

ТУБЕРКУЛЕЗ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

М.В. Литвиненко, А.Б. Захарченко

*ГЗ «Одесский национальный медицинский университет»
Одесское областное патологоанатомическое бюро, КП ГБ №5.*

Актуальность проблемы

Среди женского населения туберкулез является наиболее частой причиной смерти от инфекционных заболеваний. Так, в мире от туберкулеза ежегодно погибает более 1 млн женщин, значительная часть которых находится в репродуктивном возрасте [2]. Нарушения иммунной защиты на уровне эндометрия приводят к повышению частоты воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин с ВИЧ-инфекцией [6]. К 2000 г. в развивающихся странах ВИЧ-инфекция стала третьей среди ведущих причин смерти у взрослых (после туберкулеза и др. инфекций). В Африке до 50% всей смертности связано с ВИЧ. В США ВИЧ-инфекция является ведущей причиной смерти среди афро-американок и третьей из ведущих причин для всех женщин. Наиболее быстро число новых случаев инфекции растет среди женщин:

- ВИЧ легче передается от мужчины к женщине (в 2 раза);
- у молодых женщин ткани влагалища и шейки матки более ранимы.;
- у женщин чаще встречается бессимптомное течение ИППП, лечение которых не проводится;
- женщины в меньшей степени управляют обстоятельствами, связанными с особенностями половой жизни (использование презерватива).

Известно, что на фоне иммунодефицита ВИЧ-инфицированные женщины чаще болеют гинекологическими заболеваниями, чем ВИЧ-негативные женщины.

Среди внелегочных локализаций туберкулез женских половых органов занимает особое положение. Генитальный туберкулез вызывается микобактериями туберкулеза и является не самостоятельным заболеванием, а одним из проявлений

туберкулезной инфекции организма. Поражение половых органов происходит вторично, в результате заноса инфекции, в основном гематогенным путем, чаще из легких, реже из кишечника и других очагов. Микобактерии туберкулеза могут длительное время существовать в регионарных лимфатических узлах и проявлять способность к распространению при снижении иммунологической резистентности организма. Специфика данного заболевания диктует необходимость решения не только медицинских, но и социальных проблем у женщин репродуктивного периода (возраст 61,7% больных моложе 30 лет) [1]. Туберкулезное поражение половых органов помимо значительных морфологических изменений приводит к выраженным функциональным нарушениям, требующим не только проведения химиотерапии, но и хирургической коррекции.

Основным нарушением у больных является утрата способности к репродукции, т.е. первичное бесплодие (до 85%). Причины бесплодия обусловлены либо непроходимостью маточных труб, либо изменениями в яичниках. При длительном воспалительном процессе в придатках матки яичник подвергается склерокистозным изменениям, что и приводит к нарушению менструальной и детородной функций. У большинства больных с туберкулезом половых органов нарушение менструальной функции происходит по типу развития ановуляторного цикла. Больные с туберкулезом половых органов нередко (15%) страдают предменструальным синдромом.

Частота функциональных нарушений может быть связана не только с активностью туберкулезного процесса, но и с длительным лечением антибактериальными препаратами, которые могут оказывать токсическое действие и снижать уровень стероидных гормонов.

Возможность восстановления функции половых органов, как менструальной, так и детородной, зависит от морфологических изменений и степени их выраженности. Вовлечение в патологический процесс придатков и тела матки, как правило, приводит к необратимым изменениям. В этой ситуации можно рассчитывать лишь на попытку восстановления или сохранения менструальной функции.

Клиническая картина туберкулеза женских половых органов отличается полиморфизмом и определяется активностью

воспалительного процесса (острое, подострое и хроническое течение), степенью распространения процесса (инфильтрации, нагноения, рассасывания, рубцевания, обызвествления), а также его локализацией. Преимущественно туберкулез поражает маточные трубы в 100%, матку – в 40-60%, яичники – в 18-23%, шейку матки – в 3,9% и влагалище – в 3,1% случаев [3, 5]. Диагностика туберкулеза женских половых органов нередко представляет значительные трудности. Постоянно высказывается мнение даже о невозможности постановки диагноза туберкулеза женских половых органов на ранних стадиях развития процесса [1].

На первом этапе выявление туберкулеза женских половых органов происходит в женской консультации. Гинеколог формирует «группы риска» среди больных, страдающих хроническим воспалением придатков матки, нарушением менструальной функции, эндометриозом гениталий. Особую группу составляют женщины, перенесшие экстрагенитальные формы туберкулеза (туберкулез легких, позвоночника, костно-суставной, а также мочевыделительных органов и лимфоабдоминальный).

