

УДК 618.1-002.5

Ошибки диагностики генитального туберкулеза при врожденных аномалиях развития матки (описание клинических случаев)

Ф.М. Гусейнова, Т.В. Кольцова

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии

Mistakes in diagnostic of genital tuberculosis in women with congenital anomalies of the uterus (description of clinical cases)

F. Guseinova, T. Koltsova

St. Petersburg State Research Institute of Phthisiopulmonology

© Ф.М. Гусейнова, Т.В. Кольцова, 2017 г.

Резюме

Для туберкулеза женских половых органов характерны клинические проявления, сходные со многими гинекологическими заболеваниями, в связи с этим возникают трудности диагностики данного патологического процесса. В статье представлены клинические случаи дифференциальной диагностики генитального туберкулеза и аномалий развития матки у женщин репродуктивного возраста с бесплодием и синдромом хронических тазовых болей.

Ключевые слова: туберкулез женских половых органов, бесплодие, аномалии развития матки

Summary

Clinical manifestations of female genital tuberculosis are similar to many gynecological diseases, therefore difficulties arise in the diagnosis of this pathological process. The article presents clinical cases of differential diagnosis of genital tuberculosis and anomalies of uterine development in women of reproductive age with infertility and chronic pelvic pain syndrome.

Keywords: female genital tuberculosis, infertility, congenital anomalies of the uterus

Введение

Генитальный туберкулез составляет около 5% всех воспалительных заболеваний женской половой сферы [1]. Для туберкулезной инфекции женских половых органов в 90–100% случаев характерно двустороннее поражение маточных труб — туберкулезный сальпингит — с наиболее выраженными изменениями в ампулярных отделах [2]. В 50–60% случаев имеется специфический воспалительный процесс в полости матки (туберкулезный эндометрит) [3]. Яич-

ники поражаются в 10–30% случаев [4]. Клинические проявления данного заболевания неспецифичны и могут существенно варьировать в зависимости от распространенности процесса: общеинтоксикационные симптомы (субфебрилитет с ночной потливостью, потеря аппетита, потеря веса, недомогание), нарушение менструального цикла (маточные кровотечения, олигоопсоменорея, первичная и вторичная аменорея, дисменорея), первичное и вторичное бесплодие, невынашивание беременности, хронические тазовые боли, асцит, обильные выделения из

половых путей, при наличии пузырно-влагалищных, ректовагинальных свищей — недержание мочи и кала [4]. В связи с олигобациллярностью туберкулезного поражения гениталий, неспецифичностью симптомов инфекция длительное время протекает латентно и диагностика заболевания остается достаточно затруднительной [4].

Аномалии развития матки наблюдаются у 4% женщин репродуктивного возраста [5], являясь причиной бесплодия в 13% случаев, привычного невынашивания беременности — в 15%. Также для пороков развития матки характерны такие осложнения беременности, как преждевременные роды, неправильное положение плода и др. Аномалии матки, в зависимости от формы и вида, клинически могут проявляться наличием болевого синдрома, невозможностью половой жизни, нарушениями менструального цикла либо отсутствием менструаций [6].

Основными методами диагностики пороков развития матки являются: ультразвуковой метод, магнитно-резонансная томография, гистеросальпингография, а также эндоскопические методы: лапароскопическая и гистероскопическая диагностика. Аномалии развития матки, не сопровождающиеся нарушением оттока менструальной крови, могут быть не диагностированы в раннем репродуктивном периоде, но сопровождаться различной степенью выраженности болевого синдрома, нарушением менструальной и репродуктивной функции.

