

СОЦИАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОК С ИЗОЛИРОВАННЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С БЕСПЛОДИЕМ, АКТИВНЫМ И КЛИНИЧЕСКИ ИЗЛЕЧЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СОЧЕТАНИИ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Мордык А.В.¹, Валеева Г.А.¹, Яковлева А.А.^{1,2}, Пузырёва Л.В.^{1,2}

¹ Омский государственный медицинский университет, г. Омск

² КУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер № 4», г. Омск

РЕЗЮМЕ

В связи с высокой заболеваемостью туберкулезом женщин репродуктивного возраста было проведено исследование у 270 пациенток. В группу исследования вошли женщины с бесплодием и генитальным туберкулезом, беременные с активным туберкулезом легких, беременные с клинически излеченным туберкулезом органов дыхания. Семьи беременных женщин с активным туберкулезом легких часто были отнесены к категории социопатических, сами пациентки чаще имели венерические заболевания, ВИЧ-инфекцию, гепатиты.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: туберкулез легких, клиническое излечение туберкулеза, беременность, бесплодие, генитальный туберкулез, социальные факторы.

Введение

Заболеваемость туберкулезом (ТБ) на территории Российской Федерации постоянно снижается [9]. При этом среди больных ТБ доля женщин, преимущественно репродуктивного возраста, растет [1, 12]. Непредсказуемость ситуации по ТБ может быть связана с развивающейся по своим законам эпидемией ВИЧ-инфекции, вовлеченными в которую оказались большое количество женщин репродуктивного возраста, желающих стать матерями [5, 13, 14]. Генитальный ТБ у женщин всегда сочетается с бесплодием – первичным или вторичным [2, 6, 17]. Репродуктивный потенциал страны может пострадать из-за двух эпидемий – туберкулеза и ВИЧ-инфекции. Невозможность иметь детей, с одной стороны, и обсуждение возможности рождения здорового потомства, с другой, – это две стороны проблемы ТБ, генитального и легочного [3, 4, 6].

Чрезвычайно важно в условиях соприкосновения проблем репродуктивного здоровья и ТБ решение вопроса о возможности сохранения беременности у пациенток с легочным ТБ и совершенствование диагностики генитального ТБ у больных с бесплодием, которое будет

способствовать успешной своевременно начатой специфической терапии [2, 3, 8, 18]. Социальная составляющая проблемы ТБ крайне важна, в том числе и при решении репродуктивных проблем [19]. Пациентки с активным ТБ легких, забеременев, могут отказаться от специфической терапии, нанося вред себе и будущему ребенку [7, 8, 10, 11]. Социальный статус будущей матери с активным ТБ в части случаев делает наступившую беременность нежеланной из-за отсутствия средств [11], необходимых на последующее содержание матери и ребенка, неустроенности личной жизни женщины.

Цель исследования: определение особенностей социального статуса пациенток с бесплодием, связанным с генитальным туберкулезом, с активным и клинически излеченным туберкулезом в сочетании с беременностью, для совершенствования тактики ведения.

Материал и методы

Проведено поперечное сравнительное исследование, в которое включено 270 пациенток: 1-ю группу составили 64 женщины с бесплодием и установленным диагнозом генитального ТБ, 2-ю группу – 59 женщин с активным ТБ легких в сочетании с беременностью, 147 беременных пациенток с клинически излеченным ТБ органов дыхания (3-я группа). Длительность бесплодия пациенток 1-й группы на момент обследования

✉ Мордык Анна Владимировна, тел. 8 (3812) 40-45-15; e-mail: amordik@mail.ru

варьировала от 2 до 17 лет, по медиане (Me ; Q_1 ; Q_3) составив 6,0 (4,8–10,0) лет. Необходимо отметить, что наблюдение в общей лечебной сети и центрах планирования семьи и репродукции по поводу бесплодия у женщин в 1-й группе составляло 4,7 года (Me).

