговая, инфильтративная, казеозная, рубцово-спаечная формы. Все эти формы могут проявляться в каждом органе половой сферы и газовой брюшины.

Для установления диагноза генитального туберкулеза используются комплексные клинико-лучевые и лабораторные методы обследования.

К ним относятся тщательно собранный анамнез с выделением перенесенного в прошлом туберкулеза любой локализации (плеврит, лимфаденит, перитонит, костно-суставные поражения и др.), наличие контакта с туберкулезными больными, особенно в раннем детском и пубертатном возрасте, и туберкулезных заболеваний в настоящее время (общее самочувствие, клинические проявления туберкулезной интоксикации), нарушение менструальной и репродуктивной функций, длительное или рецидивирующее течение воспалительного процесса половых органов, неэффективность обычной противовоспалительной терапии, частые обострения, особенно в периоде менархе и в начале

половой жизни. Тщательное изучение анамнеза позволяет предположить возможность генитального туберкулезного процесса у больных и провести необходимое обследование.

Для выявления туберкулеза гениталий эффективна гистеросальпингография (ГСГ). С помощью этого метода можно обнаружить характерную для туберкулеза картину в половых органах, установить проходимость труб и провести дифференциальную диагностику воспалительных процессов различной этиологии. Предварительно целесообразно получить обзорный снимок органов малого таза для выявления возможных кальцинатов.

Для туберкулеза гениталий при ГСГ характерны следующие изменения в половом аппарате:

- удлинение и расширение цервикального канала с зазубренными контурами, иногда вплоть до образования свища;

- нечеткость, деформация контуров матки, частичное или полное заращение полости матки (симптом перчатки или синехий) вследствие перенесенного эндометрита;

- уменьшение маточных труб, их ригидность, гладкие или неровные контуры;

- запаянность и расширение ампулярных отделов труб в виде булавы, луковицы, бульбуса;

- четкообразность труб (сегментированность) в виде бус, фистулоподобных или кистоподобных образований;

- симптом ватного шарика или тутовой ягоды при задержке контрастного вещества в ампулярных отделах труб;

- симптом интервазации;

- наличие кальцинатов в области труб, яичников и лимфоузлов, которые являются абсолютными признаками бывшего туберкулезного процесса.

Пневмомельвиографию (ППГ) и биконтрастную геникографию для диагностики генитального туберкулеза применяют редко из-за наличия спаечного процесса.

Проводятся и ультразвуковые исследования (УЗИ) половых органов. Однако Е.Н. Колачевская [5], исходя из достаточно большого собственного опыта, считает, что этот метод позволяет подтвердить туберкулезный генез воспаления половых органов лишь при наличии кальцинатов или туберкулем и выявить сопутствующую с туберкулезом патологию органов малого таза. УЗ сканирование должно быть использовано как скрининговый метод до ГСГ при подозрении на туберкулез.

Ценным информативным методом визуального осмотра половых органов и брюшной полости является лапароскопия. При этом можно получить материал для гистологии и бактериологического посева. Вопрос о широком применении этого метода для диагностики туберкулеза половых органов в литературе спорный. По нашему мнению, к нему следует прибегать при положительных пробах Манту и Коха, результатах лучевых методов исследования, указывающих на возможность поражения туберкулезом половых органов. Лапароскопия дает возможность определить активность процесса, оценить его распространенность (поражение мезентериальных желез) и характер спаечного процесса (обширные плоскостные спайки — чаще, обширные тяжистые — реже [5]).

Данные, полученные при лапароскопии, дополняют результаты рентгенологического исследования, позволяют уточнить анатомические изменения половых органов, состояние лимфатических узлов брыжейки и выявить дополнительную патологию половых органов. С учетом инвазивности метода мы рекомендуем применять его на фоне антибактериальной терапии.

Кольпоскопию обычно проводят до и после подкожной туберкулиновой пробы [6]. У больных с активным туберкулезом гениталий (в 45,2% случаев) и при клинически излеченном туберкулезе (в 13,6%) на фоне введения туберкулина выявляются изменения сосудистого рисунка [4].

