

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГЕНИТАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Р.А.Абрамян, М.Д.Сафарян, А.Ю.Баяхчянц, О.Л.Соцкая

*/Ереванский государственный медицинский университет им.М.Гераци,
Центр пластической уро-гинеко-проктологии "Возрождение" ЛОО ГП
"Наири" МЗ РА, Центр перинатологии, акушерства и гинекологии МЗ РА/
375025 Ереван, ул. Корюна, 2*

Ключевые слова: туберкулез гениталий у женщин, урогенитальная инфекция, репродукция, синдром гиперстимуляции яичников, синдром поликистозных яичников, хорионический гонадотропин

Дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний и туберкулеза гениталий (ТБГ) является одной из актуальных проблем современной гинекологии. Значимость проблемы обусловлена увеличением частоты как туберкулеза женских половых органов, так и заболеваний, передающихся половым путем, что в некоторой степени связано с увеличением числа больных СПИДом [7]. В России частота ТБГ за последнее десятилетие возросла вдвое [5].

Относительно же частоты воспалительных заболеваний мочеполовой системы, вызванных моно- и смешанной инфекциями, имеются следующие данные: хламидиоз выявляется у 50% женщин, обратившихся с воспалительными заболеваниями органов малого таза и нижнего отдела половых путей. Данный возбудитель идентифицируется у 40% больных гонореей и трихомониазом [1,3]. По данным различных авторов, наиболее распространенными заболеваниями, передающимися половым путем, являются: хламидиоз [6], трихомониаз, уреаплазмоз и некоторые другие инфекции [8]. Актуальность проблемы обусловлена и тем, что как ТБГ, так и инфекции гениталий часто протекают без выраженных клинических проявлений и нередко осложняются бесплодием и невынашиванием [4].

Другой актуальной проблемой гинекологии является синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ) в связи с появлением новых репродуктивных методик [2]. СГЯ наиболее часто возникает после овуляции, стимулированной введением человеческого хорионического гонадотропина (ХГ), и развивается на 7-10-й день [1]. Однако он может возникать и после применения других препаратов [2]. Вероятность развития СГЯ

возрастает в период осуществления суперовуляции во время экстракорпорального оплодотворения. Известно, что у женщин, страдающих синдромом поликистозных яичников, получавших в предыдущих циклах препараты ХГ, а также при наступлении беременности риск развития СГЯ значительно выше. Чаше он возникает у пациенток с высоким уровнем эстрадиола в крови и в тех случаях, когда после стимуляции овуляции в последующих циклах в яичниках обнаруживается множество кистозных образований [1].

Приводим клиническое наблюдение.

Больная К., 21 год, поступила в противотуберкулезный стационар с диагнозом: хронический. периметрит, периаднексит, эндоцервицит; туберкулез паховых лимфоузлов (?).

Жалобы на боли в поясничной области, внизу живота, увеличение и болезненность паховых лимфоузлов, субфебрилитет. Заболевание началось после замужества. Наступившая вскоре беременность завершилась самопроизвольным абортom в сроке 12 нед. с последующей абразией полости матки. Отсутствие положительного эффекта после курса противовоспалительной терапии послужило основанием для подозрения на ТБГ.

При обследовании: контакт с туберкулезными больными отрицает, проба Манту с 2ТЕ отрицательная, рентгенограмма легких без патологии, рост 150 см, вес 48 кг, нормостеническая конституция, признаки гирсутизма отсутствуют, болезненность живота при пальпации в правой подвздошной области, увеличение паховых лимфоузлов с сохранением их подвижности и консистенции. Результаты бимануального исследования: оволение по женскому типу, наружные половые органы развиты правильно: влагалище нерожавшей женщины, шейка матки цилиндрической формы, отклонена влево, эрозирована, наружный зев щелевидный, выделения умеренные, гнойные. Тело матки в *anterversi-flexii* ограничено в подвижности. Придатки: слева - увеличен в объеме, болезненный, справа - размеры не увеличены, болезненный. УЗИ: левый придаток с признаками воспаления. Микробиологическое исследование секрета влагалища: лейкоциты в большом количестве, а в отделяемом цервикального канала методом люминесцентной микроскопии обнаружены кислотоустойчивые палочки, подозрительные на туберкулез. Произведено 19 посевов отделяемого цервикального канала, менструальной крови, мочи, соскоба эндометрия на БК с использованием среды Финна-2 и Левенштейна-Йенсена.

