

Генитальный туберкулёз

Генитальный туберкулез, как правило, развивается вторично в результате переноса инфекции из первичного очага поражения (чаще из легких, реже из кишечника). Поражение мочеполовых органов стоит на первом месте среди внелегочных форм туберкулеза. В структуре генитального туберкулеза первое место по частоте занимает поражение маточных труб, второе – эндометрия, реже встречается туберкулез яичников и шейки матки, совсем редко — туберкулез влагалища и наружных половых органов.

Из первичного очага при снижении иммунной резистентности (сопротивляемости) организма (хронические инфекции, стрессы, недостаточное питание и др.) микобактерии попадают в половые органы. Инфекция распространяется в основном **гематогенным путем**, чаще при первичной диссеминации (распространении) в детстве или в периоде полового созревания. Прямое заражение при половых контактах с больным генитальным туберкулезом возможно только теоретически, **поскольку многослойный плоский эпителий вульвы, влагалища и влагалищной порции шейки матки устойчив к микобактериям.**

В очагах поражения развиваются типичные для туберкулеза морфологические изменения - **казеозные некрозы**. Туберкулез маточных труб часто заканчивается их облитерацией. **Облитерация** (obliteratio - заглаживание) - закрытие просветов сосудов, каналов или других трубчатых органов вследствие утолщения стенок, образования сгустков и т.п. Дальнейший воспалительный процесс может привести к образованию **пиосальпинкса** (ограниченное скопление гноя в маточной трубе), при вовлечении в процесс мышечного слоя маточных труб в нем образуются **туберкулы** (бугорки).

При туберкулезном эндометрите также преобладают продуктивные изменения — туберкулезные бугорки, казеозные некрозы отдельных участков.

Туберкулез придатков матки нередко сопровождается вовлечением в процесс брюшины с образованием асцита, петель кишечника с образованием спаек.

Генитальный туберкулез часто сочетается с поражением мочевых путей.

Клиническая картина

Первые симптомы заболевания могут появиться уже в периоде полового созревания, но в основном генитальным туберкулезом болеют женщины 20—30 лет. В редких случаях заболевание встречается у пациенток более старшего возраста и женщин в постменопаузе. Снижение генеративной функции (бесплодие) является основным, а иногда и единственным симптомом заболевания. К причинам бесплодия, чаще первичного, следует отнести эндокринные нарушения, поражения маточных труб и эндометрия.

Более чем у половины пациенток нарушается менструальная функция: возникают **аменорея** (первичная и вторичная), **олигоменорея**, нерегулярные менструации, **альгоменорея** (нарушение менструаций, выражающееся в резких или ноющих болях в животе, поясничной и крестцовой областях), реже **меноррагии** (чрезмерная потеря крови во время менструации) и **метроррагии** (ациклическое маточное кровотечение). Нарушения менструальной функции связаны с поражением паренхимы яичника, эндометрия.

Отмечается субфебрильная температура, тянущие, ноющие боли внизу живота из-за спаечного процесса в малом тазу, поражения нервных окончаний, склероз сосудов и гипоксия тканей внутренних половых органов. К другим проявлениям болезни относятся **признаки туберкулезной интоксикации** (слабость, периодическая лихорадка, ночные поты, снижение аппетита, похудание), связанные с развитием экссудативных или казеозных изменений во внутренних гениталиях.

У молодых пациенток генитальный туберкулез может начаться с признаков «острого живота», что нередко приводит к оперативным вмешательствам в связи с подозрением на острый аппендицит, внематочную беременность, апоплексию яичника. На мысль о туберкулезной этиологии заболевания может навести **правильно и тщательно собранный анамнез** с указаниями на контакт пациентки с туберкулезным больным, наблюдение в противотуберкулезном диспансере, а также возникновение воспалительного процесса в придатках матки у молодых пациенток, не живших половой жизнью, особенно в сочетании с аменореей, и длительным субфебрилитетом.

Для уточнения диагноза используют туберкулиновые пробы. Они противопоказаны при активном туберкулезном процессе, сахарном диабете, выраженных нарушениях функции печени и почек.

Наиболее точными методами диагностики генитального туберкулеза остаются **микробиологические методы, позволяющие обнаружить микобактерию в тканях.**

Исследуют выделения из половых путей, менструальную кровь, соскобы эндометрия или смывы из полости матки, содержимое воспалительных очагов и др.

Высокочувствительным и специфичным методом выявления возбудителя является **ПЦР** (полимеразная цепная реакция - метод молекулярной диагностики для выявления возбудителей инфекционных заболеваний), позволяющая определить участки ДНК, свойственные микобактериям туберкулеза.

Диагностике генитального туберкулеза помогает **гистеросальпингография**. На её основании выявляют характерные для туберкулезного поражения половых органов признаки: смещение тела матки из-за спаечного процесса, облитерацию полости матки, неровность контуров труб и др. **На обзорных рентгенограммах органов малого таза** выявляются патологические тени — кальцинаты в трубах, яичниках, лимфатических узлах, очаги казеозного распада.

