

Ходжаева С.А.,
Аджаблаева Д.Н.,
Маматова Н. Т.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН. ВЛИЯНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗНОГО ПРОЦЕССА НА ФЕРТИЛЬНОСТЬ
Самаркандский медицинский институт (ректор - проф. А.М. Шамсиев)

ВОЗ объявила туберкулёз «глобальной проблемой» так как в мире отмечается значительное ухудшение эпидемиологической обстановки. Прогноз ВОЗ относительно ликвидации туберкулёза не оправдался (WHO Report 2008). В настоящее время около 30% населения земного шара инфицировано микобактериями туберкулёза (МБТ). Как причина смертности взрослого населения от единичного инфекционного агента туберкулёз занимает первое место (Щербань Н.и соавт., 2009). Туберкулёз остаётся серьёзной и актуальной медицинской, социальной и экономической проблемой. Основными причинами бурного роста этого социального заболевания являются распространение СПИДа, увеличение количества полирезистентных штаммов МБТ, усиление миграции (Ерохин В.В.. 2004). Увеличилась частота внелёгочных поражений: туберкулёза органов мочевыводящей системы, костноуставной системы, мягких мозговых оболочек и УНС. гортани, периферических лимфатических узлов, кишечника, кожи и др. (Левашев Ю.Н., 2006). В Нидерландах в 1991-1997 гг. заболеваемость ВЛТ увеличилась с 531 до 739 на 100 тыс. населения (Van olen Hamdery, 1999). В Узбекистане на 2005-2009 гг. удельный вес ВЛТ остаётся на одном уровне (10,7 и 10,5). Следует отметить, что более 70% больных с внелёгочным туберкулёзом выявляются на поздней стадии заболевания с распространёнными и запущенными формами с поражением нескольких органов и систем. Серьёзной проблемой являются вопросы диагностики ВЛТ. Большинство ВОП не знают о сущности рассматриваемой патологии, в связи, с чем подавляющее большинство больных обращающихся в учреждения ОЛС, не попадают в число подозреваемых даже при наличии у них выраженных форм ВЛТ.

По данным А.В. Васильева (2000) в РФ и Прибалтийских республиках в структуре внелёгочного туберкулёза (ВЛТ) туберкулёз мочеполовых органов занимает первое место и регистрируется в 2- 2,5 раза чаще, чем других локализаций. В республике Узбекистан туберкулёз мочеполовой системы в структуре ВЛТ составляет 15,1 в 2005 и 18,4% в 2009 году. Из-за несвоевременной диагностики туберкулёза мочеполовой системы в последние годы увеличилось число больных с запущенными формами туберкулёза (Назирова П.Х., 2010).

Проблема влияния мочеполового туберкулёза на состояние репродуктивной функции у мужчин и женщин в медицинской литературе освещена недостаточно, тогда как изучение состояния репродуктивного статуса является важной и

актуальной проблемой современной науки во всём мире.

Бесплодие в браке является не только медицинской, но психосоциальной проблемой. Сегодня 1 из 5-7 супружеских пар репродуктивного возраста страдают бесплодием. Неоднородность и недостаточность сведений о влиянии туберкулёзного процесса на фертильность дали повод проведению дальнейших исследований в этом направлении (Кулаков В.И., Назаренко Т.А., и соавт., 2005).

Некоторые авторы считают, что половой туберкулёз у женщин - крайне редкая локализация и описывают как экзквизитные случаи туберкулёз вульвы у 11-летней девочки, сочетание эндометриоза и туберкулёза яичников у 24-летней женщины, первоначально расцененное как рак яичника (Aliyu M.H, et al. 2004) J Micha и соавт. сообщают о случае цервикального туберкулёза у 67-летней женщины, протекавшем под маской рака шейки матки.

Считают, что туберкулёз половых органов у женщин чаще развивается в молодом возрасте, преимущественно в сочетании с туберкулёзом других органов и систем (Афонин А.В. и соавт., 2006). Подчёркивается, что основным симптомом туберкулёза половых органов у женщин является бесплодие. Первым проявлением является боль и нарушение менструального цикла. 40% женщин сохраняют фертильность, хотя у 60% вследствие глубокого поражения фаллопиевых труб развивается бесплодие. В постменопаузальном возрасте-туберкулёз может проявляться маточным кровотечением (Abele M., Lakew H.W. et al., 2004). Подчеркивается важность полноценного обследования больных, как с бесплодием, так и с хроническими воспалительными заболеваниями до начала лечения, особенно фторхинолонами, чтобы не затруднить своевременную диагностику туберкулёза.

В Исламабаде в течение 2 лет (2001-2003) проводили эпидемиологическое исследование среди бесплодных женщин. Тщательно анализировали анамнез, проводили мониторинг менструального цикла, по показаниям выполняли диагностическую лапароскопию. Полученный перитонеальный выпот окрашивали по Циль-Нильсену для идентификации МБТ. Всем пациенткам выполняли диагностическое выскабливание стенок полости матки. Соскоб эндометрия направляли на патоморфологическое исследование и на посев на МБТ на среде Левенштейна-Йенсена. После верификации диагноза назначали противотуберкулёзную терапию, которую при необходимости дополняли хирургическим вмешательством (Aliyu M.H., 2004).

