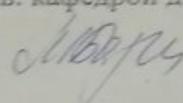


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор
Базина М.И.



РЕФЕРАТ

Туберкулез женских половых органов

Выполнил:
клинический ординатор
Исакова О.И.

Красноярск, 2018.

Рецензия

на реферат по дисциплине «Акушерство и гинекология» клинического ординатора Исаковой О.И. на тему: «Туберкулез женских половых органов»

Реферат посвящен актуальной теме, несмотря на меры, принимаемые в России и большинстве стран, по профилактике и активному выявлению туберкулеза, число пациентов с урогенитальными формами этого заболевания, очевидно, в ближайшее время уменьшаться не будет. Основная причина этого феномена — вторичность туберкулеза половых органов и органов мочевой системы.

В работе полностью раскрыто содержание материала, материал изложен грамотно, в определенной — логической последовательности, продемонстрировано системное и глубокое — знание программного материала, знание современной учебной и научной литературы, точно используется терминология.

Четко соблюдены требования к оформлению реферата: титульный лист, оглавление со страницами, введение, основная часть, заключение, списки литературы, источников. В основной части работы автор последовательно и доходчиво излагает теоретический материал.

Работа характеризуется высокой теоретической и практической значимостью для врачей акушеров-гинекологов.

Оценивая представленную работу, можно отметить тот факт, что автор стремился максимально подробно разобраться и изложить изучаемый теоретический материал и справился с поставленной задачей. Реферат написан хорошим литературным языком, проиллюстрирован и оформлен.

В целом работа выполнена на хорошем уровне, полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ и заслуживает оценки «отлично».

Исакова

Оглавление

Эпидемиология.....	2
Этиология.....	2
Патогенез.....	2
Классификация.....	2
Клиническая картина.....	3
Диагностика.....	3
Лечение.....	4
Профилактика.....	4
Литература.....	6

Туберкулез женских половых органов

Код по МКБ-10

A18.1+. Туберкулез мочеполовой системы (англ. — *tuberculosis of genitourinary system*).

N74.1*. Воспалительные заболевания женских тазовых органов туберкулезной этиологии, туберкулезный эндометрит (англ. — *female tuberculous pelvic inflammatory disease, tuberculous endometritis*).

N74.0*. Туберкулезная инфекция шейки матки (англ. — *tuberculous infection of cervix uteri*).

Эпидемиология

Туберкулез женских половых органов встречается у 0,8—2,2% гинекологических больных и у 18—25% женщин с хроническими воспалительными заболеваниями. Несмотря на меры, принимаемые в России и большинстве стран, по профилактике и активному выявлению туберкулеза, число пациентов с урогенитальными формами этого заболевания, очевидно, в ближайшее время уменьшаться не будет. Основная причина этого феномена — вторичность туберкулеза половых органов и органов мочевой системы.

Этиология

Возбудитель туберкулеза был открыт Р. Кохом (Koch R., 1882), удостоившимся за «исследования и открытия, касающиеся лечения туберкулеза» Нобелевской премии по физиологии и медицине в 1905 г. В последующие годы выделено несколько десятков видов туберкулезных бактерий, но ведущую роль по-прежнему играют микобактерии человеческого типа (90%). реже — возбудители бычьего типа. В связи с широким применением антибиотиков все чаще встречаются атипичные формы микобактерий с ослабленной вирулентностью и измененными морфологическими свойствами. Это, с одной стороны, затрудняет диагностику туберкулеза половых органов, а с другой — повышает значение патогенетических факторов его развития.

Патогенез

Туберкулез является общим инфекционным заболеванием. Одним из местных проявлений служит поражение половых органов. В большинстве случаев туберкулезная инфекция женских половых органов возникает в результате гематогенной диссеминации из уже существующего в организме очага туберкулезной инфекции в легких, почках, суставах, кишечнике, лимфатических узлах.

Туберкулез половых органов возникает обычно в детском возрасте, а впервые проявляется в период полового созревания или даже позже. Диагностируют заболевание в основном у женщин раннего репродуктивного возраста (20—35 лет).

Туберкулез может поражать все отделы половой системы, но чаще всего — маточные трубы (80—90% случаев). На втором месте по частоте поражения — тело матки, преимущественно эндометрий (35—50%); поражение яичников составляет 1—12%; значительно реже встречается туберкулез шейки матки, влагалища, вульвы (0,5—9%).

Частое поражение ампулярного отдела маточных труб обусловлено анатомическими особенностями (извилистость, складчатость слизистой оболочки), а также особенностями кровоснабжения труб (богатая капиллярная сеть, анастомозы между маточной и яичниковой артериями, создающие условия для замедленного кровотока и, как следствие, «оседания» микобактерий туберкулеза).

