

УДК: 616-002.5+616.98:578.828:614.2

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА

¹Е.В.Шевырева, ²А.К.Иванов, ³В.С.Лучкевич, ³Н.А.Скрынник¹Противотуберкулезный диспансер № 12 Адмиралтейского района, Санкт-Петербург, Россия²Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизио-пульмонологии МЗ России, Россия³Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH COMBINED TB/HIV INFECTION TREATED AT AN INPATIENT DAY-TIME CLINIC OF TB DISPENSARY

¹E.V.Shevyreva, ²A.K.Ivanov, ³V.S.Luchkevich, ³N.A.Skrynnik¹Tuberculosis dispenser № 12 Admiralteyskiy region, Saint-Petersburg, Russia²Scientific Research Institute of Phthysiopulmonology, Saint-Petersburg, Russia³North-Western State Medical University named after I.I.Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia

© Коллектив авторов, 2014 г.

С целью оценки эффективности лечения больных с сочетанной инфекцией рассмотрены 424 случая заболевания активным туберкулезным процессом. Проведен сравнительный анализ показателей больных с микст-инфекцией (ТБ и ВИЧ-инфекция) (97) и больных туберкулезом (327). Госпитализация в ДС ПТД больных с микст-инфекцией обусловлена не столько проведением основного курса лечения (42,3%) больных туберкулезом (74,9%), сколько продолжением лечения после стационара (47,4%) и ожиданием очереди до поступления в стационар (9,3%). Больные с микст-инфекцией в 4 раза чаще страдали туберкулезом ВГЛУ (18,6% против 4,9%) и у них чаще выявлены маркеры хронических вирусных гепатитов (82,5% против 4,9%). Больные туберкулезом и ВИЧ-инфекцией оказались наиболее социально дезадаптированными, а эффективность лечения их на одну треть меньше, чем у больных туберкулезом. Дневной стационар позволяет увеличить длительность контролируемой терапии даже по сравнению со стационаром ($137,7 \pm 9,07$ вместо $88,6 \pm 12,4$ и дней; $p < 0,001$).

Ключевые слова: туберкулез, ВИЧ-инфекция, дневной стационар.

To assess the efficiency of therapy for combined TB/HIV infection, 424 clinical cases were reviewed, including 97 mixed TB/HIV cases and 327 pure TB cases. Mixed-infection patients hospitalization to day-time clinic was caused not as much by the need for primary therapy for TB (42,3%) as by the continuation of treatment after discharge from a TB hospital and by waiting in queue for admittance to a TB hospital. The prevalence of intrathoracic lymph node TB was 4 times higher in mixed TB/HIV (18,6 vs. 4,9%), and chronic viral hepatitis marker were found in these patients more often (82,5% vs. 4,9%). Mixed patients were the most socially handicapped, and the efficacy of treatment of such cases proved to be by one third lower compared with pure TB patients. The day-time inpatient clinic make it possible to increase the duration of controlled therapy even compared with a stationary hospital ($137,7 \pm 9,07$ days vs. $88,6 \pm 12,4$ days, $p < 0,001$).

Key words: tuberculosis, AIDS, day hospital.

Введение. Увеличение заболеваемости туберкулезом среди больных с ВИЧ-инфекцией отмечено с 2004 года и к 2010 году доля ВИЧ-положительных больных туберкулезом в гражданском секторе здравоохранения достигла 6,0%, а с учетом пенитенциарных учреждений доля таких больных соответствует 6,8% [1, 2].

В период структурных преобразований медицинской помощи населению важным условием реформирования здравоохранения в России является внедрение ресурсосберегающих стационарзамеща-

ющих технологий [3, 4]. Создание отделений и палат дневного пребывания при противотуберкулезных диспансерах становится перспективным направлением в организации контролируемого лечения больных туберкулезом [5, 6]. В то же время число больных активным туберкулезом, которые отказываются от стационарного лечения, ежегодно увеличивается и основной причиной этому являются социально-экономические условия [7]. Ранние выписки из стационара больных с микст-инфекцией обусловлены их асоциальным поведением и низкой приверженно-

стью к лечению, что, несомненно, влияет на эффективность лечения туберкулеза у этой группы больных [8, 9, 10]. Другие социально-значимые заболевания, к которым относятся венерические болезни, расстройства психики и наркозависимость, регистрируются у больных с микст-инфекцией в 60–70% [11].

