

УДК 616.-002.5:616.98:578.828.6.-084

ОЦЕНКА ПРОЯВЛЕНИЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ СТАЦИОНАРЕ

¹А.В.Мордык, ^{1,2}С.В.Ситникова, ^{1,2}Л.В.Пузырева, ³О.И.Назарова, ³Л.Н.Фурсевич

¹Омская государственная медицинская академия, Россия

²Клинический противотуберкулезный диспансер № 4, Омск, Россия

³Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Омск, Россия

MANIFESTATIONS OF HIV INFECTION ASSOCIATED WITH THE RESULTS OF TREATMENT OF TUBERCULOSIS IN PATIENTS ADMITTED TO A SPECIALIZED HOSPITAL

¹A.V.Mordyk, ^{1,2}S.V.Sitnikova, ^{1,2}L.V.Puzyreva, ³O.I.Nazarova, ³L.N.Fursevich

¹Omsk state medical academy, Russia

²Antitubercular clinic № 4, Omsk, Russia

³The Center for prevention and fight about AIDS and infectious diseases, Omsk, Russia

© Коллектив авторов, 2015 г.

С целью выявления факторов-характеристик ВИЧ-инфекции, влияющих на исход лечения туберкулеза у пациентов с сочетанной патологией туберкулез/ВИЧ-инфекция, было проведено ретроспективное исследование 381 случая лечения пациентов с сочетанной патологией. По результатам исследования выявлено, что на развитие неблагоприятного исхода лечения туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией в стационаре значительное влияние оказывали следующие факторы: регистрация у пациента инфицирования вирусом Эпштейна-Барр, снижение уровня иммунорегуляторный индекс до величин менее 0,2, наличие вирусной нагрузки более 100 тысяч копий/мл и отсутствие проведения антиретровирусной терапии.

Ключевые слова: туберкулез, ВИЧ-инфекция, эффективность лечения, туберкулез у больных с ВИЧ-инфекцией.

A retrospective study of 381 case histories of patients with combined infections was carried out to identify which characteristics of HIV infection influence the results of TB treatment. The following factors were found to be associated with unfavorable courses of TB in HIV patients: Epstein-Barr virus infection, immunoregulatory index below 0,2, viral load above 10^5 mL⁻¹, and no antiretroviral therapy.

Key words: tuberculosis, HIV infection, effectiveness of treatment, tuberculosis in HIV patients.

Введение. Повышение эффективности лечения туберкулеза является одной из основных задач не только фтизиатрии, но и всего здравоохранения. Ситуация осложняется ростом числа пациентов с ВИЧ-инфекцией в контингенте больных туберкулезом, что в последние годы актуально для всех регионов Российской Федерации [1–4].

Сложным остается вопрос своевременной диагностики туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией. Для выявления туберкулеза нельзя ограничиваться только скрининговым обследованием, так как на поздних стадиях ВИЧ-инфекции на фоне выраженного иммунодефицита изменяется иммунопатогенез туберкулеза и верификация диагноза затрудняется [5–8].

Высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ) является важным элементом в комплексе лечебных мероприятий у больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией, повышающим эффек-

тивность лечения [9]. Важным аспектом, широко дискутируемым в литературе, является вопрос о сроках начала ВААРТ относительно начала противотуберкулезной терапии [10–12]. На ранних стадиях ВИЧ-инфекции (число CD4-лимфоцитов более 500 кл/мкл) у больных туберкулезом преобладает изолированное поражение органов грудной клетки, представленное в большинстве случаев инфильтративным и диссеминированным туберкулезом легких. На поздних стадиях ВИЧ-инфекции (при уровне CD4-лимфоцитов менее 200 кл/мкл) с наибольшей частотой регистрируют туберкулез множественных локализаций, сочетающий поражение органов грудной клетки и внелегочные локализации туберкулеза [13].

Многообразие клинических форм туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией [14], тяжесть состояния больных с сочетанной патологией обуславливают сложности достижения положительного результата

терапии у этих пациентов. Выделение факторов, достоверно определяющих неудачи в лечении подобных больных позволит в ряде случаев устранять их и повысить эффективность лечения сочетанной патологии.

Цель: оценить влияние характеристик ВИЧ-инфекции на исход лечения туберкулеза у пациентов с сочетанной патологией туберкулез/ВИЧ-инфекция.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно проанализирована 381 Карта стационарного больного (Учетная форма 3) пациентов с сочетанной патологией туберкулез и ВИЧ-инфекция, проходивших лечение в Клиническом противотуберкулезном диспансере № 4 города Омска в период с 2001

Статистическая обработка и анализ данных проводились на базе пакетов прикладных программ Microsoft Excel, Биостат, Statistica 6.0 (русифицированная версия). В связи с наличием распределения отличного от нормального были применены методы описательной статистики с вычислением непараметрического критерия χ^2 . Результаты статистически считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Распределение пациентов, включенных в исследование по полу и возрасту, показало отсутствие достоверных различий между сравниваемыми группами по ряду показателей (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика ВИЧ-инфекции у пациентов в группах сравнения, абс. (%)