В 1-й группе пациенток с установленным диагнозом генитального ТБ у всех женщин отмечено поражение специфическим процессом придатков матки, туберкулезный сальпингоофорит, у большинства он был 2-сторонним (92,2%), в 10,9% случаев сочетался со специфическим поражением матки в виде туберкулезного эндометрита. Диагноз туберкулеза гениталий был подтвержден бактериологически в 10,9% случаев, молекулярно-генетически – в 12,5%, гистологически – 20,3% случаев, выставлялся на основании комплекса клинико-рентенологических данных и подтверждался результатом провокационной туберкулиновой пробы Коха и эффектом от специфической пробной терапии в 56,3% случаев.

Во 2-й группе пациенток с сочетанием активного ТБ легких и беременностью наиболее часто диагностировали инфильтративный ТБ (72,8%), у 10,1% – очаговый и у столько же женщин – фиброзно-кавернозный ТБ, у 3,4% – туберкуломы, у 1,7% – милиарный и у 1,7% пациенток – диссеминированный ТБ. Распад легочной ткани наблюдался у 64,4%, бактериовыделение – у 50,8%, множественная лекарственная устойчивость возбудителя заболевания – у 26,6% беременных пациенток.

В 3-й группе пациенток с клиническим излечением ТБ органов дыхания и беременностью с момента излечения до наступления настоящей беременности прошло от 1 года до 7 лет. При этом, 66,7% пациенток перенесли инфильтративный туберкулез легких, 14,3% – очаговый ТБ, 8,1% – экссудативные плевриты туберкулезной этиологии, 4,1% – кавернозный или ограниченный фиброзно-кавернозный туберкулез, 3,4% – диссеминированный ТБ и 2,04% – туберкуломы.

При оценке социального статуса оценивались следующие критерии. К социально-сохранным были отнесены полные семьи с постоянным доходом. Социально-дезадаптированными считались неполные семьи, семьи с низким достатком. К социопатическим были отнесены семьи, в которых имелись лица, страдавшие алкоголизмом, наркоманией, находившиеся в местах лишения свободы или освободившиеся из них, а также семьи без постоянного дохода [15, 16]. Проводилась оценка гинекологической и экстрагенитальной патологии в сравниваемых группах женщин с выяснением ее отношения к социальному статусу пациенток.

Выполненная работа не ущемляла права, не подвергала опасности пациенток и осуществлялась с их

информированного предварительного согласия на использование медицинской документации в научно-исследовательской работе, на основании приказа Минздрава РФ № 266 от 19.06.2003 г. Каждая участница была извещена об анонимности исследования. Работа одобрена локальным этическим комитетом ОмГМА.

Статистическая обработка материала проведена с помощью пакетов прикладных программ «Статистика 6» (русифицированная версия). Для сравнения показателей в группах между собой использовались критерий χ^2 . Статистическая значимость результатов выражалась в виде $p = 0,000$, результаты считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Возраст пациенток 1-й группы на момент обследования варьировал от 24 до 44 лет, по медиане (Me ; Q_1 ; Q_3), составив 33 (30–37) года. Среди беременных женщин, больных ТБ легких, средний возраст составил 25,4 (от 18 до 39), а у пациенток с клиническим излечением специфического процесса в легких 28,09 (от 18 до 41 лет) ($p < 0,001$).

В 1-й группе социально-сохранных пациенток было большинство – 76,6%, социально-дезадаптированных – 18,7%, социопатических – 4,7%. Во 2-й группе, наоборот, женщин, проживавших в социопатических семьях, было 44,0%, социально-дезадаптированных – 47,5%, а социально-сохранных – лишь 8,5%. Среди женщин с клиническим излечением ТБ преобладал социально-сохранный контингент – 69,3%, доля социопатических составила 4,1%. При этом группы женщин с генитальным ТБ и беременностью после клинически излеченного туберкулеза не отличались по социальному статусу ($\chi^2 = 1,12$; $p = 0,7$), а группа больных с беременностью, наступившей на фоне активного ТБ имела более низкий социальный статус, достоверно отличавшийся от пациенток 1-й группы ($\chi^2 = 57,78$; $p = 0,001$) и 3-й группы ($\chi^2 = 62,58$; $p = 0,000$).