Наиболее достоверную информацию о туберкулезе женских половых органов дает патоморфологический метод, с помощью которого можно исследовать лишь материал, полученный из полости матки (выделения, соскоб или аспират слизистой полости матки), т.е. диагностировать туберкулезный эндометрит. Диагностическое выскабливание слизистой оболочки полости матки выполняют за 1-2 дня до наступления менструаций. Полученный материал направляют одновременно на гистологическое, цитологическое и бактериологическое исследование.

Бактериологические исследования, как и гистологические, относятся к достоверным методам диагностики туберкулеза женских половых органов. Бактериологическому исследованию подвергаются соскоб или аспират слизистой оболочки полости матки, операционный материал, асцитическая жидкость, выделения из полости матки и влагалища. Для повышения результативности исследования проводят многократно. Причиной диагностических ошибок могут быть организационные моменты, связанные с недостаточной осторожностью врачей общей лечебной сети по диагностике и выявлению этой категории больных.

Целью работы было акцентирование внимания врачей-гинекологов и патоморфологов к вопросам диагностики, морфологии и лечения больных, в т.ч. ВИЧ-инфицированных женщин, с туберкулезным поражением половых органов.

Материалы и методы исследования

Нами был исследован аутопсийный материал (матка с шейкой и придатками) от умерших ВИЧ-инфицированных женщин, болевших туберкулезом (20 случаев), и послеоперационный материал (соскобы из полости матки и цервикального канала при дисфункциональных маточных кровотечениях (ДМК), ампутированные матки и придатки) от гинекологических больных ВИЧ-инфицированных женщин, болеющих туберкулезом (20 случаев). Средний возраст умерших был 33 года. Практически все умершие были внутривенными наркоманками. Констатация факта инфицирования ВИЧ проводилась в лаборатории центра СПИДа методом иммуноферментного анализа и дважды подтверждена иммуноблотингом. Диагноз туберкулез у умерших ВИЧ-инфицированных был выставлен прижизненно в 14 случаях методом бактериологического и бактериоскопического исследования мокроты и посмертно в 6 случаях.

Результаты исследования и их обсуждение

Полученные нами результаты практически совпадают с данными других авторов [1, 4]. По результатам исследований аутопсийного материала от умерших ВИЧ-инфицированных женщин в 6 случаях из 20 был обнаружен запущенный туберкулезный воспалительный процесс в половых органах: в 3 случаях туберкулезный эндометрит (в 2-х продуктивная форма с образованием диссеминированных бугорков в эндометрии и в 1-м казеозный распад с переходом на мышечный слой), в 5-ти случаях туберкулезный пельвиоперитонит, в 4 случаях туберкулезный сальпингит. В одном из 6 случаев имело место сочетание всех вышеперечисленных поражений туберкулезом половых органов: туберкулезный эндометрит с казеозным распадом, двусторонний туберкулезный сальпингит и разлитой туберкулезный пельвиоперитонит. Несмотря на то, что клинический диагноз туберкулез различных локализаций был выставлен при жизни у 14 умерших ВИЧ-инфицированных, поражение туберкулезом половых

органов не было заподозрено ни в одном случае (патоморфологами диагностировано в 6 случаях на аутопсии).

Продуктивная форма туберкулезного эндометрита встречается наиболее часто. Туберкулезный эндометрит протекает, как правило, без выраженных клинических проявлений. Основная жалоба больных – нарушение менструальной функции. При поражении миометрия тело матки может быть увеличено до 5-6 недель беременности. Экссудативный пельвиоперитонит протекает с маловыраженными клиническими проявлениями. Слипчивая форма заболевания характеризуется высокой температурой, болями в животе, выраженными диспептическими расстройствами и интоксикацией. При казеозной форме пельвиоперитонита отмечается тяжелое течение заболевания, с образованием казеозных очагов в органах малого таза и брюшной полости.

При анализе послеоперационного материала от ВИЧ-инфицированных женщин нами выявлен туберкулезный процесс в половых органах в 5 случаях из 20, а именно: в 4 случаях – туберкулезный сальпингит, в 2 случаях – туберкулезный эндометрит. Все больные предъявляли жалобы на нарушение менструального цикла, боли внизу живота, периодическое повышение температуры тела. Им были выполнены оперативные вмешательства с удалением придатков матки при клиническом диагнозе гнойный сальпингоофорит, а также надвлагалищная ампутация тела матки у женщин с клиническим диагнозом дисфункциональное маточное кровотечение, миома матки.

Ассоциация возбудителя туберкулеза и вируса иммунодефицита получила название «проклятый дуэт». У ВИЧ-инфицированных больных наличие туберкулеза провоцирует быстрый темп развития терминальных стадий ВИЧ, с наличием диссеминированных форм туберкулеза. Однако внелегочный туберкулез у ВИЧ-инфицированных практически не диагностируется (преимущественно при аутопсиях). Возможно, это связано с низкой информативностью бактериологических методов исследования у данного контингента больных, угнетением кожных туберкулиновых проб и отсутствием возможности широкого использования альтернативных (цитологических, иммуногистохимических, иммунологических, генетических) методов исследования.

