

УДК 618.1-002.5

## ТУБЕРКУЛЕЗ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ – ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ РЕДКОЙ ФОРМЫ ВНЕЛЕГОЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Каюкова С.И.

*Учреждение Российской академии медицинских наук Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза РАМН (107564, г. Москва, Яузская аллея, д.2.)*

---

В оригинальной статье коллектив авторов исследует 130 пациенток, из которых у 79 женщин в ходе обследования был установлен диагноз туберкулеза гениталий (1-ая группа) и 51 женщина, у которых данный диагноз не подтвердился (2-ая группа). Целью исследования явилось – изучение причин несвоевременной диагностики генитального туберкулеза и повышение эффективности его выявления на современном этапе. Полученные результаты выявили наиболее значимые данные анамнеза, клинические и лабораторные особенности туберкулеза женских половых органов на современном этапе. Также были проанализированы пути выявления пациенток с генитальным туберкулезом и клиническая эффективность комплексного лечения генитального туберкулеза.

---

**Ключевые слова:** туберкулез, женские гениталии, трудности диагностики.

## FEMALE GENITAL TUBERCULOSIS – DIAGNOSTIC DIFFICULTIES OF RARE FORMS OF EXTRAPULMONARY TB

Kajukova S.I.

Central research -scientific institute of tuberculosis of Russian Academy of medical science (107564, Moscow, Yausckaya alley, 2)

In the original article the authors examine collective 130 patients, of whom 79 women in the survey had been diagnosed with tuberculosis genital mutilation (first group) and 51 women, in whom the diagnosis was not confirmed (second group). The aim of the study was to - to study the causes of delayed diagnosis of genital tuberculosis and effectiveness of its detection at this stage. Obtained results showed the most significant clinical history, clinical and laboratory features of tuberculosis of female genital mutilation at this stage. There were also explored how to identify patients with genital tuberculosis, and clinical efficacy of combined treatment of genital tuberculosis.

**Keywords:** tuberculosis, female genitalia, diagnostic difficulties.

**Актуальность исследования:** Россия занимает 11 место в списке, состоящем из 22 стран с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом. В 2009 году в России туберкулезом заболело 117 227 больных. Согласно данным государственной статистики, заболеваемость туберкулезом в России составляет 82 случая на 100 тысяч населения. В нашей стране туберкулез является ведущей причиной смертности от всех инфекционных заболеваний и составляет 80 %. В 2009 г. от туберкулеза умерло 23,3 тыс. больных, ежедневно по причине этого заболевания уходило из жизни 64 человека, а ежечасно – трое. При этом статистика отмечает смертность преимущественно трудоспособного населения в возрасте от 25 до 44 лет [3].

Показатель заболеваемости населения туберкулезом с внелегочными локализациями снижается за счет уменьшения до 18,2 % числа заболевших туберкулезом мочеполовых органов. Сложившаяся ситуация по внелегочному туберкулезу не соответствует действительности в связи с ростом обнаружения, в первую очередь, распространенных, деструктивных форм, и это обусловлено недостатками выявления и диагностики внелегочных форм туберкулеза [1].

Туберкулез женских половых органов, являясь одной из локализаций внелегочного туберкулеза, составляет в структуре общей заболеваемости туберкулезом 0,8–1,1 %, а в структуре внелегочного туберкулеза – 44 %. Среди больных хроническими воспалительными заболеваниями женской половой сферы туберкулез женских половых органов диагностируется в 10–15 % случаев, а среди женщин, страдающих бесплодием, достигает 15–25 % [2].

Цель настоящего исследования – изучить причины несвоевременной диагностики генитального туберкулеза и повысить эффективность его выявления и лечения на современном этапе. Были поставлены следующие задачи: оценить роль данных анамнеза в диагностике туберкулеза женских половых органов, провести анализ путей выявления группы риска по развитию генитального туберкулеза врачами различных специальностей, выявить клинические и лабораторные особенности туберкулеза женских половых органов на современном этапе.