Из существующих туберкулиновых проб для диагностики генитального туберкулеза применяются пробы Манту и Коха. Особо ценной является проба Коха — последовательное введение 20—50—100 Т.Е. туберкулина с интервалом в 3—4 дня. Она должна проводиться в стационаре с учетом картины крови и температуры. После постановки пробы необходимо измерять температуру несколько раз в течение 72 часов. При этой пробе выявляются очаговая реакция (жалобы на боли внизу живота, выделения), изменения в половых органах при вагинальном исследовании через 48—72 часа и общая реакция. Следовательно, при оценке туберкулиновых проб необходимо исходить из данных клинического течения процесса, общих изменений организма, показателей клинико-лабораторных исследований и не исключать туберкулез при отрицательных результатах туберкулиновых проб.

Для бактериоскопического (цитологического) метода исследования используется аспират содержимого полости матки, по-

верхности шейки матки, выделений из влагалища менструальной крови, взятых тканей и пунктатов при лапаротомии, лапароскопии и заднего свода.

Диагностическое выскабливание слизистой матки рекомендуется проводить за 1—2 дня до начала менструации либо во второй фазе цикла, а при метrorрагии и аменорее — в любой день цикла. Полученный материал направляют на морфологическое исследование, посев, а при возможности и на биологическую реакцию. Во избежание диссеминации процесса целесообразно пользоваться аспирационной биопсией на фоне антибактериальных препаратов.

Для гистологической диагностики берут соскобы эндометрия матки, биопсированную ткань с шейки матки, влагалища, вульвы и ткани удаленных органов во время операции.

Объектами посева для бактериологического метода исследования могут служить менструальная кровь, ткани соскоба матки, пунктаты, удаленные ткани. Посев производят на специальных средах.

Биологический метод диагностики заключается в заражении морских свинок материалом, полученным от больных.

Для пробного лечения назначают два антибактериальных препарата в течение 3—4 месяцев. При благоприятном ответе организма (нормализация температуры, положительные изменения в половом аппарате) предполагается заболевание туберкулезной этиологии и может быть поставлен вопрос о необходимости проведения комплексной терапии.

К дополнительным методам обследования относятся рентгенография и томография органов грудной клетки, флюорография, обзорная рентгенография брюшной полости, иммунологические исследования, серологический метод, оценка состояния сердечно-сосудистой системы.

Необходимо подчеркнуть, что только комплексный метод обследования больных позволяет выявить данную патологию. Ни один из этих методов не является определяющим; получение отрицательных результатов любого из них еще не служит основанием для исключения генитального туберкулеза.

В целях ранней диагностики генитального туберкулеза в группы риска рекомендовано включать следующих больных:

— состоящих на учете или снятых с учета по поводу туберкулеза различных локализаций, особенно перенесших туберкулез лимфоабдоминальной локализации, нефротуберкулеза, костно-суставного туберкулеза;

— состоящих на учете по поводу хронического сальпингоофорита, не поддающегося неспецифической терапии, с частыми обострениями;

— с бесплодием, особенно первичным (исключив предварительно бесплодие мужа);

— со стойким нарушением менструальной функции (первичная или вторичная аменорея, гипоменструальный синдром маточного варианта);

— с наличием придатковых образований неясной этиологии.

Кроме того, мы считаем необходимым включать в группу риска больных со вторичным бесплодием после нормальных родов и осложненным послеродовым периодом, после перенесенной внематочной беременности, с рецидивирующим полипом шейки и тела матки, с легочными и внелегочными формами туберкулеза [2, 3].

В заключение хотелось бы еще раз подчеркнуть, что своевременная диагностика генитального туберкулеза зависит, во-первых, от знания врачами общей сети основных методов диагностики туберкулеза вообще и туберкулеза гениталий в частности и, во-вторых, от слаженности и преемственности в работе противотуберкулезных учреждений и общей поликлинической сети (терапевтов, педиатров, акушеров-гинекологов).

ЛИТЕРАТУРА

1. Визель А.А. Лечение больных туберкулезом органов дыхания. Учебно-методическое пособие. — Казань, 1997.
2. Гилязудинова З.Ш. Туберкулез женской половой сферы. — Казань, 1970.
3. Гилязудинова З.Ш., Гордеева Н.К. Диагностика и лечение генитального туберкулеза у женщин. — Казань, 1980.
4. Колачевская Е.Н. Туберкулез женских половых органов. — М., 1995.
5. Колачевская Е.Н. Туберкулез женских половых органов. — М., 1996.
6. Патриян И.Т., Новик Б.Х., Деражне И.Л. Очаговый сосудистый тест в диагностике туберкулеза женских половых органов/ Метод. рекомендац. — Л., 1984.

Поступила 26.02.98.