Больные туберкулезом и ВИЧ-инфекцией в большинстве случаев страдают и другими инфекционными заболеваниями, особенно хроническими вирусными гепатитами (до 80%), которые снижают эффективность лечения туберкулеза и ухудшают прогноз болезни [12, 13, 14, 15].

Целью исследования является повышение эффективности лечения больных сочетанной инфекцией.

Материал и методы исследования. За пятилетний период (2007–2011 гг.) в дневном стационаре (ДС) ПТД № 12 получили лечение 424 больных туберкулезом с активным процессом. В работе проведен сравнительный анализ между больными с активным туберкулезом и ВИЧ-инфекцией (97), которые составили основную группу (ОГ) больных, и ВИЧ-негативными больными с активным туберкулезом (327), вошедшими в группу сравнения (ГС).

Статистическая обработка результатов была осуществлена с использованием пакета прикладных программ SPSS-13.0 для Windows. Критерием статистической достоверности считалась общепринятая величина $p < 0,05$. Статистический анализ заключался в вычислении среднего арифметического (M), его среднеквадратичного отклонения (s), стандартной ошибки средней (m).

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что число больных с впервые выявлен-

Следует отметить, что в дневном стационаре впервые выявленные пациенты (1-я ГДУ) составили большинство как в ОГ (76,3%), так и в ГС (83,8%). В то же время среди больных с хроническим течением туберкулеза (2-я ГДУ) больных ТБ и ВИЧ-инфекцией оказалось в 1,7 раза больше.

Как следует из таблицы 2, ДС стал местом проведения полного основного курса противотуберкулезной терапии только у 42,3% больных ОГ, в то время как больные ГС (74,9%) достоверно чаще направлялись в дневной стационар для проведения основного курса лечения ($p < 0,001$). Важно отметить, что 47,4% больных ОГ продолжили основной курс лечения в ДС после туберкулезной больницы. В ГС доля таких больных составила только одну пятую часть (21,7%), что оказалось в 2,2 раза меньше, чем среди больных ОГ ($p < 0,01$). При этом больные ОГ в половине (47,8%) случаев лечились в стационаре меньше двух месяцев и были выписаны из больницы в связи с самовольным прекращением лечения. Это обусловлено как низким социальным статусом этих больных, так и слабой приверженностью к лечению. В то же время в ГС доля больных туберкулезом, пролечившихся в стационаре менее двух месяцев, оказалась в 4,2 раза меньше и составила только 11,3%, что достоверно меньше по сравнению с ОГ больных ($p < 0,03$).

Таким образом, для больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией (ОГ) основной курс лечения чаще начинался в круглосуточном туберкулезном стационаре. В то же время продолжение основного курса лечения (после стационара) в ДС оказалось более частым у больных основной группы, чем у больных из группы сравнения.

Таблица 1
Доля больных с микст-инфекцией (туберкулез + ВИЧ-инфекция) среди больных активным туберкулезом в Адмиралтейском районе СПб (2006–2012 гг.)

	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Доля больных с ВИЧ-инфекцией среди впервые выявленных больных туберкулезом	3	3,4	12	16,4	14	17,5	6	16,7	6	8,3	11	11,8	14	21,5
Доля больных с ВИЧ-инфекцией среди больных активным туберкулезом (1-я и 2-я группы диспансерного учета)	11	4,6	20	8,8	22	10,1	21	14,0	21	10,2	24	11,4	48	18,1

ным туберкулезом и ВИЧ-инфекцией с 2006 по 2011 годы в Адмиралтейском районе Санкт-Петербурга увеличилось в 4,9 раза (табл. 1). В то же время за этот период только в 3 раза увеличилось число больных активным туберкулезом и ВИЧ-инфекцией среди лиц, находящихся под наблюдением в 1-й и 2-й группах диспансерного учета.