**Материалы и методы.** За период 2004–2008 гг. на базе гинекологического отделения Московского областного стационара внелегочного туберкулеза нами было проведено обследование и лечение 130 пациенток, направленных на госпитализацию для исключения туберкулеза женских половых органов. Основную группу составили 79 пациенток, у которых был установлен диагноз: туберкулез женских половых органов (1-ая группа). Группу сравнения составили 51 женщина, у которых не была подтверждена туберкулезная этиология гинекологической патологии (2-ая группа).

Всем пациенткам было проведено традиционное и специализированное клинико-лабораторное обследование, включающее: детальное изучение данных анамнеза и путей выявления пациенток с туберкулезом женских половых органов; исследование структуры сопутствующей урогенитальной инфекции, определение уровня женских половых гормонов в сыворотке крови. После установления клинического диагноза исследуемым пациенткам было проведено консервативное и при необходимости – оперативное лечение.

Анализ возрастного состава в исследуемых группах показал преобладание женщин активного репродуктивного возраста 25–35 лет (53,8 %). При исследовании социального

состава среди женщин исследуемых групп отмечалось преобладание среди них служащих (60 %).

### **Результаты и обсуждение**

Анализ сопутствующей экстрагенитальной патологии пациенток с туберкулезом женских половых органов показал, что чаще регистрировали заболевания мочевыводящей системы – 14 (17,7 %) и ЛОР-органов – 9 (11,4 %).

Исследование оперативных вмешательств в анамнезе показало, что среди женщин 1-ой группы интраоперационный диагноз туберкулеза гениталий был установлен в 3 (3,8 %) случаев (при проведении пангистерэктомии и илеоэктомии). Также выявлено наличие апендэктомии, осложнившееся перитонитом в пубертатном периоде – 9 (11,4 %).

При анализе структуры гинекологического анамнеза установлено, что пациентки с туберкулезом женских половых органов чаще страдали бесплодием – 51(64,6 %) и хроническим сальпингитом – 29 (36,7 %), по сравнению с женщинами группы сравнения – 24 (47,1 %) и 15 (29 %) соответственно. Интересно, что у 8 (27,6 %) женщин 1-ой группы отмечалось развитие воспалительного процесса в маточных трубах до начала половой жизни.

У 31 (23,8 %) пациентки исследуемых групп имелось в анамнезе нарушение менструального цикла, практически с одинаковой частотой, как в 1-ой, так и во 2-ой группах (24,1 % и 23,5 % соответственно). Среди женщин с наличием генитального туберкулеза нарушение менструального цикла чаще развивались по типу «олигодисменореи» – 8 (42,1 %). Причинами подобных нарушений являлись гиперандрогения – 15 (78,9 %) и недостаточность лютеиновой фазы – 5 (НЛФ) (26,3 %). У пациенток 2-ой группы нарушение менструального цикла чаще клинически проявлялось в виде «гиперполименореи» 10 (83,3 %).

У пациенток исследуемых групп *menarche* наступало в возрасте 13,1–13,8±2,9 лет. Однако, у 19 (24,1 %) женщин 1-ой группы отмечалось позднее наступление *menarche* (в возрасте 15–19 лет), в отличие от пациенток 2-ой группы – 3 (5,9 %).

Нами был изучен фтизиатрический анамнез среди женщин исследуемых групп. Среди женщин 1-ой группы в 2,5 раза чаще установлен бытовой контакт с бактериовыделителями, проживающими на одной жилой площади – 23 (29,1 %) по сравнению с пациентками 2-ой группы – 6 (11,8 %).

Отягощенность фтизиатрического анамнеза проявлялась также в виде более частого установления виража туберкулиновых проб в детстве у пациенток 1-ой группы – 11 (13,9 %) по сравнению с женщинами 2-ой группы – 5 (9,8 %).

В анамнезе у 21 (16,2 %) из 130 обследованных женщин ранее имел место туберкулезный процесс различной локализации. В 1-ой группе такие пациентки регистрировались в 2 раза чаще – 16 (20,3 %) по сравнению со 2-ой группой – 5 (9,8 %). В общей структуре различных локализаций преобладал туберкулез легких (12,3 %), с большей частотой среди женщин 1-ой группы – 12 (15,2 %) по сравнению с таковыми из 2-ой группы – 4 (7,8 %). Среди других локализаций регистрировали туберкулез бронхов, внутригрудных лимфатических узлов, почек, глаз. Во всех случаях отмечалась клинико-рентгенологическая эффективность в лечении туберкулезного процесса. Однако, спустя  $3,5 \pm 0,3$  года (индивидуальные колебания 1–13 лет) от момента излечения от туберкулеза был диагностирован впервые выявленный туберкулез женских половых органов.