Туберкулезный процесс в любом органе проходит несколько фаз:

- инфильтрация;
- рассасывание;
- рубцевание;
- обызвествление.

Классификация

Туберкулез половых органов классифицируют по локализации патологического процесса: придатков матки, тела матки, шейки матки, влагалища, вульвы.

Формы туберкулеза придатков матки.

I. Туберкулез с признаками активности:

- клиническая форма с незначительными воспалительными изменениями;
- клиническая форма с выраженными воспалительными изменениями (тубоовариальные образования);
- клиническая форма с наличием туберкуломы.

II. Отдаленные последствия клинически излеченного туберкулеза придатков матки:

- рубцово-спаечная форма (рубцы и плоскостные сращения в области внутренних половых органов и между органами малого таза).

Формы туберкулеза матки.

I. Туберкулез с признаками активности:

- очаговый эндометрит;
- милиарный эндометрит (тотальное поражение);
- казеозный эндометрит;
- метроэндометрит.

II. Отдаленные последствия клинически излеченного туберкулеза матки:

- рубцово-спаечная форма (деформация или облитерация полости матки, внутри маточные синехии);
- язвенная форма (туберкулез шейки матки, вульвы, влагалища).

Туберкулезное поражение матки, как правило, сочетается с туберкулезом придатков матки и других органов малого таза.

Туберкулез женских половых органов любой локализации классифицируется по нескольким признакам. По характеру течения: острый, подострый, хронический. По бактериовыделению в менструальной крови или в содержимом белей: «БК+» (с выделением микобактерий) и «БК—» (без выделения микобактерий).

Клиническая картина

Клинические проявления туберкулеза женских половых органов стертые, преобладает латентное течение с нормальной температурой тела и неизменной картиной периферической крови. Заболевание чаще встречается у внешне здоровых женщин, так как в большинстве случаев не сопровождается характерной для туберкулеза интоксикацией.

Туберкулезный процесс имеет длительное хроническое течение. К первому обострению латентного процесса часто приводит начало половой жизни. Острое течение заболевания встречается редко. Общие симптомы при туберкулезе половых органов многообразны и сходны с неспецифическими ВЗОМТ.

Боль внизу живота и в пояснице при туберкулезе не связана с менструальным циклом, носит постоянный характер (в отличие от эндометриоза) и обусловлена спаечными изменениями в малом тазу.

Нарушения менструального цикла при туберкулезе половых органов встречаются у 25—50% больных и зависят от поражения эндометрия и расстройства функции яичников. Нарушения цикла могут проявляться альго-дисменореей, гипоменореей, менометроррагиями, первичной и вторичной аменореей.

Один из наиболее постоянных симптомов туберкулеза половых органов — бесплодие. Часто бесплодие становится единственной жалобой больных при обращении к гинекологу.

Туберкулез половых органов может сочетаться с другими гинекологическими заболеваниями, которые могут преобладать в клинической картине и определять лечебную тактику (миомы матки, кисты яичников, эндометриоз, неспецифические воспалительные процессы).

Диагностика

Диагностировать туберкулез женских половых органов помогают данные лабораторных и специальных методов исследования. Морфологическое и микробиологическое подтверждение туберкулеза позволяет с полной достоверностью верифицировать диагноз и оценить активность специфического воспаления.

Морфологическое подтверждение диагноза туберкулеза внутренних половых органов возможно только при гистологическом исследовании органов, удаленных во время операции, или ткани эндометрия, полученной при диагностическом выскабливании слизистой оболочки полости матки.

Микробиологическое исследование. При туберкулезе женских половых органов редко удается выделить микобактерии туберкулеза из отделяемого половых путей. Это связано с затруднениями, возникающими при получении материала, а также с отсутствием дренирующей системы в придатках матки, где чаще локализуется процесс. Микробиологические методы исследования приобретают особое значение при торпидных, вялотекущих процессах со слабо выраженным воспалением в придатках матки, когда результаты бимануального, гистологического и рентгенологического исследований не подтверждают активного процесса в половых органах.

В то же время гистологическое и микробиологическое подтверждение активного туберкулеза не всегда возможно, в связи с чем сохраняют значение косвенные признаки активности процесса: симптомы туберкулезной интоксикации; результаты бимануального исследования; положительные туберкулиновые пробы.

Рентгенологические методы исследования при туберкулезе половых органов позволяют уточнить этиологию, но не активность специфического воспаления. В гинекологической практике при гистеросальпингографии чаще всего обнаруживается туберкулез маточных труб. Фазы распада при туберкулезе придатков матки нет, так как они, в отличие от легких и почек, не имеют дренирующей системы. Этим объясняется частое образование туберкулом при данной локализации туберкулеза. На снимке выявляются ригидные маточные трубы, они сегментированные, с дивертикулами и негетерогенными тенями в дистальных отделах.