В обеих группах больных преобладали лица с туберкулезом органов дыхания (ОГ — 94,8%; ГС — 97,9%). При этом среди легочных проявлений туберкулезного процесса в обеих группах преобладал инфильтративный туберкулез, 64,9% и 66,1% соответственно (табл. 3). Важно отметить, что у больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией (ОГ) туберкулез

внутригрудных лимфатических узлов встречался в 3,8 раза чаще, чем у больных ГС (18,6% против 4,9%). В то же время диссеминированный и очаговый туберкулез легких чаще определяли у ВИЧ-негативных больных (ГС), чем у больных с микст-инфекцией (ОГ). Деструктивные изменения в легких зафиксированы только у четвертой части больных обеих групп, у больных ОГ в 22,8% случаев и в ГС у 26,6% больных, то есть несколько чаще у ВИЧ-не-

Осложненное течение туберкулеза имело место у 17,5% больных в ОГ, и только у 7,0% больных ГС, что в 2,5 раза реже. Чаще всего осложнением легочного процесса были плеврит, который встречался в 3 раза чаще у больных с микст-инфекцией (10,3%), чем у больных с туберкулезом (3,1%), и туберкулезом бронхов (4,1% и 2,1% соответственно).

Необходимо обратить внимание, что одна пятая часть больных ОГ (21,6%) не наблюдались инфек-

Таблица 2
Больные активным туберкулезом основной группы и группы сравнения, направленные на лечение в дневной стационар ПТД № 12 (2007–2011 гг.)

Основная цель направления в дневной стационар	Основная группа, n=97		Группа сравнения, n=327		Все больные, n=424	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Проведение основного курса лечения (ОКЛ)	41	42,3	245	74,9	286	67,5
Продолжение ОКЛ после стационара или санатория:	46	47,4	71	21,7	117	27,6
(ОКЛ составил менее 2-х месяцев)	22	47,8	8	11,3	30	25,6
Ожидание очереди на госпитализацию и начало ОКЛ в амбулаторных условиях	9	9,3	—	—	9	2,1
Лечение в послеоперационном периоде	1	1,0	11	3,4	12	2,8

Таблица 3
Клинические формы туберкулеза в группах исследования

Клинические формы туберкулеза	Основная группа, n=97		Группа сравнения, n=327		Все больные, n=424	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Туберкулез органов дыхания	92	94,8	320	97,9	412	97,2
Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов	18	18,6	16	4,9	34	8,0
Диссеминированный	6	6,2	35	10,7	41	9,7
Очаговый	3	3,1	21	6,4	24	5,7
Инфильтративный	63	64,9	216	66,1	279	65,8
Туберкулёма	—	—	8	2,4	8	1,9
Фиброзно-кавернозный	—	—	13	3,9	13	3,1
Цирротический	—	—	5	1,5	5	1,2
Плеврит, эмпиема	2	2,1	5	1,5	7	1,7
Туберкулез бронхов	—	—	1	0,3	1	0,2
Внелегочные формы туберкулеза	5	5,2	7	2,1	12	2,8

гативных больных туберкулезом. При этом возбудители туберкулеза (МБТ) в большинстве случаев были обнаружены только методами посева на жидкие или твердые среды, сведения о которых были получены через 1,5–2,5 месяца от начала лечения в ДС, что уже не могло служить основанием для перевода больных в госпиталь.

Тем не менее, у больных ОГ выделение МБТ было зарегистрировано в 1,2 раза чаще, чем у больных ГС (18,5% против 15,6%). Множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) среди больных ТБ и ВИЧ-инфекцией (ОГ) выявлена у каждого десятого (11,9%), что оказалось в 1,4 раза чаще, чем у больных ГС.