Клинический случай № 1

Пациентка М., 33 лет, поступила в отделение № 9 для больных урогенитальным туберкулезом ФГБУ СПб НИИФ с диагнозом: «Туберкулез гениталий. Туберкулезный аднексит в стадии рассасывания», сопутствующий диагноз: «Миома матки. Бесплодие 1. Нарушение менструального цикла. ХВГ С, ранее перенесенный Lues. Хронический гастрит, вне обострения». Цель госпитализации: определение активности туберкулезного процесса, уточнение причины тазовых болей и нарушения менструального цикла. Жалобы при поступлении: тянущие боли в нижних отделах живота, преимущественно слева в течение 6–7 лет, диспареуния, дисменорея, повышение температуры тела до 37,2 °С в течение последних 3 лет, первичное бесплодие в течение 10 лет, нарушение менструального цикла. Считает себя больной с 2012 г., когда стали беспокоить жалобы: субфебрилитет, нарушение менструального цикла, потливость, тянущие боли в нижних отделах живота. Диагноз «Туберкулез придатков матки, стадия инфильтрации» установлен в ПТД по месту жительства клинко-рентгенологически и на основании положительных туберкулиновых проб (Диаскинтест — 7 мм) в 2014 г. Проведена ПХТ по 1-му режиму в полном объеме в течение 6 мес, а также противорецидивный курс. Больная отмечала на фоне лечения невыраженную

положительную динамику, но предъявляла жалобы на головные боли, снижение слуха на фоне приема изониазида и этамбутола.

Данные анамнеза: менструации с 16 лет, по 4 дня, через 14–28–30 дней, нерегулярные, болезненные, умеренные, беременности — 0, бесплодие в течение 10 лет. Перенесенные гинекологические заболевания: хронический сальпингоофорит, миома матки.

При гинекологическом осмотре: слизистая оболочка влагалища и шейки матки — без воспалительных изменений, не гиперемирована. Шейка матки конической формы, наружный зев точечный. Выделения светлые, умеренные. P.V.: тело матки в антефлексию, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное при пальпации. В проекции левых придатков определяется плотное малоподвижное болезненное образование размерами 30×40 мм. Придатки справа не увеличены, чувствительные при пальпации. Своды свободные.

Данные инструментальных методов исследования

- УЗИ органов малого таза: тело матки размерами 52×29×30 мм, миометрий однородный, эндометрий 11 мм, неоднородный. Полость матки не расширена, не деформирована. Левый яичник 40×21 мм, содержит изоэхогенное включение 20 мм — эндометриоидная киста? К левому яичнику предлежит образование 30×29 мм, эхоплотность соответствует миометрию, в центре имеется полость 18×14 мм, окруженная гипоехогенным ободком — функционирующий рудиментарный маточный рог? (рис. 1). Правый яичник у ребра матки 21×14 мм, содержит до 6 фолликулов диаметром до 7 мм. Жидкость в малом тазу — в небольшом количестве. Заключение: Аномалия развития матки. Рудиментарный функционирующий



Рис. 1. Полостное образование с плотными стенками паровариально

маточный рог? Эндометриоидная? киста левого яичника.

- По данным проведенного МРТ-исследования органов малого таза: признаки кист яичников с геморрагическим содержимым, наиболее вероятно — эндометриоидных. МРТ-признаки аномалии развития матки.

Учитывая стойкий болевой синдром, субфебрилитет, сохраняющийся после проведенной ПХТ, данные УЗИ и МРТ-исследования, принято решение о проведении диагностической лапароскопии. Интраоперационно обнаружено: тело матки нормальных размеров, резко отклонено вправо, однорогой формы, визуально не изменено, длинной соединительнотканной перемычкой связано с рудиментарным рогом размерами 25×28 мм, располагающимся у левой боковой стенки таза. В позадиматочном пространстве без патологических изменений. Эндометриоидные гетеротопии не определяются. Правая маточная труба не изменена. Левая маточная труба, отходящая от рудиментарного рога, длиной 80 мм, превращена в гидрогематосальпинкс с расширением ампулярного отдела до 30 мм, плотными сращениями спаяна с левым яичником, жировой подвеской сигмовидной кишки, стенкой таза (рис. 2). Левый яичник 30×22×25 мм, фолликулярный аппарат развит удовлетворительно, спаян с левой маточной трубой, жировой подвеской сигмовидной кишки, содержит кисту до 20 мм с прозрачным содержимым (вскрылась при разделении спаек). Правый яичник 31×22×20 мм, фолликулярный аппарат развит удовлетворительно, единичными сращениями спаян с брюшиной яичниковой ямки. Выполнено: сальпнгоовариолизис, левосторонняя тубэктомия, удаление рудиментарного рога матки. При проведении гистероскопии визуализируется однорогая полость матки цилиндрической формы, устье правой маточной трубы визуализируется, не расширено.