Анализ пути следования пациенток в процессе установления диагноза туберкулеза женских половых органов показал, что 75 (57,7 %) исследуемых женщин обращались в учреждения медико-санитарного профиля г. Москвы и Московской области по поводу бесплодия, где им проводились различные лечебно-диагностические мероприятия (курсы неспецифической антибактериальной терапии, гормональная коррекция, искусственная инсеминация, хирургическое лечение, экстракорпоральное оплодотворение и т.д.). Общая длительность времени, затраченного на перечисленные исследования, составила, в среднем,  $4,26 \pm 0,2$  года с индивидуальными колебаниями от 3-х месяцев до 13 лет. Прежде чем пациентки попали в противотуберкулезный стационар, за более чем 4-хлетний срок предыдущих исследований, отмечалась отрицательная динамика со стороны генитального туберкулеза (хронизация воспалительного процесса, нарастание спаечных изменений в полости малого таза, отсутствие эффективности от гормональной коррекции нарушений функции яичников). Кроме того, за этот период времени помимо материальных затрат, при отсутствии эффективности от проводимой терапии, у женщин нередко развивались депрессивные состояния вследствие перенесенной длительной психологической травмы.

Анализ пути выявления пациенток с туберкулезом женских половых органов показал, что из 130 обследованных пациенток 31 (23,8 %) обратились за консультацией к фтизиогинекологу по направлению внелегочного специалиста противотуберкулезного учреждения. Подозрение на специфический процесс женских половых органов возникло в связи с наличием бесплодия в течение 1–5 лет – 25 (80,6 %).

14 (10,8 %) пациенток обратились за консультацией к фтизиогинекологу по направлению врачей акушеров-гинекологов. Подозрение на туберкулез женских половых органов было вызвано наличием симптомов интоксикации, выраженного болевого синдрома – 10 (71,4 %), а также после неудачных попыток лапароскопических вмешательств вследствие выраженных спаечных изменений в полости малого таза – 4 (28,6 %).

45 (34,6 %) женщин были консультированы фтизиогинекологом по направлению врачей-фтизиатров. У этих женщин в анамнезе имели место различные клинические формы излеченного туберкулеза легких, клиническая симптоматика в виде болевого синдрома и нарушения менструального цикла.

Удручает тот факт, что среди общего числа обследованных в 40 (30,8 %) случаях имело место самообращение. Женщины обращались за консультацией в связи с наличием жалоб на длительную субфебрильную температуру, симптомы интоксикации, отсутствие эффективности от многократных курсов неспецифической антибактериальной терапии, боли в нижних отделах живота, нарушение менструального цикла – 27 (67,5 %), длительное бесплодие – 18 (45 %).

Нередко помимо туберкулезной инфекции у пациенток обнаруживается сопутствующая урогенитальная инфекция (УГИ), наличие которой «маскирует» имеющийся специфический процесс.

Из общего числа обследованных женщин в 40 (30,8 %) случаях были обнаружены УГИ бактериального и вирусного происхождения. В структуре УГИ среди больных 1-ой группы преобладали *Gardnerella vaginalis* (22,2 %), *Candida albicans* и HSV II типа (по 18,5 % соответственно). В структуре УГИ пациенток 2-ой группы чаще регистрировали: *Ureaplasma urealyticum* (46,2 %), *Gardnerella vaginalis* (30,8 %), *Chlamidia trachomatis* (23,1 %). Сопутствующие виды УГИ не только затрудняют диагностику, но и соответствующее лечение, оказывая отрицательное воздействие на состояние локального иммунитета.

При обследовании гормонального фона у 5 (26,3 %) пациенток 1-ой группы недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ) подтверждалась с помощью тестов функциональной диагностики и низким уровнем прогестерона ( $0,7 \pm 0,1$  нмол/л).