ционистом. В то же время среди больных, которые наблюдались инфекционистами, антиретровирусную терапию получали 25 (32,9%) больных, то есть только одна треть больных ОГ. В то же время у большинства больных ОГ (78,4%) имела место 4Б стадия ВИЧ-инфекции. При этом средний уровень клеток CD4+ составил $348,84 \pm 38,92$ кл/мл. У 44,7% (34 из 76) больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией (ОГ), состоящих на учете у инфекциониста, имели место ВИЧ-ассоциированные заболевания. Чаще всего наблюдался орофарингеальный кандидоз (31,6%; 24 из 76), вирусные инфекции отмечены в 18,4% (14 из 76) случаев, цитомегаловирусная инфекция установлена у 10,5% (8 из 76) больных. По-

лученные данные свидетельствуют о том, что у больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией в ДС ПТД кандидоз выявляется почти в 2 раза реже, чем у больных с ВИЧ-инфекцией в 4Б стадии в Санкт-Петербурге (54,6–70,0%). Цитомегаловирусная инфекция у больных основной группы ДС ПТД выявлялась несколько чаще, чем по данным городского бюро статистики (1,0–8,3%).

Хронические вирусные гепатиты имели место у каждого четвертого больного туберкулезом в ДС ПТД (табл. 4). При этом установлено, что у больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией (ОГ) вирусные ге-

оказалось почти в 2 раза меньше (23,7% против 46,5%; $p < 0,03$). Несмотря на относительно молодой возраст больных ОГ, они в 2,3 раза чаще были признаны инвалидами.

Обращает внимание, что среди не работающих лиц ОГ женщин оказалось в 1,3 раза больше, чем мужчин. Таких мужчин было более чем в 1,5 раза больше в ОГ, чем ГС, а среди женщин различие достигает почти двойной кратности ($p < 0,01$).

У одной трети (31 из 97) больных ОГ имел место тюремный анамнез, и почти половина (48,4%) из них находились в местах лишения свободы более одного

Таблица 4

Вирусные гепатиты у больных основной группы и группы сравнения в дневном стационаре

Гепатиты	Основная группа, n=97		Группа сравнения, n=327		Все больные, n=424	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Хронический вирусный гепатит С	63	78,8	27	8,3	90	77,6
Хронический вирусный гепатит С+В	17	21,2	3	0,9	20	17,2
Хронический вирусный гепатит В	—	—	6	1,8	6	5,2
Всего	80	82,5	36	11,0	116	28,2

патиты встречались достоверно чаще, чем в ГС (82,5% против 11,3%; $p < 0,001$). Наиболее часто регистрировали хронический вирусный гепатит С как у больных ОГ, так и в ГС (78,8% и 75%). В то же время одновременное выявление маркеров вирусов гепатита В и С у больных ОГ отмечено у каждого пятого (21,6%), а среди больных ГС только в 8,3% случаев, что в 2,6 раза реже.

Таким образом, вирусные гепатиты у больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией (ОГ) обнаружены у большинства из них, что является отражением общей тенденции у больных с ВИЧ/СПИДом, у которых заражение ВИЧ и вирусами гепатитов, в большинстве случаев, происходит парентеральным путем.

В то же время больные ГС имели тюремный анамнез только в 5,2% (17 из 327), что в 6 раз реже ($p < 0,02$). Две трети (66%) больных ОГ являлись потребителями инъекционных наркотиков (ПИН). Одна треть из них продолжали употреблять наркотические средства в период прохождения лечения в ДС.

Большая часть пациентов ДС получали противотуберкулезную терапию по I или III режиму. В случаях, когда у больных определяли МБТ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ), терапия проводилась по IV режиму. Больным туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, которым была назначена АРВТ, противотуберкулезная терапия проводилась по индивидуальному режиму.

Таблица 5

Социальный статус больных основной группы и группы сравнения дневного стационара ПТД № 12 (2007–2011 гг.)

Социальный статус	Основная группа						Группа сравнения					
	мужчины		женщины		всего		мужчины		женщины		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Работают	14	23,3	9	24,3	23	23,7	84	49,4	68	43,3	152	46,5
Не работают	32	53,3	25	67,6	57	58,8	57	33,5	57	36,3	114	34,9
Инвалиды	14	23,3	3	8,1	17	17,5	11	6,5	14	8,9	25	7,6
Пенсионеры	—	—	—	—	—	—	5	2,9	13	8,3	18	5,5
Учащиеся и студенты	—	—	—	—	—	—	13	7,6	5	3,2	18	5,5
Всего	60	61,9	37	38,1	97	100,0	170	52,0	157	48,0	327	100,0

Социальный статус больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией (ОГ) был значительно ниже, чем у больных в группе сравнения (табл. 5). В ОГ работающих лиц

Эффективность лечения по закрытию полостей распада у больных ОГ оказалась на 10,6% ниже, чем в ГС. У больных ОГ рентгенологически улучшение

было отмечено в 66,7% случаев, что оказалось в 1,4 раза меньше, чем у больных ГС (91,1%) (табл. 6).

