

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ

С.О. Дубровина¹, Е.В. Кульчавеня², А.В. Ширинг¹, О.А. Ардинцева¹

¹ Ростовский государственный медицинский университет

² Новосибирский государственный медицинский университет

Адрес для переписки:

Дубровина Светлана Олеговна, s.dubrovina@gmail.com

Ключевые слова:

генитальный туберкулез, трубное бесплодие, киста яичника, спаечный процесс органов малого таза

Аннотация

Туберкулез – это заболевание с множеством форм и манифестаций; он может поражать любой орган или ткань, исключая только волосы и ногти. Врачи, не знакомые с внелегочным туберкулезом, часто упускают из виду это заболевание. Урогенитальный туберкулез является второй по распространенности формой туберкулеза в странах с тяжелой эпидемической обстановкой и третьей по распространенности формой в регионах с низкой заболеваемостью туберкулезом. Термин «урогенитальный туберкулез» включает туберкулез почек, мужской и женский туберкулез и туберкулез мочевыводящих путей как осложнение туберкулеза почек. В статье описаны редчайшие случаи туберкулеза плаценты у молодой женщины, страдавшей генитальным туберкулезом, который был упущен до родов, а также тубоовариальной туберкуломы и туберкулеза брюшины.

Для цитирования:

Дубровина С.О., Кульчавеня Е.В., Ширинг А.В., Ардинцева О.А. Генитальный туберкулез. Вопросы практической кольпоскопии. Генитальные инфекции. 2022; (3): 54–58.

DOI: 10.46393/27826392_2022_3_54

GENITAL TUBERCULOSIS

S.O. Dubrovina¹, E.V. Kulchavenya², A.V. Shiring¹, O.A. Ardintseva¹

¹ Rostov State Medical University

² Novosibirsk State Medical University

For correspondence:

Svetlana O. Dubrovina, s.dubrovina@gmail.com

Key words:

genital tuberculosis, tubal infertility, ovarian cyst, adhesions of the pelvic organs

Summary

Tuberculosis (TB) is a disease with myriad presentations and manifestations; it can affect any organ or tissue, excluding only hair and nails. Doctors who are not familiar with extrapulmonary tuberculosis often overlook this disease. Urogenital tuberculosis is the second most common form of TB in countries with severe epidemic situation and the third most common form in regions with low incidence of TB. The term “urogenital tuberculosis” includes kidney tuberculosis, male and female tuberculosis and urinary tract tuberculosis as complication of kidney tuberculosis. We describe rarest cases of tuberculosis of a placenta in young woman, suffered from genital tuberculosis, which was overlooked before delivery, as well as tubo-ovarian tuberculomas and peritoneal TB.

For citation:

Dubrovina S.O., Kulchavenya E.V., Shiring A.V., Ardintseva O.A. Genital tuberculosis. Issues of Practical Colposcopy & Genital Infections. 2022; (3): 54–58.

DOI: 10.46393/27826392_2022_3_54

Распространенность генитального туберкулеза (ГТ) в женской популяции составляет 1–2%. Генитальный туберкулез сложен в диагностике, поскольку большинство случаев бессимптомны и обычно встречаются в возрасте 20–40 лет [1]. Действительная встречаемость женского ГТ не может быть точно детерминирована, так как некоторые случаи не имеют симптомов и являются случайной находкой во время обследования по поводу бесплодия [2]. Генитальный туберкулез начинается одновременно в обеих маточных трубах и затем распространяется на остальной генитальный тракт [3]. Ампулярный отдел демонстрирует самые ранние и наиболее экстенсивные изменения [1].

Чаще всего ГТ встречается в Индии и России, как следствие, наибольшее число наблюдений опубликовано авторами именно из этих стран. Мы остановимся на случаях ГТ, крайне необычных по своему проявлению.