Среди 15 (78,9 %) пациенток 1-ой группы нами была диагностирована гиперандрогения (ГА). Однако при исследовании гормонального профиля повышенное содержание общего тестостерона в сыворотке крови отмечалось только у 10 (52,6 %) женщин ( $10,91 \pm 1,8$  нмол/л). У 5 (26,3 %) гиперандрогения была выявлена при исследовании андрогенных фракций в стероидном профиле мочи.

Перечисленные изменения гормонального статуса пациенток, по-видимому, можно объяснить не только влиянием туберкулезной интоксикации, но и вовлечением в воспалительный процесс яичников. Это позволяет нам в случаях сочетания хронического

сальпингита и нарушения менструального цикла устанавливать диагноз: туберкулезный сальпингоофорит.

Всем пациенткам после установления диагноза было проведено комплексное лечение, в результате которого в 77 (97,4 %) случаев имела место клиническая эффективность, заключающаяся в исчезновении симптомов интоксикации, купировании болевого синдрома, нормализации менструальной функции, положительной лабораторно-рентгенологической динамики.

### **Выводы**

1. При выявлении туберкулеза женских половых органов у пациенток из группы риска диагностическую ценность представляли следующие данные анамнеза: длительное бесплодие (64,6 %); нарушение менструального цикла по типу «олигодисменореи» – (42,1 %); наличие хронических воспалительных заболеваний придатков матки (36,7 %); позднее наступление *menarche* (24,1 %); бытовой контакт с больными туберкулезом (29,1 %); перенесенный туберкулезный процесс различных локализаций (20,3 %); положительная реакция Манту или вираж туберкулиновых проб в детстве (13,9 %).

2. Направление к фтизиогинекологу женщин из группы риска по развитию генитального туберкулеза осуществляется врачами – фтизиатрами (34,6 %), специалистами по внелегочному туберкулезу (23,8 %), врачами акушерами-гинекологами (10,8 %). Самообращение составляет 30,8 %.

3. 57,7 % женщин с установленным диагнозом туберкулеза женских половых органов ранее получали обследование и лечение по поводу бесплодия, длительность которого составила  $4,26 \pm 0,2$  года. За этот период времени отмечалась отрицательная динамика в виде хронизации воспалительного процесса, нарастания спаечных изменений в полости малого таза, ухудшения функции яичников, развития длительной психологической травмы.

4. Установлены клинические и лабораторные особенности генитального туберкулеза на современном этапе: нарушение менструального цикла по типу олигодисменореи, развившееся на фоне гиперандрогении (78,9 %) и сочетание туберкулезного процесса с микст-инфекцией урогенитального тракта: *Gardnerella vaginalis*, (22,2 %), *Candida albicans*, HSV II (18,5 %).

5. Своевременная диагностика и комплексное лечение туберкулеза женских половых органов позволяет добиться клинической эффективности в виде исчезновения симптомов

интоксикации, купировании болевого синдрома, нормализации менструальной функции, положительной лабораторно-лучевой динамики в 97,4 % случаев.

### Список литературы

1. *Васильев А.В.* Внелегочный туберкулез. – СПб.: Фолиант, 2000. – С. 351-370.
2. *Жученко О.Г.* Репродуктивное здоровье женщин, страдающих легочным и урогенитальным туберкулезом: автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2001. – 42 с.
3. *Рахмадуллин Э.В.* Медико-социальные аспекты рождаемости и репродуктивного поведения женщин в муниципальном районе: автореф... канд. мед. наук. – 2008. – С. 25.
4. *Трифоновна Н.Ю.* Формирование здорового образа жизни женщин и детей как один из факторов сохранения и укрепления здоровья населения // Проблемы управления здравоохранением. – 2007. – №6. – С. 74-77.
5. *Шилова М.В.* Туберкулез в России в 2009 г. – М.: Медицина, 2011. – 152 с.

### Рецензенты:

Цахилова С.Г., д.м.н., профессор, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, Московский государственный медико-стоматологический университет, г. Москва.

Керчелаева С.Б., д.м.н., профессор, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, Российский государственный медицинский университет, г. Москва.