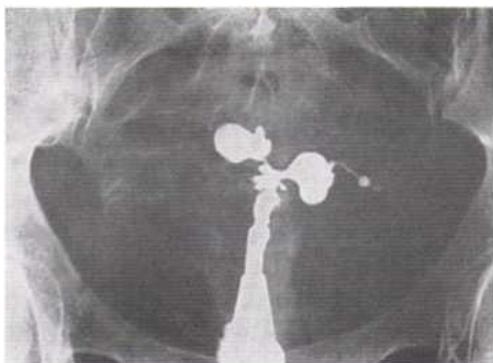
Маточная труба в виде «четок» на рентгеновской гистеросальпингограмме — патогномоничный признак туберкулеза придатков матки.

При туберкулезных эндометритах на гистеросальпингограмме выявляется деформация или облитерация полости матки (синехии полости матки).

С целью уточнения распространенности процесса и состояния забрюшинных лимфатических узлов используют прямую лимфографию.

Помимо рентгенологических и лабораторных методов исследования, в диагностике туберкулеза половых органов используется лапароскопия — она высокоинформативна и доступна. Ее следует шире применять на завершающем этапе обследования. Данные, полученные при лапароскопии, дополняют результаты рентгенологического исследования, позволяют уточнить анатомические изменения во внутренних половых органах, лимфатических узлах брыжейки, выраженность спаечных процессов в малом тазу, характер спаек.

Кольпоскопическое исследование включают в обязательный комплекс обследований в сочетании с туберкулиновой пробой с целью дифференциальной диагностики при туберкулезе женских половых органов. Однако информативность кольпоскопии невысока, так как у половины больных туберкулезом половых органов имеются различные неспецифические заболевания шейки матки, сходные по кольпоскопической картине.



Рентгенологическая картина туберкулеза половых органов.

УЗИ органов малого таза позволяет подтвердить туберкулезный генез воспаления при выявлении кальцинатов или туберкулом.

Лечение

Специфическое лечение проводят при активном туберкулезном процессе.

Лечение туберкулеза должно быть ранним, своевременным, длительным и комплексным.

На ранних стадиях туберкулезного процесса больную можно вылечить, полностью сохранив функцию пораженного органа. Выздоровления больной туберкулезом удастся добиться в среднем через 1—2 года после начала лечения. Необходима преемственность в лечении больных в связи с его длительностью (стационар — санаторий — диспансер).

Химиотерапию нужно сочетать с патогенетическими методами воздействия, направленными на ослабление воспалительной реакции, предупреждение и рассасывание спаечных процессов, устранение обменных и гормональных нарушений. Важно правильно выбрать комбинацию химиопрепаратов с учетом их туберкулостатической активности и применять их в оптимальной суточной дозе.

Совокупность всех элементов, определяющих методику лечения (доза и комбинация препаратов, метод введения, ежедневный или интермиттирующий прием), называют режимом химиотерапии.

Наиболее высокой бактериостатической активностью обладает изониазид. Это основной препарат в химиотерапии туберкулеза.

Иногда возникает необходимость в оперативном лечении. Показаниями к операции служат туберкуломы в придатках матки, tuboовариальные образования, сактосальпинксы, сочетания туберкулеза половых органов с миомой матки, эндометриозом, образованиями, исходящими из яичников, требующими хирургической коррекции. Если в удаленных органах найдены морфологически активные проявления туберкулезного процесса, то противотуберкулезные препараты назначают в течение не менее 6 мес после операции. Противотуберкулезные препараты вводят с целью предотвращения послеоперационных осложнений (активизации специфического процесса, диссеминации инфекции).

Профилактика

Профилактические мероприятия при туберкулезе, основными из которых являются раннее активное

выявление больных с помощью флюорографических обследований и вакцинопрофилактика, преследуют три перечисленные ниже цели.

- Профилактика туберкулезного заражения половых органов:
 - общая профилактика туберкулезной инфекции;
 - профилактика диссеминации в половой системе при первичном или вторичном периоде;
 - профилактика прямой восходящей половой инфекции.
- Профилактика активизации туберкулезных очагов в половых органах под действием факторов внутренней и внешней среды.
- Профилактика специфического заражения, исходящего из туберкулезных очагов половых органов.

Литература

1. Руководство по оперативной гинекологии; руководство/ В. И. Кулаков и др. - М.: Мед.информ. агентство", 2006.-640 с.
2. Айламазян, Э. К. Гинекология : учебник / Э. К. Айламазян. - 2-е изд., испр. и доп. - СПб : СпецЛит, 2013. - 415 с.
3. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. – Н. Новгород. : НГМА, 2003. – 180 с.
4. Гинекология: национальное руководство /под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1072 с. (Серия – «Национальное руководство»).
5. Гинекология \ под. Ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 431 с.