Клинический случай 1

Пациентка О., 29 лет, обратилась по поводу бесплодия в течение 11 лет, а также перенесенных трихомонадной и хламидийной инфекций в анамнезе. Повышения температуры и потери веса не отмечено, данные о перенесенном туберкулезе в семейном или личном анамнезе отсутствовали. Ультразвуковое исследование показало наличие параовариальных кист с обеих сторон (рис. 1). Размер левой кисты – 18,7 × 9,9 мм, правой – 16,7 × 12,2 мм. При кольпоскопии патологии не выявлено. При бимануальном исследовании матка нормальных размеров, подвижная, придатки с обеих сторон не определяются, область придатков безболезненная, своды свободные.

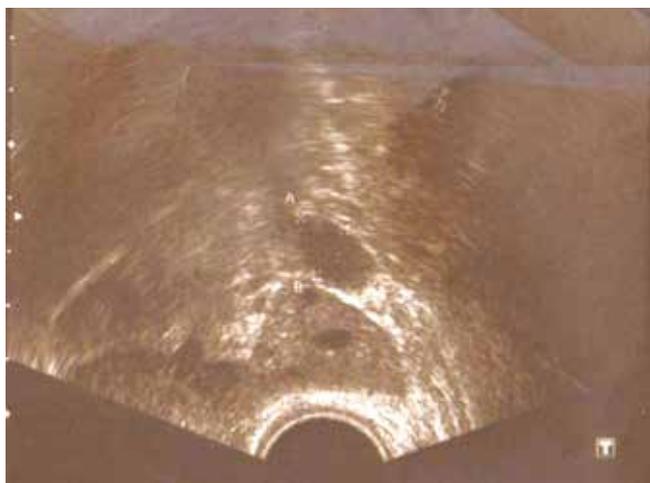


Рис. 1. Ультразвуковая картина параовариальной кисты

Учитывая длительность бесплодия и возраст пациентки, решено выполнить лапароскопию как часть планируемого лечения бесплодия.

Во время операции выявлены выраженные изменения обеих маточных труб (рис. 2–4). Матка смещена влево за счет перитонеальных спаек, в заднем дугласовом пространстве выраженный спаечный процесс как результат перенесенной хламидийной инфекции (рис. 5).



Рис. 2. Интраоперационная ревизия выявила наличие туберкуломы правой маточной трубы в ампулярном отделе



Рис. 3. Интраоперационная ревизия выявила наличие туберкуломы левой маточной трубы в ампулярном отделе



Рис. 4. Интраоперационная ревизия демонстрирует казеозный распад в ампулярном отделе фаллопиевой трубы



Рис. 5. Спайки в заднем дугласовом пространстве

Результаты ПЦР-диагностики: *Mycobacterium tuberculosis* обнаружены в туберкуломах маточных труб, но не обнаружены в полости матки.

Гистологический анализ: в резецированных тканях придатков матки значительное фиброзирование, туберкулезное воспаление с очагами некроза. При окрашивании по Цилю–Нильсену выявлены кислотоустойчивые микроорганизмы.

На рисунке 6 показан широко распространенный фиброз с очагами некроза. Гистологическая картина соответствует рубцовым и адгезивным осложнениям туберкулеза генитального тракта.

Рисунок 7 демонстрирует фрагменты эндометрия с формированием туберкулярных бугорков, соответствующие продуктивной и пролиферативной фазе.