Среди пациенток с бесплодием, ассоциированным с генитальным ТБ, рабочих было 6,2%, служащих – 67,2%, не работающих – 26,6%. В группе беременных с активным ТБ наибольшее количество женщин были безработными – 83,1%, служащими – 10,2%, доля рабочих составила 6,7% ($\chi^2 = 39,35$; $p = 0,000$, в сравнении с 1-й группой). В 3-й группе безработных женщин было 27,8%, служащих – 47,0%, рабочих – 25,2%, что достоверно отличалось от 2-й группы ($\chi^2 = 52,06$; $p = 0,000$). По уровню занятости не отличались пациентки с генитальным и клинически излеченным ТБ ($\chi^2 = 0,03$; $p = 0,6$). Во всех группах отсутствовали студентки. В 1-й группе преобладали

женщины с высшим образованием – 70,3%, со средне-специальным образованием было 26,6%, средним – 3,1%. Во 2-й и 3-й группах среднеспециальное образование имели большинство женщин – 71,2 и 68,0%, высшее – 3,4 и 26,5%, среднее встречалось чаще в 3-й группе – 5,5 и 25,4% ($\chi^2 = 82,5$; $p = 0,000$). Группа беременных с активным ТБ отличалась по уровню образования от пациенток 1-й ($\chi^2 = 58,23$; $p = 0,000$) и 3-й групп ($\chi^2 = 35,66$; $p = 0,000$), по количеству женщин с средним образованием 1-я и 3-я группы женщин не отличались ($\chi^2 = 0,5$; $p = 0,8$).

В 1-й группе у 71,8%, во 2-й – у 32,3%, а в 3-й – у 69,4% женщин вредные привычки отсутствовали ($\chi^2 = 36,1$; $p = 0,000$). Курение отметили 28,2%, 55,9% (отличия 1–2 групп – $\chi^2 = 9,78$; $p = 0,001$) и 23,8% (отличия 1–3-й групп – $\chi^2 = 0,44$; $p = 0,9$; отличия 2–3-й групп – $\chi^2 = 19,64$; $p = 0,000$) пациенток в группах соответственно. Алкоголизм и наркомания встречались только во 2-й и 3-й группах – у 11,9 и 2,8% женщин соответственно ($\chi^2 = 6,9$; $p = 0,009$).

Гинекологический анамнез пациенток 1-й группы был отягощен как воспалительными, так и невоспалительными заболеваниями гениталий, в том числе дисгормональной природы. Среди перенесенных гинекологических заболеваний обращала внимание высокая частота хронических сальпингофоритов (65,6%, $\chi^2 = 46,2$; $p = 0,000$) и миомы матки (20,3%, $\chi^2 = 20,2$; $p = 0,000$) у пациенток 1-й группы, пациентки 2-й и 3-й групп не различались по частоте хронических воспалительных процессов ($\chi^2 = 0,8$; $p = 0,9$), наименьшее количество миом матки было выявлено у пациенток 3-й группы. Доброкачественные заболевания шейки матки встречались во всех группах, однако в группе беременных женщин с клинически излеченным ТБ легких их доля составила 44,2% ($\chi^2 = 5,1$; $p = 0,064$), при этом частота не отличалась у пациенток 1-й и 2-й групп ($\chi^2 = 07,2$; $p = 0,9$) и 2-й и 3-й групп ($\chi^2 = 1,28$; $p = 0,8$), статистически значимые различия имели место между 1-й и 3-й группами ($\chi^2 = 34,9$; $p < 0,01$). У 15,2% пациенток 2-й и 21,7% 3-й групп гинекологических заболеваний не выявлено.