До получения всех данных обследования начато лечение *ex-uvantibus* стрептомицином, рифампицином, этамбутолом в течение трех месяцев. После регрессии воспалительного процесса произведено диагностическое выскабливание полости матки. Заключение гистолога: железистая гиперплазия эндометрия по ановуляторному типу.

Спустя три месяца получены отрицательные результаты посевов на БК. Установлен окончательный диагноз — неспецифическое воспаление придатков матки. Неспецифический паховый лимфаденит. Хроническая ановуляция. Диагноз ТБГ исключен.

По окончании курса противовоспалительной терапии в связи с наличием хронической ановуляции произведена стимуляция овуляции кломифен-цитратом по 50 мг х 1 с 5-го по 9-й день менструального цикла. На 14-й день менструального цикла у больной развился СГЯ с повышением температуры до 40°C, сильными болями в животе, выраженным метеоризмом, тошнотой, рвотой, тахикардией и увеличением правого яичника до 5,0х4,0 см в диаметре. Лечение: постельный режим, преднизолон, димедрол, гемодез, индометацин. Через сутки состояние больной стабилизировалось, но размеры правого яичника уменьшились незначительно. В предполагаемый срок очередная менструация не наступила. Базальная температура — выше 37°C. УЗИ: матка незначительно увеличена, справа выявляются три жидкостных образования с перегородками, размером 4,5 х 3,2 см. Мы трактовали состояние как лютеиновую кисту яичника и беременность. Диагноз маточной беременности был установлен через 3–4 недели после задержки месячных. Еще в течение 6 недель сохранялась лютеиновая киста правого яичника. Беременность завершилась преждевременными родами в сроке 32 недели рождением четырех здоровых плодов: двух — женского, двух — мужского пола, весом и ростом соответственно 1450г/40см, 1500г/40см, 1500г/40см, 1600г/40см. Лактационный период длился 6 мес.

Почему СГЯ в такой форме развился после относительно низкой дозы кломифен-цитрата? Нам кажется важным анамнестическое указание на применение в предыдущих циклах лечения по поводу сохранения беременности ХГ. Второй причиной развития СГЯ явились низкий вес и малый рост пациентки. Гирсутизм в качестве фактора, способствующего возникновению синдрома, отсутствовал, что противоречит мнению ряда авторов [2].

Спустя два года больная вновь обратилась с жалобами на боли в пояснице, суставах, внизу живота, гнойные выделения из половых путей, нарушение менструального цикла по типу скудных месячных. Из анамнеза выяснено, что после родов перенесла три искусственных аборта без осложнений, но четвертый аборт сопровождался нарушением менструальной функции по типу олиго-опсоменореи и развитием воспалительного процесса в гениталиях, а также пиелонефрита слева. Обследована: клиническая картина соответствовала описанной во время предыдущего поступления, но в более стертой форме.

Неспецифическое воспаление придатков было расшифровано с помощью кольпоскопии, иммунофлюоресцентных методов анализа (выявление антигенов к *Ch.trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ur.Urealyticum* в эпителиальных клетках цервикального канала методом ПИФ), серологического исследования с использованием реакции непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ) с фиксированным антигеном *Ch.trachomatis*, выявляющие суммарные хламидийные антитела (преимущественно IgG-антитела), микроскопии мазков с использованием различных методов окраски препаратов, определения антител к токсоплазмам в крови методом РНИФ и их титра, выявления цитомегаловируса человека (HCMV) методом ИФА и вирусологического исследо-

вания ВПГ-2, Papiloma (HPV) вируса HCMV в мазках, окрашенных по Па-
паниколау (Pap-Streins).

Получены следующие кольпоскопические данные: эктопия; послеродовой
разрыв шейки матки; гнойный эндоцервицит; очаговый и диффузный коль-
пит; пятна, напоминающие незаконченную зону превращения, дискератоз.

Результаты обследования позволили установить диагноз: хроническая
хламидийная, уреоплазменная, трихомонадная, бактериальная урогениталь-
ная инфекция; цервицит; кольпит; двухсторонний аднексит; паховый лим-
фаденит; Болезнь Рейтера.

Параллельное обследование супруга у андролога выявило наличие
хронического простатита с аналогичным спектром возбудителя УГИ.