Рис. 2. Рудиментарный функционирующий рог матки, гидрогематосальпинкс, спаечный процесс малого таза

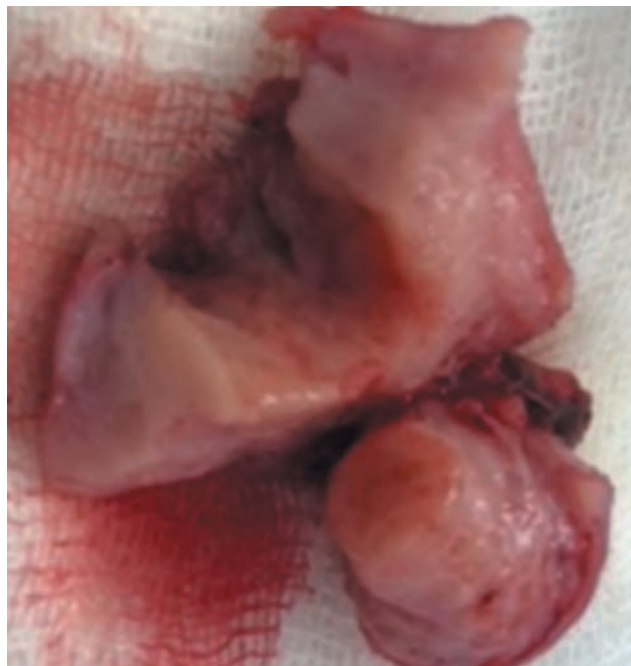


Рис. 3. Рудиментарный маточный рог (операционный препарат). Вскрыта полость замкнутого рога

По результатам гистологического исследования: маточный рог слева — эндометрий в фазе секреции, миометрий типичного строения со слабо выраженным фиброзом (рис. 3). По результатам бактериологического исследования (ПЦР и посев на плотные и жидкие питательные среды операционного материала, выпота из брюшной полости) — МБТ не выявлены.

В послеоперационном периоде получала неспецифическую антибактериальную терапию. Течение послеоперационного периода без осложнений, отметила нормализацию температуры тела, купирование болевого синдрома. Выписана на 7-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Клинический случай № 2

Пациентка П., 29 лет, поступила в отделение № 9 для больных урогенитальным туберкулезом ФГБУ СПб НИИФ с диагнозом направления: «Туберкулез придатков матки в стадии рассасывания. IA ГДУ, МБТ(-). Туберкулезный эндометрит, МБТ(-) Синдром хронических тазовых болей. Спаечная болезнь органов малого таза. Бесплодие 2». Сопутствующая патология: «Хронический тонзиллит, вне обострения, хронический ринит, вне обострения». Жалобы при поступлении: на периодические тянущие боли в нижних отделах живота в течение 3 лет, болезненные менструации, периодическую диспареунию, обильные желтоватые выделения из половых путей.

Считает себя больной с 2013 г., когда после самопроизвольного аборта на сроке 6/7 нед беременности стала

отмечать периодические боли в нижних отделах живота. С 2014 г. неоднократно лечилась амбулаторно по поводу обострения хронического сальпингоофорита, с временным эффектом. В 2015 г. в женской консультации по месту жительства проведена гистеросальпингография, которая выявила отсутствие проходимости правой маточной трубы. Пациентка направлена на диагностическую лапароскопию. В протоколе операции описывается отсутствие какой-либо патологии органов малого таза, при гидрохромотубации выявлено отсутствие проходимости маточных труб. Проведена также гистероскопия и биопсия эндометрия. Протокол гистероскопического исследования — без патологии, описаны оба устья маточных труб. В 2016 г. при подготовке к ЭКО консультирована фтизиогинекологом в ПТД: туберкулиновые пробы (ДСТ, Манту, Коха) — отрицательные, в менструальной крови однократно методом люминесцентной микроскопии выявлены единичные кислотоустойчивые микобактерии.

Установлен диагноз: «Генитальный туберкулез, фаза инфильтрации, КУМ+1А гр. ДУ». Проведена ПХТ по 1-му режиму в полном объеме.

