

19. Human cytomegalovirus infection in infants with prolonged neonatal jaundice / D. Goedhals, J. Kriel, M.L. Hertzog [et al.] // J.Clin. Virol. – 2008. – Vol. 43, Iss. 2. – P. 216-218.
20. Karim, B. Cholestatic jaundice during infancy: experience at a tertiary-care center in Bangladesh / B. Karim, M. Kamal // Indian J. Gastroenterology. – 2005. – Vol. 24. – P. 52-54.
21. Robinson, D. T. Parenteral nutrition-associated cholestasis in small for gestational age infants / D. T. Robinson, R. A. Ehrenkranz // J. Pediatr. – 2008. – Vol. 152, Iss. 1. – P. 59-62.
22. Role of some viral infections in neonatal cholestasis / O. T. Amer, H. A. Abd El-Rahma, L.M. Sherief [et al.] // Egypt. J.Immunol. – 2004. – Vol. 11, Iss. 2. – P. 149-155.
23. Vertical transmission of hepatitis C virus: systematic review and meta-analysis / L. Benova, Y.A. Mohamoud, C. Calvert [et al.] // Clin. Infect. Dis. – 2014. – Vol. 59, Iss. 6. – P. 765-773.
24. Xiao, S.-Y. Fibrosing Cholestatic Hepatitis: Clinicopathologic Spectrum, Diagnosis and Pathogenesis / S.-Y. Xiao, L. Lu, H L. Wang // J. Clin. Exp. Pathol. – 2008. – Vol. 1, Iss. 5. – P. 396-402.
25. Yang, S.L. Clinical characteristics of primary Epstein Barr virus hepatitis with elevation of alkaline phosphatase and  $\gamma$ -glutamyltransferase in children / S. I. Yang, J. H. Geong, J. Y. Kim // Yonsei. Med. J. – 2014. – Vol. 55, Iss. 1. – P. 107-112.

.....

## К ВОПРОСУ О ГРУППАХ РИСКА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

УДК 618.31.07.-616-002.5

**Д.В. Хлопотова, Е.В. Сабадаш, Н.Н. Степанов, Б.И. Новиков,  
М.А. Черненко, А.А. Шмакова**

*Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация;  
Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии — филиал НМИЦ ФПИ, г.  
Екатеринбург, Российская Федерация.*

Выявление потенциальных факторов риска развития внематочной беременности стало предметом интенсивного обсуждения. В исследовании изучена частота и предрасполагающие факторы внематочной беременности у пациенток с туберкулезом легочной и внелегочной локализации. Установлено, что у пациенток с туберкулезом легочной и внелегочной локализации гинекологическая патология встречается в 67 и 70% случаев соответственно. Внематочная беременность у пациенток со спондилитом туберкулезной этиологии наблюдалась в 19% случаев, с легочным туберкулезом — в 5% случаев, что существенно выше, чем среди женщин фертильного возраста, не болеющих туберкулезом. Пациентки со специфическим спондилитом должны быть включены в группу высокого риска внематочной беременности.

**Ключевые слова:** внематочная беременность, туберкулез легочной и внелегочной локализации.

## TO THE QUESTION OF RISK GROUPS OF ECTOPIC PREGNANCY IN PATIENTS WITH TUBERCULOSIS

**D.V. Khlopotova, E.V. Sabadash, N.N. Stepanov,  
B.I. Novikov, M.A. Chernenko, A.A. Shmakova**

*Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation;  
Ural Research Institute of Phthisiopulmonology — a branch of the Scientific Research Center for FPI,  
Yekaterinburg, Russian Federation.*

The identification of potential risk factors for ectopic pregnancy has been the subject of intense discussion. The study examined the frequency and predisposing factors of ectopic pregnancy in patients with pulmonary and extrapulmonary tuberculosis. It was found that in patients with pulmonary and extrapulmonary tuberculosis, gynecological pathology occurs in 67 and 70% of cases, respectively. Ectopic pregnancy in patients with spondylitis of tuberculous etiology was observed in 19% of cases, with pulmonary tuberculosis in 5% of cases, which is significantly higher than among women of childbearing age who do not have tuberculosis. Patients with specific spondylitis should be included in the high-risk group for ectopic pregnancy.

**Keywords:** ectopic pregnancy, pulmonary and extrapulmonary tuberculosis.

### Введение

На сегодняшний день выявление потенциальных факторов риска развития внематочной беременности стало предметом интенсивного обсуждения. Внематочная беременность встречается в 1-2% случаев всех беременностей и считается самым распространенным и серьезным осложнением [3, 5, 7]. Основными причинами развития внематочной беременности являются: возраст старше 35 лет, курение, внематочная беременность и генитальная хирургия в прошлом, воспалительные заболевания органов малого таза (вульвит, сальпингит и оофорит), наличие эндометриоза и эрозии шейки матки, нарушение менструального цикла (по типу олиго- или

дисменорея), маточные и вагинальные кровотечения, психические расстройства (депрессия, тревога и расстройство адаптации) и инфекция органов малого таза — хламидия трахоматис, гонококки, ниссерия, микоплазма и шистосомоз [3, 7]. При этом туберкулезную инфекцию традиционно не считают лидирующей в этиологии внематочной беременности, несмотря на то, что у пациенток с туберкулезом генитальный туберкулез диагностируется в 10-30% случаев [1, 2, 4, 6].