Более широкое применение диагностической лапароскопии с цитологическим исследованием биоптата и окрашиванием по Цилю-Нильсену повышает вероятность распознавания туберкулёза. Другим высокоинформативным методом является гистеросальпингография (Кульчавеня Е.В., Брижатюк Е.В., 2006). Существующие диагностические методы: выскабливание полости матки и биопсия с последующим гистологическим и бактериоскопическим исследованием эндометрия гистеросальпингография; бактериоскопическое исследование выделения из половых путей и менструальной крови; лапароскопия; УЗИ и доплерография органов малого таза; помогают клиницистам в постановке диагноза генитального туберкулёза (Парпиева Н.Н., 2010).

Роль мочеполового туберкулёза в развитии бесплодия у мужчин несомненна, более того, проблемы с фертильностью иногда могут быть первым признаком туберкулёзного поражения мужских половых органов (S.Moon., 2003).

Имеются указания, что причинами infertility у мужчин являются последствия туберкулёзного эпидидимита, туберкулёза органов мочеполовой системы (Евдокимов В.В., Ерасова В.И., Марчук Н.В., 2004). При туберкулёзе мужских половых органов, как правило, развивается экскреторно-обтурационная форма бесплодия (Степанов П.И., 1990). Среди этиологических факторов обтурационной аспермии наиболее распространёнными являются туберкулёз придатка яичка (34%) и сперматоцеле (32%). У 30% больных имеются указания на перенесённый туберкулёз лёгких в анамнезе. У пациентов, перенесших туберкулёз, в 5 раз чаще диагностируется двусторонняя обструкция семявыносящих протоков, чем в группе неинфицированных туберкулёзом (Раков С.С., Ракова Н.Т., Липатова Н.А., 2006).

Ещё одной проблемой во фтизиатрической практике является токсическое влияние противотуберкулёзных препаратов на организм больного, в том числе и на репродуктивную систему (Кульчавеня Е.В., Брижатюк Е.В., и соавт., 2002).. Учитывая многократные рентгенологические исследования у больных туберкулёзом, определённый интерес вызывает исследование Л.Ф. Курило и др., в котором было доказано, что относительно малые и средние дозы ионизирующей радиации (0,5-2 Гр) способны вызывать нарушение сперматогенеза не только в ранние (через 1 мес.), но и в поздние (через 1 год и более) сроки.

По данным Евдокимова В.В., азооспермия при обследовании по поводу бесплодия составляет около 5%, а при наличии патологических изменений в секрете простаты достигает 20%. Много публикаций

посвящено влиянию хронических неспецифических воспалительных заболеваний мужских половых органов на фертильность (Винник В.В., 2004). Эта проблема дискутируется в медицинской литературе уже давно. Подчеркивается безусловно негативное влияние хронических неспецифических простатовезикулитов на фертильность в основном за счёт снижения подвижности спермиев (Курило Л.Ф., Гришина Е.А., 2006).

Авторы предлагают при обследовании по поводу бесплодия применения не только трансректального УЗИ простаты, но и выполнения УЗИ органов мошонки. S. Serte и соавт. указывают на связь микрокальцинатов в яичке, этиология которых чаще всего туберкулёзная, с infertility.

Таким образом, нарушение репродуктивной функции является одним из первых проявлений туберкулёза половой системы как у женщин так и у мужчин. Авторы подчеркивают необходимость проведения комплексного обследования несколькими методами (простая микроскопия, посев на питательные среды, патоморфологическое исследование и ПЦР) при подозрении на туберкулёз половой системы, особенно учитывая склонность туберкулёза протекать под маской других заболеваний или бессимптомно. Клиники, занимающиеся лечением бесплодных пар, должны включить в алгоритм первичного обследования своих пациентов тесты, направленные на исключение туберкулёза. Раннее выявление и адекватная этиопатогенетическая терапия позволяет в половине случаев восстановить фертильность; при позднем выявлении прогноз в этом отношении неутешителен.