На перенесенные ранее инфекции, передаваемые половым путем, указывали 28,1% пациенток 1-й группы и 39,5% женщин 3-й группы ($\chi^2 = 2,4$; $p = 0,7$), во 2-й группе таких женщин было большинство – 79,6% ($\chi^2 = 37,7$; $p = 0,000$), которое отличалось от 1-й ($\chi^2 = 32,7$; $p = 0,000$) и 3-й групп ($\chi^2 = 27,23$; $p = 0,000$). Среди инфектов наиболее часто встречались уреаплазмы (56,3; 45,8 и 19,0%), по их количеству статистически значимо отличались 1-я и 3-я группы ($\chi^2 = 29,2$; $p = 0,000$) и 2-я и 3-я группы ($\chi^2 = 15,3$; $p = 0,001$), не отличались 1-я и 2-я группы ($\chi^2 = 0,35$; $p = 0,8$). Следую-

щими по частоте встречаемости были хламидии (17,1; 44,1 и 29,9%), группы попарно статистически значимо отличались по их встречаемости ($p < 0,05$). Трихомониаз с разной частотой имел место у пациенток сравнимых групп (11,0; 40,7 и 23,8% соответственно), различия между парами групп были достоверными ($p < 0,05$). Среди пациенток 1-й группы с хламидийной инфекцией в анамнезе (3 женщины), лишь одна перенесла оперативное вмешательство – одностороннюю тубэктомия, гистологически верифицирован ТБ гениталий. Вирус папилломы человека был выявлен у 11,0; 32,2 и 19,7% женщин в группах сравнения, сифилис в анамнезе – у 6,3; 20,3 и 5,4% женщин в трех группах соответственно, при этом пациентки 2-й и 3-й групп не отличались по частоте папилломатозной инфекции ($\chi^2 = 0,8$; $p = 0,9$), пациентки 1-й и 3-й групп – по частоте сифилиса ($\chi^2 = 0,05$; $p = 1,0$).

Большинство женщин перенесли или имели на момент обследования различные экстрагенитальные заболевания, анализ которых выявил высокую частоту заболеваний органов пищеварения (гастрит, язва желудка, колит, ЖКБ, холецистит, панкреатит), у более половины пациенток 1-й группы, при этом по частоте этой патологии статистически значимо отличались между собой 1-я и 3-я ($\chi^2 = 20,39$; $p = 0,000$) и 2-я и 3-я группы ($\chi^2 = 4,2$; $p = 0,004$). Также обращает внимание высокая частота поражения мочевыделительной системы (цистит, пиелонефрит, мочекаменная болезнь) – 26,6; 20,3 и 19,7% в группах соответственно ($p > 0,05$). В группе женщин с клинически излеченным ТБ легких чаще регистрировались заболевания системы кровообращения (гипертоническая болезнь, варикозная болезнь вен нижних конечностей) у 19,7% с достоверными различиями по их частоте с 1-й (1,6%) группой ($\chi^2 = 12,06$; $p = 0,000$), не достоверными со 2-й (%) группой ($\chi^2 = 1,8$; $p = 0,8$), при это 1-я и 2-я группы также отличались между собой ($\chi^2 = 5,35$; $p = 0,04$). В 3-й группе женщин с клинически излеченным ТБ и беременностью наибольшее количество было без соматической патологии (34,7%) ($\chi^2 = 43,5$; $p = 0,000$), 1-я и 2-я группы по частоте соматической патологии между собой не различались ($\chi^2 = 0,2$; $p = 1,0$).

В группе беременных женщин с активным ТБ легких чаще встречались вирусные гепатиты – 45,8% ($p > 0,000$) и ВИЧ-инфекция – 11,9% ($p > 0,000$). Вирусные гепатиты встречались редко у пациенток с генитальным ТБ, ассоциированным с бесплодием, и беременных с клинически излеченным ТБ ($\chi^2 = 3,06$; $p = 0,8$), по их количеству женщины 1-й ($\chi^2 = 30,9$; $p = 0,000$) и 3-й групп ($\chi^2 = 32,79$; $p = 0,000$) отличались от пациенток 2-й группы с активным ТБ.

