

УДК [618.1:616-002.5]–071-092-085+618.177-06 (575.2) (04)

**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН,
БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫМ
ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

А.О. Атыканов – докт. мед. наук, зам. директора по науке КНЦРЧ,
А.А. Ибраева – научный сотрудник КНЦРЧ

The aim of this study was clinical and laboratory diagnosis criteria of genital and extra-genital tuberculosis and diagnostic methods. We conducted analysis of 80 women of the reproductive function aged 18–42 with genital and extra-genital tuberculosis from 1999 till 2004. The main methods of diagnosis were anamnesis, pelvic sonogram, histological research of original scrape from endometrium.

В Кыргызстане зарегистрирован высокий уровень заболеваемости туберкулезом, болезненности и смертности, особенно женщин молодого возраста. Женщины и дети являются наиболее уязвимыми к туберкулезу контингентом и более чувствительны к ухудшению эпидемической ситуации и обуславливающим ее социальным факторам. Численность больных туберкулезом возросла за период 1990–2001 гг. более чем в три раза, летальность почти в четыре раза. Установлена зависимость между туберкулезом женских половых органов и женским бесплодием, которая составляет 90–99%. Среди женщин с бесплодием в клинике общей гинекологии туберкулез половых органов диагностируют у 14%. Туберкулезный эндометрит гистологически подтвержден у 12% пациенток. Состояние и функционирование репродуктивной функции у женщин больных туберкулезом рассматриваются во многих работах [1–6].

Учитывая рост заболеваемости туберкулезом и отсутствие данных по состоянию репродуктивной системы у женщин в Кыргызской Республике, возникла необходимость в данной работе.

Цель исследования – установить клинико-лабораторные особенности течения туберкулеза

за женских половых органов (репродуктивная функция женщин по состоянию гипофиза, коры надпочечников, яичников) и специфической терапии.

Нами обследовано 80 женщин репродуктивного возраста: из них 50 женщин (1 группа) с генитальным туберкулезом, и 30 женщин (2 группа) – с экстрагенитальным туберкулезом (туберкулез легких, почек, кишечника). Возрастной состав женщин в среднем составил $29 \pm 2,1$ года, т.е. женщины репродуктивного возраста. Социальный статус: 86% нигде работающие женщины (домохозяйки), 0,1% – служащие, 6% – рабочие, 62% женщин проживали в неблагополучных жилищно-коммунальных условиях. Из числа обследованных большая часть женщин репродуктивного возраста, страдающих туберкулезом, приходится на г. Бишкек, Ошскую и Джалаллабадскую области (см. таблицу).

Клинические проявления генитального туберкулеза чаще всего совпадают с периодами гормональной перестройки в организме женщины (начало менструального цикла, начало беременности). Численность женщин репродуктивного возраста, страдающих туберкулезом, по месту жительства

Место проживания	Число
------------------	-------

	обследованных	
	абсол.	%
г. Бишкек	18	22,5
Область: Чуйская	31	38,7
Ошская	21	26,2
Джалаллабадская	12	15,0

половой жизни, беременность), что приводит к активизации туберкулезного процесса [1–6]. Среди женщин с поздним наступлением менархе было 54%, с ранним – 1%. Основные жалобы, которые предъявляли женщины с генитальным туберкулезом: бесплодие, нарушения менструального цикла, боли внизу живота, пояснице, выделения из половых путей, признаки туберкулезной интоксикации (ухудшение общего состояния, понижение аппетита, слабость и т.д.). Для современного течения туберкулеза женских половых органов характерны стертая клиническая картина и преобладание латентных форм [2]. На основании клинического течения туберкулеза женских половых органов, установлено, что от момента появления первых признаков заболевания до постановки правильного диагноза проходит много времени, в среднем 5–10 лет. Длительность этого периода: от 1 года до 5 лет – 26 женщин, от 5–10 лет – 8 женщин, свыше 10 лет – 4 женщины. В первый год диагноз установлен 12 больным, у 12 женщин отсутствовали симптомы туберкулеза, кроме бесплодия, у 14 первые признаки болезни появились в возрасте до 18 лет, по-видимому, в период полового созревания, характеризующегося активизацией гормональной функции яичников, главным образом эстрогенных гормонов, создающих благоприятные условия для очагов специфического воспаления во внутренних половых органах. До установления диагноза туберкулеза 42 женщины находились под наблюдением в поликлиниках, местных больницах, ФАПах: по поводу первичного бесплодия – 18, вторичного бесплодия – 28, больных неспецифических воспалений придатков, матки – 34 женщины, самопроизвольных выкидышей – 12, нарушений менструального цикла 14. Как видно, основную группу составили 72% женщины, наблюдающиеся по поводу первичного и вторичного бесплодия. У 15 больных начало было