Больные ОГ в 2,4 раза чаще, чем больные ГС, переводились для продолжения лечения в стационар (16,3% и 6,9% соответственно), что свидетельствует о нестабильном состоянии больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией. В этой группе больных с микст-

несколько ниже, чем у больных ГС. Сниженная эффективность лечения больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией по сравнению с больными туберкулезом обусловлена досрочным прекращением лечения ряда больных и меньшим сроком их пребывания в дневном стационаре ПТД. Проведение лечения в условиях дневного стационара ПТД по сравнению с туберкулезной

Таблица 6

Эффективность лечения туберкулеза органов дыхания у больных групп исследования в дневном стационаре

Градации результатов лечения	Основная группа		Группа сравнения	
	п	%	п	%
Улучшение, в том числе в зависимости от проведения АРВТ: противотуберкулезные препараты и АРВТ (23)	74	80,4	281	87,8
противотуберкулезные препараты без АРВТ (69)	20	86,9	—	—
	54	78,3	—	—
Без динамики клинических проявлений	9	9,8	22	6,9
Прогрессирование ТБ процесса	9	9,8	17	5,3
Всего больных	92	100,0	320	100,0

Таблица 7

Исходы микст-инфекции у больных групп исследования, получивших лечение в дневном стационаре в 2007–2010 гг.

Показатель	Основная группа		Группа сравнения		Все больные	
	п	%	п	%	N	%
Переведены в 3 ГДУ	32	54,2	162	72,6	194	68,8
Переведены во 2 ГДУ	10	16,9	28	12,6	38	13,5
Остаются в 1А ГДУ	3	5,1	12	5,4	15	5,3
Умерли:	8	13,6	5	2,2	13	4,6
от туберкулеза	2	25,0	2	40,0	4	30,8
от прогрессирования ВИЧ-инфекции	3	37,5	—	—	3	23,1
от других причин	3	37,5	3	60,0	6	46,1
Выбыли в другую территорию:	6	10,2	13	5,8	19	6,7
в т.ч. в МЛС (ФСИН)	6	10,2	—	—	6	31,6
Рецидив туберкулеза	—	—	3	1,3	3	1,0
Всего	59	100,0	223	100,0	282	100,0

инфекцией (ОГ) в 3,3 раза чаще (20,7% против 6,3%) зафиксировано прерывание лечения, что отрицательно сказывалось на эффективности проводимой терапии.

В то же время проведено сравнение по эффективности лечения таких же больных (18) в стационаре круглосуточного пребывания, прошедших лечение в 2007–2010 году. Средняя длительность лечения в туберкулезной больнице больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией с такими же формами туберкулеза оказалась достоверно меньше, чем длительность лечения в условиях ДС ПТД ($88,6 \pm 12,4$ и $137,7 \pm 9,07$ дней, соответственно; $p < 0,001$). При этом в условиях туберкулезной больницы больные досрочно прекращали лечение в 2,4 раза чаще, чем в ДС ПТД (50,0% и 20,7%, соответственно).

Таким образом, на фоне противотуберкулезной терапии, проводимой по стандартным режимам, эффективность лечения туберкулеза, у больных ОГ оказалась

больницей позволяет достоверно дольше проводить контролируемую противотуберкулезную терапию больным туберкулезом и ВИЧ-инфекцией.