При оценке данных эпидемиологического анамнеза установлен контакт с больными ТБ в 31,3% случаев в 1-й группе, 83,1% – во 2-й группе и у 21,7% женщин в 3-й группе исследования ($\chi^2 = 25,7$; $p = 0,000$). По частоте наличия установленного контакта с больными туберкулезом 1-я и 2-я ($\chi^2 = 33,44$; $p = 0,000$) и 2-я и 3-я группы ($\chi^2 = 66,26$; $p = 0,000$) отличались, между пациентками с генитальным и клинически излеченным легочным туберкулезом достоверных отличий не было ($\chi^2 = 2,15$; $p = 0,7$).

Заключение

Таким образом, при сравнении трех групп женщин с генитальным ТБ и бесплодием, с активным ТБ на фоне беременности и с клинически излеченным ТБ было выявлено, что наиболее неблагоприятными по социальному уровню оказались беременные с наличием активного специфического процесса в легких. Семьи женщин этой группе относились к категории социопатических, у пациенток было преимущественно лишь среднее образование, они часто являлись безработными, указывали на контакт с больным ТБ и имели вредные привычки не только в виде курения, но алкоголизма и наркомании у каждой пятой. Более половины женщин с активным ТБ легких указывали на наличие в анамнезе инфекций, передаваемых половым путем, каждая вторая из них имела вирусный гепатит, а каждая восьмая – ВИЧ-инфекцию.

Социальный статус и уровень образования пациенток с бесплодием, ассоциированным с генитальным ТБ, оказался наиболее высоким. Они были старше женщин, забеременевших на фоне активного и клинически излеченного ТБ органов дыхания. У этих женщин отсутствовали вредные привычки, у них чаще имела место различная экстрагенитальная патология, болезни органов дыхания, мочевыделительной системы, кровообращения, не связанные с социальным неблагополучием.

Данная статья подготовлена в рамках работы по гранту РГНФ «Социальные аспекты взаимодействия проблем репродуктивного здоровья и туберкулеза» № гос. регистрации 115042210032, 2015 г.