Данные анамнеза: контакт с туберкулезными больными не установлен, в детстве на учете в туберкулезном диспансере не состояла. Менструации с 14 лет, по 4–5 дней, через 28–32 дня, регулярные, болезненные, скудные. Беременности — 1 (самопроизвольный аборт). В беременности заинтересована, не предохраняется и не беременеет в течение 2,5 лет. Перенесенные гинекологические заболевания: хронический сальпингоофорит.

Данные гинекологического осмотра: слизистая оболочка влагалища и шейки матки без воспалительных изменений. Шейка матки конической формы, наружный зев точечный. При бимануальном исследовании: тело матки в антефлексии, нормальных размеров, отклонено влево, плотное, подвижное, безболезненное, придатки слева, не увеличены, тяжистые, болезненные при пальпации, придатки справа не увеличены, тяжистые, безболезненные при пальпации. Своды свободные.

Данные инструментальных методов исследования

- УЗИ органов малого таза (17-й день менструального цикла): тело матки 39×25×37 мм, располагается в антефлексии, отклонено влево, миометрий однородный, эндометрий 8 мм, однородный. Правый яичник: 33×18 мм содержит 6 фолликулов, максимально до 7 мм. Левый яичник 30×22 мм, содержит гипоехогенную полость до 16 мм (желтое тело?).
- МРТ органов малого таза: выявлено жидкостное кистозное образование левого яичника (киста?), выраженное количество жидкости в позадиматочном пространстве. Начальные проявления варикозного расширения вен малого таза.

Результаты гистеросальпингографии от 2015 г. представлены на рис. 4.

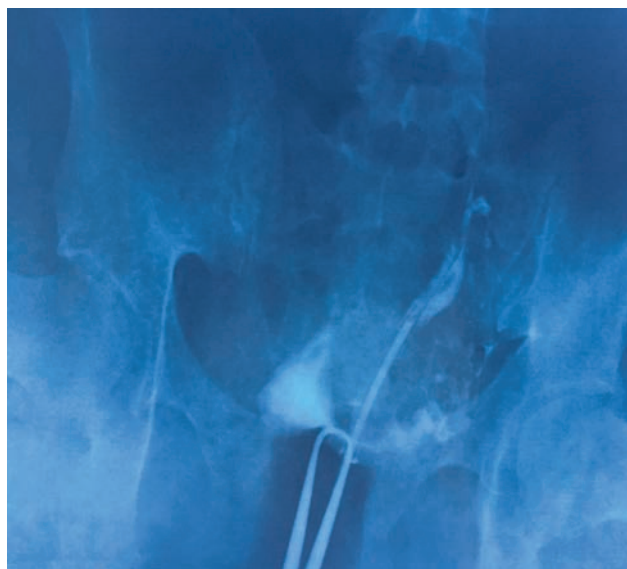


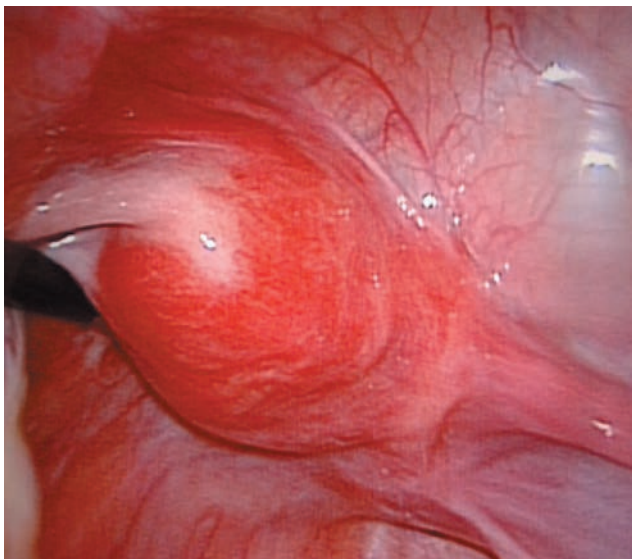
Рис. 4. Гистеросальпингография. Полость матки однорогой формы

Учитывая стойкий болевой синдром, сохраняющийся после ПХТ, данные УЗИ и МРТ-исследования, принято решение о проведении диагностической лапароскопии.