острым или подострым и сопровождалось болями неясной локализации в брюшной полости, кратковременным повышением температуры тела. В последующем 12 женщинам произведены операции (учитывая неясный диагноз), пробная диагностическая лапаротомия. У 11 больных гистологически подтвержден туберкулез. Часть больных поступили с гистологически подтвержденным диагнозом туберкулез.

Таким образом, 24 из 50 обследованных женщин поступили на лечение в КНИИТ с морфологически подтвержденным диагнозом активного туберкулеза внутренних половых органов. Остальные госпитализированы для проведения обследования в связи с подозрением на туберкулез. Из 50 больных туберкулезом женских половых органов 27 (54%) ранее перенесли различные заболевания туберкулезной этиологии, в том числе 33 (66%) – серозиты или лимфадениты, что подтверждает связь туберкулеза половых органов с имевшейся ранее туберкулезной инфекцией распространенности на половые органы из очагов первичного поражения. У 47% из обследованных в анамнезе отсутствовали указания на перенесенное ранее заболевание туберкулезной этиологии. Однако при рентгенографии легких у 17 больных были выявлены кальцинаты. Только у 20 (40%) больных отсутствовали признаки перенесенного ранее туберкулеза, в то же время 8 из них имели контакты с больными туберкулезом. К моменту установления диагноза туберкулеза половых органов у 12% больных одновременно выявлены туберкулез других органов: очаговый туберкулез легких – у 7, туберкулез лимфатических узлов – 3, туберкулез кишечника – 10, туберкулез почек – 2. У 18 (36%) больных наблюдались также различные сопутствующие заболевания нетуберкулезной этиологии, чаще всего заболевания пищеварительного тракта (31%), сердечно-сосудистой системы (26%).

Известно, что данное заболевание чаще выявляются в возрасте 20–40 лет, т.е. в период наивысшей активности эндокринных желез. Женщины, находившиеся под наблюдением в КНИИТ, в момент подтверждения диагноза туберкулез женских половых органов по возрасту распределялись следующим образом

(%): до 18 лет – 2, 18–30 лет – 31, 31–40 лет – 31,9, 41–44 года – 22.

В работу включены 42 истории болезни с активным туберкулезом внутренних половых органов; для ликвидации патологического процесса потребовалось провести антибактериальную терапию; 8 больных с отдаленными последствиями клинического излеченного туберкулеза женских половых органов не нуждались в проведении специфического лечения. 2-й группе с активной формой экстрагенитального туберкулеза проводили специфическое лечение.

У всех 50 больных с диагнозом активный туберкулез процесс локализовался в придатках матки, у 40% был поражен эндометрий и 0,8% – шейка матки. Обращает на себя внимание высокая частота вовлечения в процесс тазовой брюшины, при этом поражение носит рубцово-спаечный характер с сохранением признаков активности. Бацилловыделители оказались у 25% больных. Чаще микобактерии туберкулеза выделялись у больных с поражением не только придатков матки, но также тела и шейки матки. Преобладали малые формы туберкулеза – 62%, характеризующиеся незначительным воспалительным процессом в придатках матки. Фаза рубцевания установлена у 46%, фаза инфильтрации – 54%. Все больные туберкулезом половых органов предъявляли жалобы на первичное (76%), либо вторичное (12,2%) бесплодие.