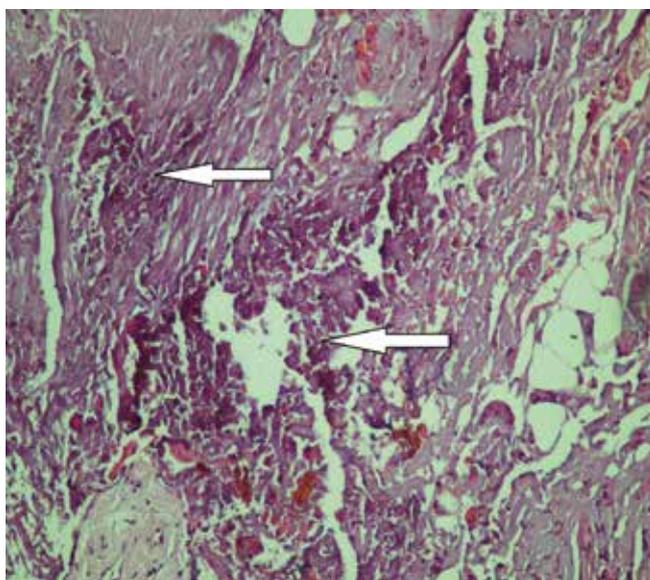


Рис. 6. Микроскопические проявления туберкулеза в маточных трубах. Распространенный фиброз с очагами некроза (стрелки). Окрашивание гематоксилином-эозином

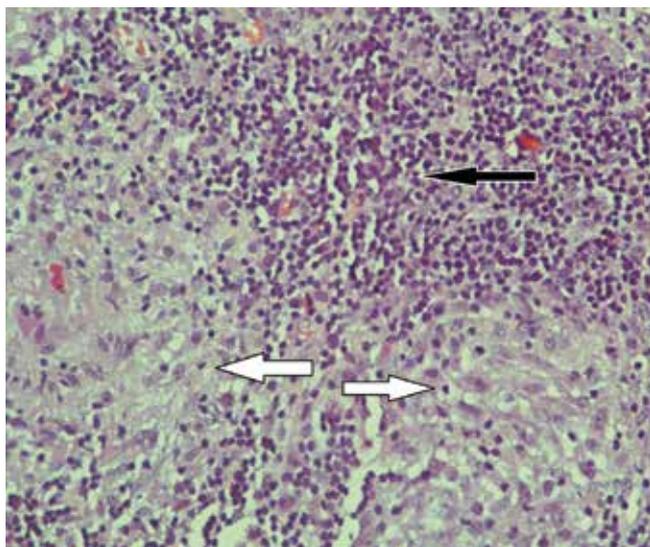


Рис. 7. Микроскопические проявления туберкулеза в эндометрии (белые стрелки). Лимфоцитарное окружение туберкулезных бугорков (черная стрелка). Окрашивание гематоксилином-эозином

Оперативное лечение выполнено с удалением туберкулом с использованием endo-bag для уменьшения периперационных осложнений. Пациентка без каких-либо осложнений в послеоперационном периоде выписана из стационара на 4-й день после хирургического вмешательства. Женщине было рекомендовано противотуберкулезное лечение.

Обсуждение. Генитальный туберкулез всегда вторичный, пациенты могут не знать о наличии у них первичного экстрагенитального очага (в большинстве случаев это легочное поражение) [4].

Первичное инфицирование возможно, если половой партнер имеет активный генитоуринарный туберкулез, в этом случае трансмиссия происходит при половом акте [1].

Диагностика ГТ затруднена в связи с отсутствием конкретных клинических проявлений или их низкой специфичностью [2]. Хотя микробиологическое подтверждение является неотъемлемым, специалисты могут допускать гистопатологическое исследование (типичная гранулема) для подтверждения диагноза туберкулеза [5]. Конечно, будущее лучшей и надежной ранней диагностики ГТ – в развитии полимеразной цепной реакции (ПЦР) [1]. В настоящее время ПЦР является быстрым, чувствительным и специфическим молекулярным методом диагностики женского ГТ, требующим 1–2 дней для выполнения [6].

В исследовании S.K. Mondal описаны три наиболее частых симптома ГТ – бесплодие (65–70%), тазовая абдоминальная боль (50–55%) и нарушения менструального цикла (20–25%). Эндометрий являлся наиболее частой зоной поражения (60%), следующие – маточные трубы (21,82%), яичники (10,9%), шейка матки (4,54%), вульва (1,81%) и влагалище (0,91%) [2]. В большинстве же исследований приводятся несколько иные данные: маточные трубы были поражены в 100% случаев, эндометрий – в 50%, яичники – в 20%, шейка матки – в 5%, влагалище и вульва – менее чем в 1% случаев [7, 8].