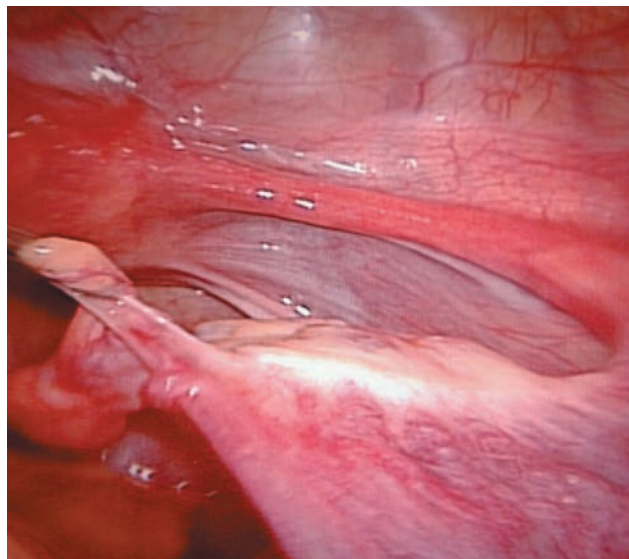
В ходе проведения лапароскопической диагностики обнаружено: тело матки 40×25×35 см, однорогой формы, резко отклонено влево. В позадиматочном пространстве без патологических изменений. Эндометриодные гетеротопии не определяются. Правая маточная труба отсутствует (аплазия), у правого яичника определяется рудиментарный фимбриальный конец правой маточной трубы. Левая маточная труба длиной 60 мм, нодозно изменена, фимбриальный конец свободен. Левый яичник размером 35×25×20 мм, спаян с брюшиной яичниковой ямки левой широкой маточной связкой, фолликулярный аппарат выражен удовлетворительно, содержит желтое тело до 20 мм в диаметре. Правый яичник не изменен (рис. 5). Произведено: адгезиолизис, рудимент правой маточной трубы удален. Во время хромогидротубации выявлена свободная проходимость левой маточной трубы. В ходе проведенной гистероскопии обнаружено, что полость матки однорогой формы, уменьшена в размерах, имеются признаки хронического эндометрита, устье левой маточной трубы не расширено (рис. 6).

По данным гистологического исследования: фрагменты эндометрия в фазе десквамации. Рудимент правой маточной трубы, признаков туберкулезного воспаления не выявлено. По результатам бактериологического и молекулярно-генетического исследования операционного материала МБТ не выявлены.

В послеоперационном периоде получала неспецифическую антибактериальную терапию. Течение послеоперационного периода без осложнений, отметила купирование болевого синдрома. Выписана на 7-е сутки в удовлетворительном состоянии.



а



б

Рис. 5. Однорогое тело матки, аплазия правой маточной трубы. Рудимент фимбриального отдела правой маточной трубы (а, б)