Выводы

1. У значительного контингента больных с генитальным туберкулезом наблюдается несоответствие между клиническими проявлениями заболевания и тяжестью анатомических поражений.

2. Диагностика туберкулеза женских половых органов основана на подробно собранном анамнезе, клиническом течении заболевания, гинекологическом обследовании. Для подтверждения диагноза используют усовершенствованную пробу Коха, посевы выделений из половых путей, менструальной крови на микобактерии туберкулеза и диагностическое выскабливание матки с последующим 100% гистологическим (послеоперационный и биопсийный материал) и микробиологическим исследованием материала, данные рентгенологического и эндоскопического методов.

3. При выявлении в биоптате или послеоперационном материале туберкулеза морфолог должен акцентировать внимание оперирующего гинеколога на необходимость обследования данной больной на антитела к ВИЧ. В каждодневной практике гинекологов и патоморфологов необходимо наличие преемственности в работе.

Литература

1. Васильев А.В. Внелегочный туберкулез / А.В. Васильев. – С-Пб, 2000. – 561 с.
2. Зайков С.В. Беременность и туберкулез. Медицинские аспекты здоровья женщины / С.В. Зайков. – 2010. – №3 (30). – С. 5-11.
3. Колачевская Е.Н. Туберкулез женских половых органов / Е.Н. Колачевская. – М.: Медицина, 1996. – 237 с.
4. Мельник В.М. Клинические аспекты туберкулеза и СПИДа / В.М. Мельник, П.М. Дорошенко, Ю.М. Валецкий // Журнал практического врача. – 2002. – № . – С. 29-30.
5. Абурил Е.И. Туберкулез половых органов у женщин: Пер. с румынского / Е.И. Абурил, В.Д. Петреску – Бухарест: Мед. изд-во, 1975. – 330 с.
6. Watts D.H. Human immunodeficiency virus // In: High risk pregnancy. Management options. Ed. by James D.K., Steer P.J., Weiner C.P., Gonik B.- Philadelphia, 2006. – P. 620-635.

Литвиненко М.В., Захарченко А.Б. Туберкулез женских половых органов на фоне ВИЧ-инфекции.

Исследован аутопсийный и послеоперационный материал от ВИЧ-инфицированных женщин, болевших туберкулезом. При исследовании аутопсийного материала от умерших ВИЧ-инфицированных женщин, болевших туберкулезом, в 6 случаях из 20 диагностирован туберкулез половых органов, в послеоперационном материале в 5 случаях из 20 выявлен туберкулез половых органов. В анамнезе у всех ВИЧ-инфицированных женщин миома матки, дисфункциональное маточное кровотечение. Обязательное исследование послеоперационного и биопсийного материала дает возможность гинекологам выявить туберкулез половых органов для дальнейшего проведения эффективной противотуберкулезной химиотерапии больных, что является залогом благоприятного исхода.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, туберкулез, женские половые органы.

Литвиненко М.В., Захарченко О.Б. Туберкулез жіночих статевих органів на тлі ВІЛ-інфекції.

Досліджено аутопсійний та післяопераційний матеріал від ВІЛ-інфікованих жінок, хворих на туберкульоз. При дослідженні аутопсійного матеріалу від померлих ВІЛ-інфікованих жінок, що хворіли на туберкульоз, у 6 випадках із 20 діагностовано туберкульоз статевих органів, у післяопераційному матеріалі в 5 випадках із 20 виявлено туберкульоз статевих органів. В анамнезі у всіх ВІЛ-інфікованих жінок міома матки та дисфункціональна маточна кровотеча. Обов'язкове дослідження післяопераційного та біопсійного матеріалу дає можливість гінекологам виявити туберкульоз статевих органів для подальшого проведення ефективної протитуберкульозної хіміотерапії хворих, що є запорукою сприятливого результату.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, туберкульоз, жіночі статеві органи.

Litvinenko M.V., Zakharchenko A.B. The tuberculosis of female genital organs while having HIV-infection.

Autopsy and postsurgical materials from women, with HIV-infection and tuberculosis were tested. The research of the autopsies material from died women with HIV-infection and tuberculosis revealed the tuberculosis of genital organs in 6 cas out of 20; in postsurgical materials the tuberculosis of genital organs was revealed out of 5 cases out of 20. The anamnesis of all patients has uterus myoma and bleeding from uterus. The obligatory research of the postsurgical and biopsy material gives gynecologists a chance to diagnose the tuberculosis of genital organs for effective specific chemistrytherapy, which is crucial for a favorable outcome.

Key words: HIV-infection, tuberculosis, female genital organs.