Литература

1. Ветушенко С.А., Захарова Т.Г. Результаты исследования изменения численности беременных туберкулезом в Красноярском крае и их социально-гигиенического статуса // Рос. вестн. акушера-гинеколога. 2014. Т. 14, № 5. С. 75–79.
2. Глазкова И.В., Волкова Е.Н., Молчанова Л.Ф. Факторы риска развития туберкулеза у женщин репродуктивного возраста // Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2010. № 4. С. 23–26.
3. Жученко О.Г., Габарник А.Е., Курносова И.С., Айдамирова Р.М., Зангиева З.А. Репродуктивное здоровье у женщин при туберкулезе // Туберкулез и болезни легких. 2011. Т. 88, № 4. С. 148.
4. Жученко О.Г., Радзинский В.Е. Репродуктивное здоровье женщин с легочным и урогенитальным туберкулезом // Проблемы туберкулеза. 2004. № 7 С. 58–62.
5. Калачёва Г.А., Довгополюк Е.С., Мордык А.В., Плеханова М.А., Ситникова С.В., Кондрья А.В., Николаева И.И. Эпидемиологическая ситуация сочетанной патологии ВИЧ-инфекции, туберкулеза и наркомании в Сибирском федеральном округе // Сиб. мед. обозрение. 2011. Т. 72, № 6. С. 40–44.
6. Клинышкова Т.В., Мордык А.В., Яковлева А.А. О роли генитального туберкулеза при женском бесплодии // Вестн. Новосиб. гос. ун-та. Сер. Биология, клиническая медицина. 2011. Т. 9, № 2. С. 255–256.
7. Кравченко Е.Н., Мордык А.В., Валеева Г.А., Пузырева Л.В. Особенности течения беременности у женщин с туберкулезом в анамнезе // Жизнь без опасности. Здоровье. Профилактика. Долголетие. 2014. № 1. С. 70–76.
8. Кульчавеня Е.В., Рейхруд А.Т. Туберкулез и беременность // Медицина и образование в Сибири. 2014. № 6. С. 20–25.
9. Мордык А.В., Пузырева Л.В., Аксютин А.П. Современные международные и национальные концепции борьбы с туберкулезом // Дальневосточ. журн. инфекц. патологии. 2013. Т. 22, № 22. С. 92–97.
10. Мордык А.В., Кравченко Е.Н., Валеева Г.А., Пузырева Л.В. Особенности течения туберкулеза на фоне беременности // Кубан. науч. мед. вестник. 2014. № 2 (144). С. 87–91.
11. Мордык А.В., Пузырева Л.В., Подкопаева Т.Г. Социальный статус пациентов противотуберкулезного диспансера и его влияние на отношение к лечению // Социология медицины. 2011. № 2. С. 44–47.
12. Нецаева О.Б., Кожекина Н.В. Туберкулез у женщин детородного возраста в Свердловской области // Рос. мед. журнал. 2009. № 1. С. 6–8.
13. Нецаева О.Б., Эйсмонт Н.В. Влияние ВИЧ-инфекции на эпидемическую ситуацию по туберкулезу в Российской Федерации // Мед. алфавит. Эпидемиология и гигиена. 2012. № 4. С. 8–14.
14. Сафонов А.Д., Копылова И.Ф., Конончук О.Н., Краснов А.В., Матущенко А.А., Шулькина Е.К. Анализ эпидемиологических особенностей сочетанной формы туберкулеза и ВИЧ-инфекции на территориях, существенно отличающихся уровнем пораженности населения вирусом иммунодефицита человека // Омский науч. вестн. 2006. Т. 3, № 37, ч. III. С. 228–234.
15. Солodников В.В. Социология социально-дезадаптированной семьи. СПб.: Питер, 2007. 384 с.
16. Солodников В.В., Панкратовой Н.В. Социально дезадаптированная семья в контексте общественного мнения // Социол. исследования. 2004. № 6. С. 23–26.
17. Шмельков А.В. Генитальный туберкулез как одна из причин женского бесплодия // Вестн. РГМУ. 2006. С. 149.
18. Khanna A., Agrawal A. Markers of genital tuberculosis in infertility // Singapore Med. J. 2011. V. 52, № 12. P. 864–867.
19. Mondal S.K., Dutta T.K. A ten year clinicopathological study of female genital tuberculosis and impact on fertility // JNMA J. Nepal. Med. Assoc. 2009. V. 48, № 173. P. 52–57.

Поступила в редакцию 18.05.2015 г.

Утверждена к печати 13.11.2015 г.

Мордык Анна Владимировна (✉) – д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой фтизиатрии и фтизиохирургии ОГМУ (г. Омск).

Валеева Галина Александровна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии последипломного образования ОГМУ (г. Омск).

Яковлева Анастасия Алексеевна – канд. мед. наук, врач-гинеколог КППД № 4 (г. Омск).

Пузырёва Лариса Владимировна – канд. мед. наук, ассистент кафедры фтизиатрии и фтизиохирургии ОГМУ (г. Омск), зав. отделением для больных туберкулезом органов дыхания № 2 КППД № 4 (г. Омск).

✉ Мордык Анна Владимировна, тел. 8 (3812) 40-45-15; e-mail: amordik@mail.ru

THE SOCIAL AND CLINICAL CHARACTERISTIC OF PATIENTS WITH THE ISOLATED GENITAL TUBERCULOSIS ASSOCIATED WITH INFERTILITY, THE ACTIVE AND CLINICALLY CURED TUBERCULOSIS OF RESPIRATORY ORGANS IN COMBINATION WITH PREGNANCY

Mordyk A.V.¹, Valeyeva G.A.¹, Yakovleva A.A.^{1,2}, Puzyreva L.V.^{1,2}

¹ Omsk State Medical University, Omsk, Russian Federation

² Clinical Antitubercular Clinic no. 4, Omsk, Russian Federation

ABSTRACT

Due to the high incidence of tuberculosis of women of reproductive age research at 270 patients was conducted. The group of research included women with infertility and genital tuberculosis, pregnant women with active tuberculosis of lungs, pregnant women with clinically cured tuberculosis of respiratory organs. Pregnant women with tuberculosis of lungs were more often from sociopathic families, had venereal diseases, HIV infection, hepatitises.