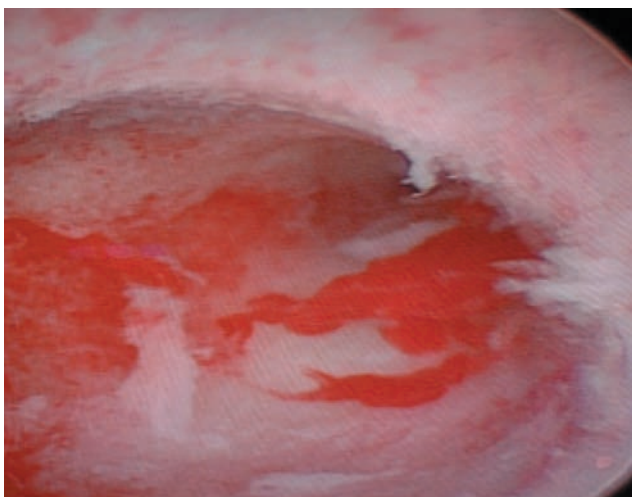


Рис. 6. Гистероскопическая картина однорогой матки

Заключение

При проведении дифференциальной диагностики сходных по клиническим проявлениям заболеваний органов малого таза необходимо учитывать возможность наличия аномалий развития. В представленных клинических наблюдениях ошибки диагностики (в том числе инвазивных методик) привели к неправильному диагнозу и неоправданному назначению курсов специфической антибактериальной терапии. Морфологическая и бактериологическая (и/или молекулярно-генетическая) верификация диагноза «Генитальный туберкулез» должна обязательно проводиться перед назначением лечения. Проведение лапароскопического исследования является «золотым стандартом» в диагностике заболеваний органов малого таза, сопровождающихся синдромом хронической тазовой боли.

Список литературы

1. Duggal S., Duggal N., Hans C., Mahajan R.K. Female genital TB and HIV co-infection // Indian J. Med. Microbiol. 2009. N 27. P. 361–363. <https://doi.org/10.4103/0255-0857.55461>.
2. Mondal S.K. Histopathologic Analysis of Female Genital Tuberculosis: A Fifteen-Year Retrospective Study of 110 Cases in Eastern India // Turkish journal of pathology. 2013. N 1 (29). P. 41–45. doi: 10.5146/tjpath.2013.01146.
3. Türkmen I.C., Başüllü N., Comunoğlu C. et al. Female genital system tuberculosis: a retrospective clinicopathological study of 1,548 cases in Turkish women // Arch. Gynecol. Obstet. 2012. N 286. P. 379–384. <https://doi.org/10.1007/s0040-012-2281-y>.
4. Sharma J.B. Current diagnosis and management of female genital tuberculosis // The Journal of Obstetrics and Gynecology of India. 2015. № 65 (6). P. 362–371. <https://doi.org/10.1007/s13224-015-0780-z>.
5. Лысяк Д.С. Эффективность лечения и реабилитации пациенток с врожденными аномалиями развития матки и влагалища // Доктор.Ру. 2012. № 1 (69). С. 10–13. Lysjak D.S. Jeffectivnost' lechenija i rehabilitacii pacientok s vrozhdennyimi anomalijami razvitija matki i vlagalishha // Doktor. Ru. 2012. N 1 (69). S. 10–13.

6. Малыгина Г.Б., Репалова Е.Ю., Паначева Н.М. Беременность в аномальной матке: «парадоксы» ранних сроков // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2011. № 5. С. 85–91. *Malygina G.B.,*

Repalova E.Ju., Panacheva N.M. Beremennost' v anomal'noj matke: «paradoksy» rannih srokov // Vestnik Rossijskogo universiteta družby narodov. Serija: Medicina. 2011. N 5. S. 85–91.

Поступила в редакцию 19.06.2017 г.

Сведения об авторах:

Гусейнова Фаина Махмудовна — врач-гинеколог отделения для больных урогенитальным туберкулезом № 9 Санкт-Петербургского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии; 191036, Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 2–4; e-mail: fainochka09@mail.ru;

Кольцова Татьяна Владимировна — кандидат медицинских наук, заведующая отделением для больных урогенитальным туберкулезом № 9 Санкт-Петербургского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии; 191036, Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 2–4; e-mail: koltsovy@mail.ru.

 **Диаскинтест®** 



**ТЕСТ,
КОТОРОМУ
ДОВЕРЯЮТ**

НОВАЯ СТУПЕНЬ В ДИАГНОСТИКЕ
ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

www.diaskintest.ru

ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЕН

Положительная реакция наблюдается у 98–100% больных активным туберкулезом и у лиц с высоким риском его развития ($p < 0,05$).*

ВЫСОКОСПЕЦИФИЧЕН

Специфичность теста составляет 90–100% ($p < 0,05$).*

Препарат не вызывает реакции, связанной с БЦЖ-вакцинацией.

* Статья «Клинические исследования нового кожного теста ДИАСКИНТЕСТ® для диагностики туберкулеза». Коллектив авторов. Проблемы туберкулеза. 2009, №2, с. 1–8.

На правах некоммерческой рекламы

ЗАО «ГЕНЕРИУМ», 123317, г. Москва, ул. Тестовская, д. 10
тел./факс +7 (495) 988-47-94