Отдаленные результаты лечения 282 пациентов (59 из ОГ и 223 из ГС), которые в период с 2007 по 2010 год получали лечение в ДС в связи с активным туберкулезом легких выглядят следующим образом. Контрольным считался срок 2 года после выписки из ДС. Так, признаны клинически излеченными по туберкулезу и переведены в III ГДУ были 54,2% больных ОГ и 72,6% в ГС, то есть на 18% больше. В то же время больные туберкулезом и ВИЧ-инфекцией (ОГ) в 1,3 раза чаще, чем больные ГС, были переведены во II ГДУ и признаны больными с хроническим течением туберкулезного процесса (табл. 7).

К концу второго года наблюдения активный туберкулезный процесс, требующий интенсивной противотуберкулезной терапии (1А ГДУ), зарегистрирован у почти одинаковой части больных, которая

в ОГ больных составила 5,1 %, в ГС она оказалась равной 5,4 %.

В ОГ к концу второго года наблюдения умерло в 6,2 раза больше больных, чем в ГС (13,6% и 2,2% соответственно). При этом в 75% случаев причиной смерти у больных ОГ был не туберкулез, а прогрессирование ВИЧ-инфекции или несчастный случай, связанный с передозировкой наркотических препаратов. У 6,7% (19) больных результат лечения остался неизвестным, так как из ОГ больных 6 (10,2%) выбыли в учреждения ФСИН России, а 13 (5,8%) больных из ГС продолжили лечение в других регионах России.

У больных ОГ на протяжении двух лет наблюдения не было зарегистрировано рецидивов туберкулезного процесса, в то время как в ГС имели место три случая рецидива (1,3%), что может быть обусловлено большей летальностью и выходом наиболее тяжелых больных из наблюдения и статистики рецидивов.

Пациентами с сочетанной инфекцией (ТБ и ВИЧ-инфекция) занимаются две службы — фтизиатрии и ВИЧ-медицины. Поскольку лечение коинфекций относится к категории наиболее сложных проблем, в равной мере за этих пациентов отвечают, как инфекционисты, так и фтизиатры, что требует хорошей координации лечебного процесса. С 2005 года новые

случаи туберкулеза, как правило, выявляются на фоне ВИЧ-инфекции. Дневной стационар противотуберкулезного диспансера для этих больных является интересной и эффективной формой наблюдения и лечения. Как следует из представленных материалов, наличие дневного стационара расширяет дополнительные возможности комплексной терапии, позволяя в более щадящем для больного режиме в течение продолжительного времени принимать противотуберкулезные и антиретровирусные препараты.

Заключение. Клиническая характеристика туберкулезного процесса у больных с микст-инфекцией в дневном стационаре ПТД соответствует особенностям течения туберкулеза у этой группы больных, то есть в большинстве случаев преобладают поражения туберкулезом лимфатической системы и более частые реакции со стороны серозных оболочек.