KEY WORDS: tuberculosis of lungs, clinical treatment of tuberculosis, pregnancy, infertility, genital tuberculosis, social factors.

Bulletin of Siberian Medicine, 2015, vol. 14, no. 6, pp. 48–53

References

- Vetushenko S.A., Zaharova T.G. Rezul'taty issledovaniya izmeneniya chislennosti beremennyh tuberkulezom v Krasnojarskom krae i ih social'no-gigienicheskogo statusa [Results of the study changes in the number of pregnant women with tuberculosis in the Krasnoyarsk region and social and hygienic status]. *Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa*, 2014, vol. 14, no. 5, pp. 75–79 (in Russian).
- Glazkova I.V., Volkova E.N., Molchanova L.F. Faktory riska razvitiya tuberkuleza u zhenshhin reproduktivnogo vozrasta [Risk factors for tuberculosis in women of reproductive age]. *Problemy tuberkuleza i boleznej legkih – Problems of Tuberculosis and Lung Diseases*, 2010, no. 4, pp. 23–26 (in Russian).
- Zhuchenko O.G., Gabarnik A.E., Kurnosova I.S., Ajdamirova R.M., Zangieva Z.A. Reproduktivnoe zdorov'e u zhenshhin pri tuberkuleze [Reproductive health in women with tuberculosis]. *Tuberkulez i bolezni legkih – Tuberculosis and Lung Diseases*, 2011, vol. 88, no. 4, pp. 148 (in Russian).
- Zhuchenko O.G., Radzinsky V.Ye. Reproduktivnoe zdorov'e zhenshhin s ljogochnym i urogenitel'nym tuberkulyozom [Reproductive health of women with pulmonary tuberculosis and urogenitalny]. *Problemy tuberkuleza*, 2004, no. 7, pp. 58–62.
- Kalachyova G.A., Dovgopolyuk Ye.S., Mordyk A.V., Plekhanova M.A., Sitnikova S.V., Kondrya A.V., Nikolaeva I.I. Epidemiologicheskaya situatsiya sochetannoy patologii VICH-infekcii, tuberkuleza i narkomanii v Sibirskom federal'nom okruge [The epidemiological situation of comorbidity of HIV, tuberculosis and drug addiction in the Siberian Federal District]. *Sibirskoe medicinskoe obozrenie – Siberian Medical Review*, 2011, vol. 72, no. 6, pp. 40–44 (in Russian).
- Klinyshkova T.V., Mordyk A.V., Yakovleva A.A. O roli genital'nogo tuberkuleza pri zhenskom besplodii [On the role of genital tuberculosis in female infertility]. *Vestnik Novosibirskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Biologiya, klinicheskaya meditsina – Bulletin of the Novosibirsk State University. Series: Biology, Clinical Medicine*, 2011, vol. 9, no. 2, pp. 255–256 (in Russian).
- Kravchenko Ye.N., Mordyk A.V., Valeyeva G.A., Puzyreva L.V. Osobennosti techeniya beremennosti u zhenshhin s tuberkulezom v anamneze [Features of pregnancy in women with a history of tuberculosis]. *Zhizn' bez opasnostej. Zdorov'e. Profilaktika. Dolgoletie*, 2014, no. 1, pp. 70–76 (in Russian).
- Kul'chavenja E.V., Rejhrud A.T. Tuberkulez i beremennost' [Tuberculosis and pregnancy]. *Medicina i obrazovanie v Sibiri – Medicine and Education in Siberia*, 2014, no. 6, pp. 20–25 (in Russian).