Односторонний первичный туберкулез маточной трубы крайне редок, но в нашем случае в отсутствие перитонеального поражения туберкулез фаллопиевых труб, скорее всего, является первичным по происхождению [1].

Таким образом, описан случай туберкулом фаллопиевых труб у пациентки с первичным бесплодием и туберкулезом женского генитального тракта, клинически мимикрированный параовариальными кистами. Во время операции в такой ситуации необходимо подтвердить диагноз ПЦР и гистологическими исследованиями.

Клинический случай 2

Пациентка Д., 24 года. Здоровая женщина, контакт с туберкулезной инфекцией отрицает, встала на учет по беременности при сроке 8–10 недель. Семья стандартно обследована на туберкулез, флюорографи-

чески патологических изменений в органах грудной клетки не установлено. Роды самопроизвольные в срок здоровым доношенным плодом, без каких-либо осложнений. Однако при исследовании плаценты выявлено казеозное туберкулезное воспаление с большим количеством микобактерий (рис. 8, 9).

При контрольном осмотре через 3 месяца: ребенок здоров, у матери методом ультразвукового исследования обнаружен очаг обызвествления в правом яичнике, других изменений не выявлено.

Обсуждение. Туберкулез внелегочных локализаций в большинстве случаев какого-либо специфического проявления не имеет, в результате чего небольшая часть пациентов выявляются интраоперационно, после хирургического вмешательства, выполненного в учреждениях общего профиля по поводу ошибочного диагноза. Туберкулез является одной из основных причин бесплодия, как мужского, так и женского [9], однако у пациентки О. (клинический случай 1) в течение 11 лет лечения infertility ни разу не был заподозрен туберкулез. Туберкулез – заболевание, передаваемое половым путем [10], и в последнее время участились факты диагностирования туберкулеза шейки матки и половых партнеров больных туберкулезом.

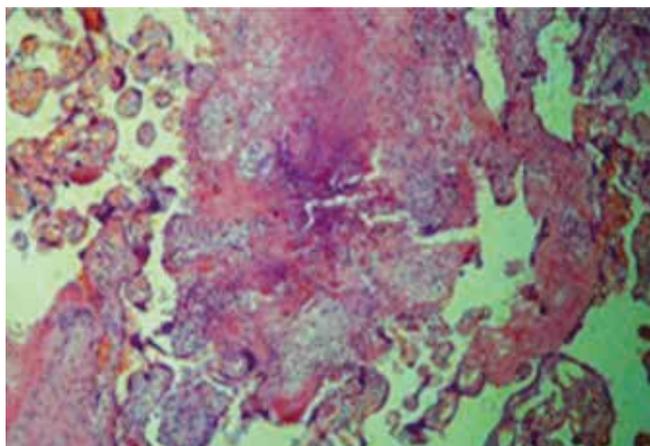


Рис. 8. Казеозное туберкулезное воспаление плаценты. Увеличение $\times 100$, окрашивание гематоксилином-эозином

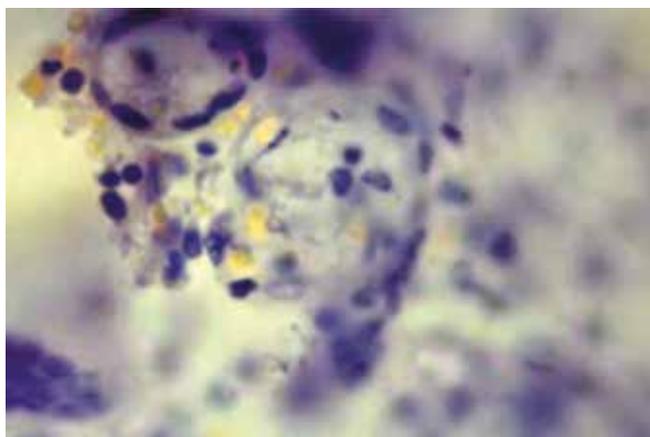


Рис. 9. Туберкулезные микобактерии в ткани плаценты

Генитальный туберкулез всегда вторичный, пациенты могут не знать о наличии у них первичного экстрагенитального очага. Диагностика генитального туберкулеза затруднена в связи с отсутствием конкретных клинических проявлений или их низкой специфичностью