Низкий социальный статус и некоторые другие медико-социальные факторы, характерные для больных с микст-инфекцией, обуславливают их слабую приверженность к лечению, что требует проведения более длительной контролируемой противотуберкулезной терапии в условиях дневного стационара по сравнению с туберкулезной больницей, являющейся важным положительным фактором, как в терапевтическом, так и эпидемиологическом отношении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фролова О.П., Белиловский Е.М., Шинкарева И.Г., Якубовяк В., ван Гемерт В., Юрасова Е.В. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации и её влияние на распространение туберкулеза // Туберкулез в Российской Федерации 2010: Аналитический обзор статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации. — М.: Триада, 2011. — С. 146—158.
2. Пантелеев А.М. Туберкулез органов дыхания у больных с ВИЧ-инфекцией // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2010. — Т. 2, № 1. — С. 16—22.
3. Шапиро К.И., Петрова Л.И., Поспелова В.Н. Организация дневных стационаров в Российской Федерации — достижения, недостатки и перспективы развития // Деятельность дневных стационаров государственных учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга: Материалы научно-практ. Конф. 24 ноября 2005 года. — СПб.: Изд-во «ВВМ». — 2006. — С. 6—12.
4. Вирус иммунодефицита человека — медицина / Под ред. Н.А.Белякова и А.Г.Рахмановой. — 2-е изд. — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2012. — 756 с.
5. Литвинов В.И., Сельцовский П.П., Свистунова А.С. Туберкулез в Москве (1990—1995 гг.). — М.: МНПЦБТ, 1999. — 186 с.
6. Амбулаторная помощь людям, живущим с ВИЧ / Под ред. А.Г.Рахмановой. — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. — 72 с.
7. Нечаев В.В., Иванов А.К., Пантелеев А.М. Социально-значимые инфекции. Монография в 2-х частях / Часть I. Моноинфекции: Туберкулез, ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты. — СПб.: ООО «Береста», 2011. — 752 с.
8. Иванов А.К., Сологуб Т.В., Муромцева А.А., Фоменкова Н.В., Пантелеев А.М., Фан Чонг Лан Туберкулез и гемоконтактные инфекции // Вестник СПбГМА им И.И.Мечникова. — 2002. — № 3. — с. 114—116 (соавт.).
9. Нечаев В.В., Иванов А.К., Пантелеев А.М. Социальнозначимые инфекции. Монография в 2-х частях / Часть II. Микст-инфекции. — СПб.: ООО «Береста», 2011. — 320 с.
10. Пантелеев А.М. Бактериовыделение и лекарственная устойчивость МБТ при туберкулезе у ВИЧ-инфицированных людей в Санкт-Петербурге // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2011. — Т. 3, № 2. — С. 57—62.
11. ВИЧ — медико-социальная помощь: руководство для специалистов / Под ред. Н.А.Белякова. — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. — 72 с.

12. Гусева В.А., Коломиец В.М., Кудинов С.М., Шахова Ю.И. ВИЧ-инфицированные как группа риска по туберкулезу // Туберкулез и болезни легких. — 2011. — № 4. — С. 114–115.
13. Венедиктова Е.К., Иванов А.К., Емельянюк О.Г., Шевырева Е.В. Вирусное поражение печени у больных туберкулезом в следственном изоляторе и эффективность гепатопротекторной терапии // Туберкулез и болезни легких. — 2011. — № 4. — С. 83.
14. Владимиров К.Б., Иванов А.К., Варламов В.В., Кочоров С.Д. Клинические особенности туберкулезных плевритов у больных вирусными гепатитами и ВИЧ-инфекцией в пенитенциарных учреждениях // Пробл. туберкулеза. — 2007. № 12. — С. 34–38.
15. Ермак Т.Н., Кравченко А.В., Груздев Б.М. Вторичные заболевания у больных с ВИЧ-инфекцией — 15-летнее наблюдение // Тер. арх. — 2004. — Т. 76, № 4. — С. 18–20.

Статья поступила в редакцию: 28.12.2013 г.

Авторский коллектив:

Шевырева Елена Владимировна — заместитель главного врача ПТД № 12 Адмиралтейского района СПб, 190103, СПб., набережная реки Фонтанки д. 152 а, тел. раб.: 2517371, e-mail: Elena_aq@pochta.ru.
Иванов Александр Константинович — научный консультант отдела фтизиопульмонологии ФГБУ «СПб НИИ фтизиопульмонологии» МЗ России, 191036, СПб Лиговский пр. 2–4, доктор медицинских наук, профессор, e-mail: pargolovo@list.ru.
Лучкевич Владимир Станиславович — заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, 195067, СПб., Пискаревский пр., д. 157, доктор медицинских наук, профессор, тел. раб.: 543-19-46.
Скрынник Наталья Алексеевна — главный врач ПТД № 12 Адмиралтейского района, 190103, СПб., набережная реки Фонтанки д. 152 а, кандидат медицинских наук, тел. раб.: 2517371; e-mail: ptd12@zdrav.spb.ru.

Уважаемые коллеги

Готовится к печати сборник работ «ВИЧ и хронические гепатиты». — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2014. — 260 с.
(серия «Библиотека журнала „ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии“»).

ПОДПИСНЫЕ ИНДЕКСЫ:

ОБЪЕДИНЕННЫЙ КАТАЛОГ «ПРЕССА РОССИИ» — **42178**
КАТАЛОГЕ АГЕНТСТВА «РОСПЕЧАТЬ» — **57990**