9. Mordyk A.V., Puzyreva L.V., Aksyutina L.P. Sovremennye mezhdunarodnye i nacional'nye koncepcii bor'by s tuberkulezom [The modern concept of international and national TB]. *Dal'nevostochnyi zhurnal infekcionnoy patologii*, 2013, vol. 22, no 22, pp. 92–97 (in Russian).
10. Mordyk A.V., Kravchenko Ye.N., Valeyeva G.A., Puzyreva L.V. Osobennosti techeniya tuberkuleza na fone beremennosti [Peculiarities of tuberculosis on the background of pregnancy]. *Kubanskiy nauchnyy medicinskiy vestnik*, 2014, no. 2 (144), pp. 87–91 (in Russian).
11. Mordyk A.V., Puzyreva L.V., Podkopaeva T.G. Sotsial'nyy status patsientov protivotuberkuleznogo dispansera i ego vliyaniye na otnosheniye k lecheniyu [Social status of patients of an antitubercular clinic and its influence on the relation to treatment]. *Sotsiologiya meditsiny*, 2011, no. 2, pp. 44–47 (in Russian).
12. Nechaeva O.B., Kozhekina N.V. Tuberkulez u zhenshin detородного vozrasta v Sverdlovskoy oblasti [Tuberculosis in women of childbearing age in the Sverdlovsk Region]. *Rossiyskiy medicinskiy zhurnal – Russian Medical Journal*, 2009, no. 1, pp. 6–8 (in Russian).
13. Nechaeva O.B., Ejsmont N.V. Vliyaniye VICH-infekcii na epidemicheskuyu situatsiyu po tuberkulezu v Rossiyskoy Federatsii [The impact of HIV on the tuberculosis epidemic situation in the Russian Federation]. *Medicinskiy alfavit. Epidemiologiya i gigena*, 2012, no. 4, pp. 8–14 (in Russian).
14. Safonov A.D., Kopylova I.F., Kononchuk O.N., Krasnov A.V., Matushenko A.A., Shul'kina E.K. Analiz epidemiologicheskikh osobennostey sochetannoy formy tuberkuleza i VICH-infekcii na territoriyah, sushhestvenno otlichayushihsiya urovнем porazhennosti naseleniya virusom immunodefitsita cheloveka [Analysis of epidemiological characteristics of combined TB and HIV in the territories that are significantly different levels of the people affected by human immunodeficiency virus]. *Omskiy nauchnyy vestnik*, 2006, vol. 3, no. 37. part III, pp. 228–234 (in Russian).
15. Solodnikov V.V. Sociologiya social'no-dezadaptirovannoy sem'i [Sociology of social and maladjusted family]. St. Petersburg, Piter Publ., 2007. 384 p. (in Russian)
16. Solodnikov V.V., Pankratovoj N.V. Social'no dezadaptirovannaya sem'ya v kontekste obshhestvennogo mneniya [Marginalized family in the context of public opinion]. *Sociologicheskie issledovaniya – Sociological Studies*, 2004, no. 6, pp. 23–26 (in Russian).
17. Shmel'kov A.V. Genital'nyy tuberkulez kak odna iz prichin zhenskogo besplodiya [Genital tuberculosis as a cause of female infertility]. *Vestnik RGMU (Vestnik Rossiyskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta – Bulletin of Russian State Medical University)*, 2006, pp. 149 (in Russian).

Mordyk Anna V. (✉), Omsk State Medical University, Omsk, Russian Federation.

Valeyeva Galina A., Omsk State Medical University, Omsk, Russian Federation.

Yakovleva Anastasia A., Clinical Antitubercular Clinic no. 4, Omsk, Russian Federation.

Puzyreva Larisa V., Omsk State Medical University, Clinical Antitubercular Clinic no. 4, Omsk, Russian Federation.

✉ Mordyk Anna V., Ph. +7 (3812) 40-45-15; e-mail: amordik@mail.ru