В литературе описаны туберкулезный тонзиллит [11], туберкулезный аденоидит [12], изолированный туберкулез вульвы [13], изолированный туберкулезный аппендицит [14]. Множественность проявлений туберкулеза, возможность вовлечения в специфический инфекционно-воспалительный процесс любого органа, в том числе при интактных легких, эпидемическая опасность больного внелегочным туберкулезом подтверждают необходимость соответствующей настороженности у врача любого профиля.

Клинический случай 3

Пациентка Г., 35 лет, поступила в гинекологическое отделение по поводу вторичного бесплодия в течение 5 лет. Перенесенные заболевания: трихомониаз, хламидиоз. Беременностей – 2: неразвивающаяся беременность малого срока и правосторонняя трубная беременность. Менструации регулярные, болезненные, умеренные.

Ревизией органов брюшной полости установлено: большой сальник и петли кишечника интимно подпаяны к передней стенке матки и мочевому пузырю. После разделения спаек острым путем матка размерами $5 \times 4 \times 3$ см с воспалительными наложениями, множественные плотные спайки располагаются между крестцово-маточными связками и задней поверхностью матки, разъединены тупым и острым путем. Правый яичник размерами $1,5 \times 1,5 \times 1,0$ см подпаян к подъяичниковой ямке за счет адгезий, впаян в конгломерат спаек петель кишечника. В межспаечном пространстве сероцеле до 2,0 см в диаметре. Правая маточная труба отсутствует, удалена оперативно. Левая маточная труба не визуализируется за счет спаечного процесса. В проекции левых придатков подпаян в конгломерат спаек петель кишечника. В межспаечном пространстве сероцеле до 3,0 см в диаметре. В переднематочном пространстве имеются множественные плоскостные спайки. Позадиматочное пространство облитерировано полностью за счет множественных грубых плоскостных спаек и подпаянных петель кишечника.



Рис. 10. Спаечный процесс брюшной полости

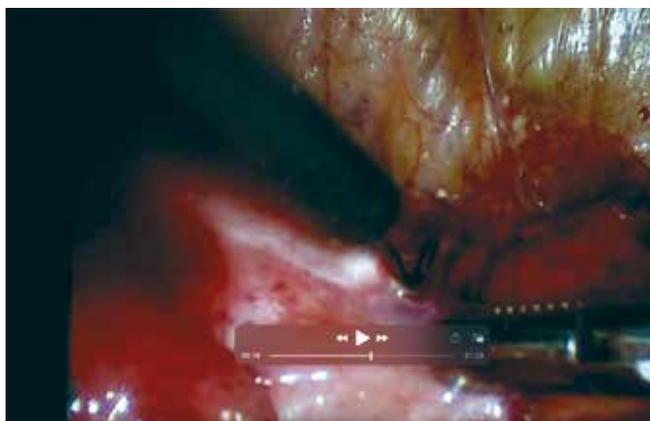


Рис. 11. Мелкие просовидные высыпания на брюшине

В области крестцово-маточных связок множество грубых плоскостных спаек, подпаяны петли кишечника. Аппендикс без видимой патологии. Петли кишечника подпаяны конгломератом спаек в области обоих придатков, задней стенки матки, к боковым стенкам таза. Сальник интимно подпаян к передней поверхности матки и мочевому пузырю. В подпеченочном пространстве множественные плоскостные спайки – синдром Фитца–Хью–Куртиса (рис. 10, 11).