Только у 23% с активным процессом выявлены признаки интоксикации, наблюдавшиеся главным образом при выраженных воспалительных изменениях в придатках матки со значительной распространенностью процесса. Постоянные боли в нижней части живота и области поясницы, не связанные с менструацией, у 66% больных были обусловлены обширными спайками вокруг специфического воспаления и вовлечением в процесс нервных сплетений малого таза [3]. У всех женщин 1 группы в анамнезе отмечалось бесплодие как первичное, так и вторичное, у женщин 2 группы (5%) – вторичное бесплодие. У женщин с генитальным туберкулезом выявлено: у 8 – кисты яичников, 9 – туберкуломы придатков, 3 – тубоовариальное образование, у 23 – спаечный процесс в малом тазу. Невынашивание

беременности отмечено у 18 женщин, из них: у 3 – антенатальная гибель плода в поздних сроках, 12 – самопроизвольные выкидыши, чаще в малые сроки беременности. У некоторых женщин туберкулезный процесс протекал в сочетании с оппортунистическими инфекциями. Так, у 15 обнаружен хламидиоз, 17 – микоплазмоз, 12 – уреоплазмоз, 5 – трихомоноз, 10 – вирус простого герпеса. Туберкулез женских половых органов сопровождается нарушениями менструального цикла: по нашим данным, с активным процессом – у 62%, реже – при наличии туберкулом. При активном туберкулезе наиболее часто наблюдаются нерегулярные менструации. Таким образом, у больных активным туберкулезом половых органов ациклические кровотечения чаще всего свидетельствуют о наличии сопутствующего туберкулезу неспецифического воспаления внутренних половых органов. Наиболее характерными для туберкулеза нарушениями являются нерегулярные менструации по типу олигоменореи и аменореи. Причинами нарушений менструального цикла при туберкулезе могут быть непосредственное поражение тканей внутренних половых органов, туберкулезная интоксикация, сопутствующие заболевания [4]. Нарушение менструальной функции протекало в основном по типу олигоменореи у 78%, по типу аменореи – у 7,8%. У женщин 2 группы нарушение менструального цикла отмечалось в 40% случаев и связано с приемом антибактериальных препаратов по поводу лечения туберкулеза. После же завершения основного курса лечения менструальный цикл у них восстанавливался. Сочетание туберкулеза с неспецифическими заболеваниями внутренних половых органов, а также с заболеваниями других органов и систем придает клинической картине болезни определенное своеобразие, затрудняет установление диагноза. Наиболее часто сопутствующие заболевания: миома матки – 9, кистозные изменения – 17, эндометриоз наружных и внутренних половых органов – 3. Это объясняет, что на фоне длительного воспалительного процесса возникают гормональные нарушения, создающие благоприятный фон для роста миом и развития кистозных изменений. В связи с этим требуется использование комплекса диагностических тестов, а

также индивидуального подхода к применению антибактериальных препаратов и патогенетических средств [5, 6]. Исследование состояния некоторых показателей эндокринного статуса у обследуемых женщин показало, что у женщин 1-й группы наблюдается снижение функциональной активности эндокринных желез по сравнению с нормативными критериями и относительно показателей у женщин 2-й группы. Так, уровень содержания в сыворотке крови прогестерона, ЛГ, ФСГ, эстрадиола заметно снижен по сравнению с показателями у женщин 2-й группы ($P < 0,05 - < 0,01$), которые, в свою очередь, не отличаются от нормативных значений. Следует отметить, что показатели гормонов ЛГ, ФСГ, эстрадиола у обследуемых женщин определялись в фазу овуляторного пика, а прогестерона – в лютеиновую фазу. После проведенного курса специфической терапии по программе DOTS у 72% женщин отсутствовали общесоматические жалобы. У женщин 1 группы нарушение менструального цикла по типу олигоменореи снизи-

лось до 78%, по типу альгоменореи – до 4%. У женщин 2 группы нарушения цикла по типу олигоменореи снизилось до 25%. В этой же группе у 5 женщин отмечено наступление беременности в течение года.

Литература

1. Булиенко С.Д. Вопросы патогенеза и клиники туберкулеза женских половых органов // *Акушерство и гинекология*. – 1986. – №5. – С. 28–30.
2. Васильева А.В. Лечение больных туберкулезом с лекарственной устойчивостью // *Проблемы туберкулеза*. – 2003. – №10. – С. 43.
3. Васильева А.В. Внелегочный туберкулез. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000. – С. 95–97.
4. Кожухарь Г.Н. Формирование группы риска к туберкулезу легких внелегочных локализаций // *Проблемы туберкулеза*. – 2002. – №10. – С. 53–55.
5. Колачевская Е.Н. Туберкулез женских половых органов. – М.: Медицина, 1996. – С. 52–86.