### Цель исследования

Определить частоту внематочной беременности у пациенток с туберкулезом легочной и внелегочной локализации.

### Материалы и методы

С помощью специально разработанной анкеты проведен опрос пациенток клиники Уральского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии — филиала ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России в возрасте 18-35 лет. При анкетировании учитывались факторы, определяющие отягощенность гинекологического анамнеза. Женщины были распределены по группам, по 30 человек в каждой. Первая группа — пациентки с туберкулезом легких, длительностью не более 1 года, вторая группа — со спондилитом туберкулезной этиологии, длительностью не более 2 лет. На момент исследования все пациентки проходили курс лечения туберкулеза. Статистическая обработка данных Microsoft Excel, результаты статистически значимы при  $p < 0,05$ .

### Результаты и обсуждение

При анализе результатов анкетирования выявлено, что в первой и второй группах жалобы по поводу гинекологического заболевания в большинстве случаев отсутствовали (в 1 группе — 65%, во 2 группе — у 73%) ( $p < 0,01$ ). Пациентки обеих групп не считали обязательным ежегодное профилактическое наблюдение у акушера-гинеколога и не состояли на диспансерном учете. В первой группе только 59% посещали акушера-гинеколога с профилактической целью один раз в год, а во 2 группе — 47%. В первой группе 67% пациенток указали на наличие гинекологических заболеваний, среди которых: нарушение менструального цикла — 68%, эрозия шейки матки — 45% и миома матки — 34%. Во второй группе гинекологическая патология наблюдалась у 70%, среди которой в подавляющем большинстве случаев было первичное и вторичное бесплодие

— 90%, хронические воспалительные заболевания органов малого таза — 26,6%, нарушение менструального цикла — 20%. Таким образом, у пациенток первой и второй групп имелись predisposing факторы развития внематочной беременности, но структура гинекологической патологии в группах отличалась. Важно подчеркнуть, что частота внематочной беременности у пациенток с туберкулезом, по данным нашего исследования, существенно выше, чем в среднем у женщин фертильного возраста (1%) [3] и в группе со спондилитом туберкулезной этиологии составила 19%, а в группе с легочным туберкулезом — 5%. Можно предположить, что наличие специфического спондилита у пациенток фертильного возраста является одним из predisposing факторов высокого риска внематочной беременности, при этом женщины с внематочной беременностью в анамнезе нуждаются в наблюдении фтизиатра и фтизиогинеколога с целью своевременной диагностики туберкулеза.

### Выводы

1. У пациенток с туберкулезом легочной и внелегочной локализации гинекологическая патология встречается в 67 и 70% случаев соответственно.

2. Внематочная беременность у пациенток со спондилитом туберкулезной этиологии наблюдалась в 19% случаев, с легочным туберкулезом — в 5% случаев, что существенно выше, чем среди женщин фертильного возраста, не болеющих туберкулезом.

3. Нам представляется целесообразным рассмотреть вопрос о возможности включения пациенток со спондилитом туберкулезной этиологии в группу повышенного риска внематочной беременности.

### Литература

1. Глазкина, Е. И. Генитальный туберкулез в Тульской области / Е. И. Глазкина // Вестник новых медицинских технологий. – 2018. – № 3. – С. 71-75.
2. Калиева, Л. К. Туберкулез половых органов как очаговое проявление генерализованного туберкулеза / Л. К. Калиева, Р. А. Алтаева, Г. М. Аденова // Вестник КазНМУ. – 2015. – № 4. – С. 313-315.
3. Современные данные относительно вопросов этиологии, диагностики и патологического влияния трубной формы внематочной беременности на репродуктивное здоровье женщины / Н. Д. Мухиддинов, М. М. Исмоилов, А. В. Гулин и др. // Вестник ТГУ. – 2017. – Т.22. – С.1654-1657.
4. Female genital tuberculosis cases with distinct clinical symptoms: Four case reports / G. Aslan, M. Ulger, S. T. Ulger et al. // Int. J. Reprod Biomed (Yazd) – 2018. – № 16(1). – С.57-60.
5. Danielle, M. P. Incidence, diagnosis and management of tubal and nontubal ectopic pregnancies: a review / M. P. Danielle, H. P. Catherine, C. B. Paula // Fertil Res Pract. – 2015. – № 1. – С. 15.
6. Genital tuberculosis in females / G. Grace, D. Angeline, Bella Devaleenal, M Natrajan // The Indian journal of medical research. – 2017. – № 145(4). – С.425-436.
7. Jacob L. Risk factors for ectopic pregnancy in Germany: a retrospective study of 100,197 patients / L. Jacob, M. Kalder, K. Kostev // Ger Med Sci. – 2017.

Адрес для переписки: n.n.stepanov94@mail.ru