При гистероскопии: эндометрий диффузно гиперплазирован, трубные углы – левый визуализируется, правый прикрыт складками слизистой, синехий нет.

Диагноз: диссеминированный туберкулез тазовой брюшины (?), спаечный процесс органов малого таза IV степени, гиперпластический процесс эндометрия, бесплодие II.

Гистологический анализ: в биоптате фрагменты грубоволокнистой соединительной ткани с умеренным количеством слоев образованных сосудов, при окраске по Цилю–Нильсену кислотоустойчивые бактерии.

Обсуждение. Во время операции предпринята попытка удалить все просовидные высыпания на по-

верхности брюшины, что привело к удлинению времени операции, нарушению целостности брюшины и в конечном счете к лихорадке в послеоперационном периоде. Снижение температуры произошло только после назначения специфической терапии туберкулеза. Это еще раз подчеркивает, что при милиарном туберкулезе брюшины попытка удалить очаги приводит к усугублению состояния пациентки в послеоперационном периоде. Необходимо взять биопсийный материал и при подтверждении туберкулеза назначить специфическую терапию.

Литература

1. Rajaratnam A., D'Cunha P., Furtado Z. et al. Tuberculous salpingitis: a case report. *J. Clin. Diagn. Res.* 2013; 7 (6): 1186–118.
2. Mondal S.K. Histopathologic analysis of female genital tuberculosis: a fifteen-year retrospective study of 110 cases in Eastern India. *Turk. Patoloji Derg.* 2013; 29 (1): 41–45.
3. Rezvani M., Shaaban A.M. Fallopian tube disease in the nonpregnant patient. *Radiographics.* 2011; 31 (2): 527–548.
4. Maclean A.B. *Pelvic Infection.* Great Britain. C.R. Whitfield. 1995.
5. Jahromi B.N., Parsanezhad M.E., Ghane-Shirazi R. Female genital tuberculosis and infertility. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2001; 75 (3): 269–272.
6. Bhanu N.V., Singh U.B., Chakraborty M. et al. Improved diagnostic value of PCR in the diagnosis of female genital tuberculosis leading to infertility. *Med. Microbiol.* 2005; 54 (10): 927–931.
7. Antonucci G., Girardi E., Raviglione M.C., Ippolito G. Risk factors for tuberculosis in HIV-infected persons: a prospective cohort study. *JAMA.* 1995; 274 (2): 143–148.
8. Nogales-Ortiz F., Tarancón I., Nogales F.F. Jr. The pathology of female genital tuberculosis. A 31-year study of 1436 cases. *Obstet. Gynecol.* 1979; 53 (4): 422–428.
9. Кульчавеня Е.В., Краснов В.А. Избранные вопросы фтизиоурологии. Новосибирск: Наука, 2010. 142 с.
10. Щербань М.Н., Кульчавеня Е.В., Брижатюк Е.В. Диагностика, предупреждение и лечение нарушений репродуктивной функции у мужчин, больных туберкулезом легких. *Туберкулез и болезни легких.* 2010; 87 (10): 31–36.
11. Ariel B.M., Nasyrov R.A., Baiburina N.A. et al. Tuberculosis of the pharyngeal tonsil in a child. *Arkhiv Patologii.* 2012; 74 (6): 35–38.
12. Patil C., Kharat P.R., Deshmukh P. et al. Primary tuberculosis of nasopharynx (adenoid) – a rare presentation. *Asian Pac. J. Trop. Med.* 2013; 6 (3): 246–248.
13. Nanjappa V., Suchismitha R., Devaraj H.S. et al. Vulval tuberculosis – an unusual presentation of disseminated tuberculosis. *J. Assoc. Physicians India.* 2012; 60: 49–52.
14. Elamurugan T.P., Sivashanker M., Kumar S.S. et al. Primary tuberculous appendicitis presented with caecal perforation: a case report. *Asian Pac. J. Trop. Med.* 2012; 5 (10): 834–836.