Лечение

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.

Профилактика

Специфическая профилактика туберкулеза начинается уже в первые дни жизни с введения вакцины БЦЖ.

Неспецифическая профилактика - это оздоровление всех детей и взрослых, повышение у них иммунитета, озеленение городов, улучшение условий труда, жизни, рациональное питание и т. д.

Туберкулез и беременность



Беременность не является фактором, повышающим риск заражения туберкулёзом. Тем не менее, при заболевании во время беременности необходимо оценивать безопасность противотуберкулезных препаратов для плода. Во всех случаях беременная должна наблюдаться совместно акушером-гинекологом и фтизиатром.

1. Полное выздоровление возможно даже в тех случаях, когда заболевание впервые выявлено во время беременности.

2. Минимальный риск для плода представляет туберкулёзный процесс, локализующийся **в грудной клетке**.

3. Наиболее тяжелые исходы для плода отмечаются при **внелёгочном туберкулёзе**.

4. Врожденное инфицирование туберкулёзом представляет **большую редкость**, поскольку гематоплацентарный барьер является практически непреодолимым препятствием для туберкулёзной палочки, однако:

- Почти все случаи врожденного туберкулёза связаны с **генитальной формой** заболевания, которая при этом является одной из причин женского бесплодия.

- Единственным критерием является первичный **очаг в паренхиме печени новорожденного**.

6. Риск для новорожденного связан с наличием активной формы заболевания у матери во время родов.

- Риск настолько высок, что необходимо **разделение новорожденного с матерью после рождения.**

- При отсутствии лечения матери с активной формой инфекции риск заражения новорожденного составляет **50% в течение года.**

- Инфекция у новорожденного маловероятна **при условии лечения женщины перед наступлением беременности,** или при отсутствии микобактерий при культуральном исследовании мокроты.

7. Отдаленный риск неонатального инфицирования может быть снижен введением ребёнку на 3-4 дни жизни вакцины БЦЖ и профилактическим лечением изониазидом. Вакцина БЦЖ предотвращает развитие диссеминированной формы туберкулёза и туберкулёзного менингита у детей, но не обладает надёжным защитным эффектом в отношении легочной формы у детей и у взрослых.

Подготовка и ведение беременности

1. Основной проблемой ведения туберкулёзного процесса во время беременности является возможный, хотя и незначительный, тератогенный эффект препаратов для плода.
2. Женщинам с выявленным заболеванием рекомендуется пройти курс лечения до планирования беременности.
3. Пациенткам, прошедшим полноценное противотуберкулёзное лечение, беременность не противопоказана.



Подготовка и ведение беременности

4. Беременным с высоким риском развития туберкулёза следует проводить кожную туберкулиновую пробу (Mantoux), если нет сведений, что такая проба была недавно проведена.

Беременным с положительным результатом пробы и беременным с симптоматикой, предполагающей наличие у них туберкулёза (кашель, продолжающийся не менее 3 недель, наличие крови в мокроте, ночная потливость, потеря веса и лихорадка) вне зависимости от результата пробы показано

- проведение рентгенографии лёгких после I триместра для выявления активного легочного процесса;

- при положительных данных рентгенографии проводится исследование мокроты на наличие *Mycobacteria tuberculosis*;

- при выявлении палочки Коха, рекомендуется начать лечение.

Подготовка и ведение беременности

5. Всем беременным, получающим специфическое лечение, проводится определение аминотрансферраз (АСТ, АЛТ), билирубина, щелочной фосфатазы, креатинина и количества тромбоцитов.

6. Всех женщин с туберкулёзным процессом рекомендуется тестировать на наличие у них ВИЧ-инфекции.

7. Активный туберкулёз должен быть адекватно пролечен во время беременности: **польза от терапии превосходит предполагаемый вред от применения препаратов. Эффективность лечения для вновь заболевших – 90%**. Прием каждого противотуберкулёзного препарата рекомендуется проводить под контролем

Профилактика туберкулёза

1. При определении контингента беременных, которому необходимо проводить профилактическое противотуберкулёзное лечение, следует учитывать следующее:

- Величину туберкулиновой пробы.
- ВИЧ статус.
- Иммунный статус.
- Контакт с больным активной формой туберкулёза

2. Профилактическое противотуберкулёзное лечение во время беременности показано:

- ВИЧ-инфицированным, контактировавшим с больным активной формой туберкулёза.
- ВИЧ-инфицированным с результатом туберкулиновой пробы более 5 мм.
- Беременные с результатом туберкулиновой пробы более 10 мм, но при положительных результатах рентгенографии легких. При отрицательных результатах – лечение откладывается до послеродового периода (по прошествии 3-6 месяцев после родов - изониазид в течение года).