Из вышеизложенного следует, что хроническая УГИ может вызвать
подозрение на ТБГ, и с целью адекватного лечения необходимо соблю-
дать полный протокол обследования на наличие указанных инфекций.
При этом имеет значение кратность посева на БК и оптимизация выбора
сред.

Диагностика возбудителей хронической УГИ весьма затруднена и
требует применения целого ряда современных методов обследования,
включая кольпоскопию, иммунофлюоресцентные методики, сероло-
гическую диагностику, микроскопию мазков с использованием раз-
личных методов окраски препаратов.

Для профилактики рецидивов и неудач лечения УГИ у супружеской
пары необходимо сотрудничество гинеколога с андрологом при условии
единого микробиологического контроля у обоих половых партнеров.

Поступила 16.07.97

**ԿԱՆԱՅ ՍԵՌԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՅՈՉԻ ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ
ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ**

**Ռ.Ա.Արրահամյան, Մ. Դ.Սաֆարյան, Ա. Յու.Բալախչիյանց,
Օ.Լ.Սոցկայա**

Ներկայացված է սեռական օրգանների բորբոքային հիվանդությունների
ախտորոշման, ինչպես նաև սեռական օրգանների տուրբերկույլոզի և սեռական
ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների տարբերակիչ ախտորոշման
բարդությունը, հաստատող կլինիկական դիտարկություն: Նկարագրված է
բառապատկը հղիությանը ընթացող ձվարանների գերխթանման համախտանիշ:

Յույց է տրված, որ խրոնիկական միզասեռական ինֆեկցիան կարող է կասկած
առաջացնել տուրբերկույլոզի վերաբերյալ, և ադեկվատ բուժման նպատակով
հարկավոր է պահպանել տվյալ ինֆեկցիաների բացառման լիակատար ցանկ՝
օգտագործելով տաթոմոբիոլոգիական և մանրէաբանական հետազոտություններ,
ինչպես նաև կոլպոսկոպիա, իմունոֆլյուորեսցենտային եղանակներ,
սեռոլոգիական ախտորոշում, տարբեր եղանակներով ներկված քսուկների
մանրազննում:

Հաստատված է, որ կլոմիֆեն-ցիտրատով ինդուկցված ձվազատման առաջին
խսկ ցիկլում ձվարանների գերխթանման համախտանիշի զարգացման վտանգ կա:
Թվարկված են համախտանիշի զարգացմանը նպաստող գործոնները:

DIFFICULTIES IN DIFFIRENTIAL DIAGNOSIS OF GENITAL TUBERCULOSIS

R.A.Abramyan, M.D.Safaryan, A.Yu.Bayakhchians, O.L.Sotskaya

A clinical observation confirming the difficulties connected with diagnosing the genital inflammatory diseases as well as the differential diagnosis of genital TB and diseases tranferred by genitals is given.

An ovary hyperstimulation syndrome (OHS) accompanied by the birth of four healthy babies is described. It has been shown that urogenital infection can cause a presumption for genital TB. In order to provide an adequate treatment it is necessary to follow the full protocol to exclude the given infections by means of pathomorphological and microbiological tests as well as colposcopy, immunofluorescence methods, serological diagnostics, smear microscopy applying various methods of colouring.

There is a risk of OHS development just in the first cycle of inducing ovulation by Clomiphencitrate. Factors promoting the OHS course are given here.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вихляева Е. М., Кулаков В. И., Серов В. Н. и др. Справочник по акушерству и гинекологии, под ред. Савельевой В. Г. М., 1992.
2. Пшеничникова Т. Я. В кн.: Бесплодный брак. М., 1991, с.159.
3. Сметник В. П., Тумилович В. Г. В кн.: Неоперативная гинекология /Руководство для врачей/. СПб, 1995, с. 67.
4. Barbara A., Majeroni M.D. American Family Physician. New York, June 1994, p.1825.
5. Kolachevskaja E.N., Antipova N.B., Rzhavskov Ml. Probl. Tuberc., 1994, (6), p. 26.
6. Woods G. L., Bryan J. A. Arch. Pathol. Lab. Med., 118, 483, 1994, p. 665.
7. Arora V.K., Johri A., Arora R., Rajaram P. Tuber. Lung Dis., 1994 Jun., 75(3), p. 239.