Литература

1. Афонин А.В. и соавт., Туберкулёзная инфекция, как инфекция, передаваемая половым путём. \ Vest, последилового образования. - 2006. - №3-4, - С.69-71.
2. Винник Ю.Ю. Современное состояние вопроса о диагностике хронического простатита. \ Андрол. и генитальная хир.- 2004, - №3. - С.25-28.
3. Евдокимов В.В., Ерасова В.И., Марчук Н.В., Сперматогенез при хроническом абактериальном простатите. \ Андрол. и генитальная хир. - 2004, - №3, - С.25-28.
4. Ерохин В.В., Пунга В.В., Скачкова Е. А. Формирование показателя смертности от активного туберкулёза на территории зон курации центрального НИИ туб. - 2005. - №12 - С.8- 14.
5. Кулаков В.И., Назаренко Т.А. и соавт. Бесплодный брак: достижения, проблемы, перспективы. \ Мужское здоровье: Материалы конф. - М., 2005. -С. 25-26.
6. Кульчавеня Е. В., Брижатюк Е.В., Способ диагностики активного туберкулёза мочевыводящих путей. \ Пробл. туб.- 2006. - №3. - С. 48-50.
7. Кульчавеня Е.В., Брижатюк Е.В., Медведев С.А. Токсическое влияние противотуберкулёзных препаратов на сперматогенез. \ Пробл. туб. 2002. № 5. С.29 - 32.
8. Курило Л.Ф., Гришина Е.М. Роль структурных хромосомных аномалий в развитии патоспермии у мужчин с бесплодием. \ Андрол. и генитальная хир. - 2006. - №4. - С.36 - 40.
9. Левашев Ю.Н., Мушкин А.Ю., Гришко А.Н. Внелёгочный туберкулёз в России: официальная статистика и реальность. \ Пробл. туб. - 2006. - №11. -С.3-6.
10. Назиров П.Х. Характеристика эпидемиологической ситуации по внелёгочному туберкулёзу в Узбекистане. \ Материалы VII съезда фтиз. и пульм. Узб. 2010. С.89-90.
11. Парпиева Н.Н., Каттаходжаева М.Х., Юлдашев М.А. Применение HAIN-теста для ранней диагностики туберкулёза женских гениталий. \ Материалы VII съезда фтиз. и пульм. Узб. 2010. С.96-97. 2010.
12. Раков С.С., Ракова Н.Т., Липатова Н.А. Комплексное исследование эякулята в диагностике заболеваний мужской репродуктивной системы. \ Андрол. и генитальная хир. - 2006. - №1. - С.43-48.
13. Степанов П.И. Пути повышения эффективности лечения туберкулёза половых органов у мужчин. \ Пробл. туб. 1990. - С.44-48.
14. Щербань Н. и соавт. Туберкулёз половых органов у мужчин и женщин \ Пробл. туб. 2009. - № 9 С.3-5.
15. Abele M., Lakew H.W. et al., Female genital tuberculosis in Ethiopia W Ethiop. Med. J. -2004. - Vol.42.- Suppl. 1.-P. 37-41.)
16. Aliyu M.H. et al. Female genital tuberculosis: a global revive. W Int. J/ Fertil/ Won. Med. -2004. Vol.49. N 3.- 123-136.
17. S.Moon., 2003
18. Van olen Hamderv, 1999.
19. WHO Report, 2008.

Хушбаков М. Ф.,
Эшонкулов А.А.,
Маликов Ю.Р.

АНОМАЛИЯ РАЗВИТИЯ ПОДВЗДОШНОЙ АРТЕРИИ У БЕРЕМЕННОЙ С МАССИВНЫМ АКУШЕРСКИМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ Навоийская область. Карманинское РМО, Родильный комплекс (главный врач - Шодиев Н.М.)

Кровотечение в акушерстве является грозным осложнением, приводящим нередко к гибели. По данным мировой литературы ежегодно 125000-130000 женщин умирают от акушерских кровотечений (Баранов И.И. 1999; Айламазян Э.К. 2002; Соколова Ю.Ю. 2005).

Одним из эффективных методов остановки массивных послеродовых кровотечений является перевязка магистральных сосудов в сочетании с различными вмешательствами на матке.

Настоящим сообщением мы хотели бы поделиться опытом хирургического лечения больной с аномальным расположением ветвей левой подвздошной артерии.

В отделение родильного комплекса Карманинского района Навоийской области 23 января 2011 года в 3 часа 20 минут поступила роженица Т., 1985 года рождения (история болезни - № 85/52). При осмотре была установлена: беременность 38 недель, третья по счету. Отягощённый акушерский анамнез. 2800,0 грамм и длиной - 50 см. Ребенок передан неонатологам.

Далее матку вывели в рану, послед удален без

Рубец на матке после ретроперитонеального кесарева сечения в 2008 году. Двуроговая матка, плод в левом роге. Первый период родов. Несостоятельный рубец на матке после предыдущего кесарева сечения.

Анализ крови: гемоглобин - 98 г/л, эритроцит - 2,8 x 10¹²/л, ЦП - 0,98, тромбоцит - 220 x 10⁹/л, СОЭ - 8 мм/ч.

В экстренном порядке по абсолютным показаниям роженица взята на операцию для повторного кесарева сечения. Под общим интубационным наркозом выполнена нижнесрединная лапоротомия с иссечением старого послеоперационного рубца, матка в правом косом положении, плод в левом маточном плодноместе, правый маточный рог размером с мужской кулак. Произведено ретроперитонеальное кесарево сечение, извлечён доношенный - живой плод женского пола с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов с массой -

особых затруднений, при ревизии выявлено пульсирующее кровотечение у левого угла маточной раны причиной которой явилось аномальное строение