Признак	Основная группа (n=242)	Группа сравнения (n=139)
Путь заражения ВИЧ-инфекцией, абс. (%)		
Не установлен	23 (9,5)	17 (12,2)
Половой	33 (13,6)	32 (23,0)*
Парэнтеральный	186 (76,9)	90 (64,8)*
Время выявления ВИЧ-инфекции, абс. (%)		
До выявления туберкулеза	81 (33,5)	73 (52,5)*
После выявления туберкулеза	72 (29,8)	12 (8,6)*
Выявление одновременно с туберкулезом	89 (36,7)	54 (38,9)
Клиническая стадия ВИЧ-инфекции на момент начала химиотерапии туберкулеза, абс. (%)		
Не установлена (не дообследованы)	26 (10,7)	5 (3,6)*
Всего обследовано, из них:	216	134
установлена стадия 2А	15 (6,9)	7 (5,3)
установлена стадия 2Б	24 (11,1)	15 (11,2)
установлена стадия 2В	13 (6,1)	2 (1,5)
установлена стадия 3	36 (16,7)	31 (23,2)
установлена стадия 4А	83 (38,4)	57 (42,5)
установлена стадия 4Б	38 (17,6)	18 (13,4)
установлена стадия 4В	7 (3,2)	4 (2,9)

* — $p < 0,05$.

по 2014 год. Все случаи лечения в зависимости от их исхода были разделены на 2 группы: первая (основная) — случаи с неблагоприятным исходом курса лечения (n=242), вторая (группа сравнения) — случаи с благоприятным исходом курса лечения (n=139) в стационаре.

Больные туберкулезом и ВИЧ-инфекцией включены в исследование в соответствии с критериями включения: подтвержденный диагноз активного туберкулеза в соответствии с приказом МЗ РФ № 109 от 21.03.03 г.; подтвержденный диагноз ВИЧ-инфекции; лечение в стационаре; возраст от 18 лет; наличие информированного согласия пациента на участие в исследовании. Критериями исключения являлись: перевод для продолжения курса химиотерапии в другое лечебное учреждение; отказ от участия в исследовании; клиническое излечение туберкулеза.

Критериями неблагоприятного исхода туберкулеза считали: преждевременное прерывание курса химиотерапии (138 случаев):

- смерть (78 случаев);
- продолжающееся бактериовыделение для случаев с бацилловыделением (12 случаев);
- отсутствие клинико-рентгенологической динамики для случаев без бактериовыделения (8 случаев);
- отсутствие клинического эффекта при внеторакальных локализациях туберкулеза (4 случая);
- прогрессирование процесса на фоне лечения (2 случая).

Критериями благоприятного исхода являлись:

- прекращение бактериовыделения;
- положительная клинико-рентгенологическая динамика для случаев без бактериовыделения;

— положительная клиническая динамика при внеторакальных процессах.

В сравниваемых группах преобладали лица мужского пола: 79,1% в основной группе и 79% в группе сравнения. При этом, мужчины молодого трудоспособного возраста 18–44 лет составили 86,8% в основной группе и 91,8% в контрольной. Доля женщин молодого возраста 18–44 лет от числа всех женщин в каждой из групп составила 92,9% и 96,2%. В группах из числа мужчин 21 и 8 человек были из возрастной группы 45–64 года. Женщин этого возраста было 3 пациентки в основной группе (7,1%) и одна пациентка в группе сравнения (3,8%).

По пути заражения пациентов с ВИЧ-инфекцией анализируемые группы случаев лечения пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции имели следующие статистически значимые различия: половой путь заражения чаще встречался в группе сравнения 23% против 13,6% в основной группе; парентеральный путь заражения, наоборот, чаще встречался в основной группе: 76,9% против 64,8%. Путь заражения ВИЧ-инфекцией не установлен в группе с неблагоприятным исходом сочетанной патологии в 9,5%, в группе с благоприятным исходом — 12,2%.

По времени выявления ВИЧ-инфекции и туберкулеза исследуемые группы случаев лечения пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции также имели статистически значимые отличия. ВИЧ-инфекция выявлена до установления диагноза туберкулеза в группе неблагоприятных исходов в 33,5%, в группе благоприятных исходов в 52,5% случаев. Диагноз ВИЧ-инфекция у уже наблюдавшихся по поводу активного туберкулеза пациентов установлен в основной группе в 29,8% случаев против 8,6% в группе сравнения. Одновременное выявление заболеваний встречалось в обеих группах в 36,7% случаев и 38,9% случаев, соответственно. Складывается впечатление, что случаи лечения туберкулеза пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции при развитии туберкулеза у уже имевших ВИЧ-инфекцию пациентов чаще имели благоприятный исход, в отличие от случаев выявления ВИЧ-инфекции у болевших туберкулезом лиц, чаще имевших неблагоприятный исход стационарного лечения туберкулеза. Объяснить полученные данные можно тем, что пациенты с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция в последующем заболевшие туберкулезом, состояли на учете в Центре СПИД, у них была уточнена стадия ВИЧ-инфекции и они обычно раньше начинали принимать ВААРТ, кроме того обычно у них была выше приверженность к сочетанной терапии, так как они знали о возможности развития у них туберкулеза

и возможности его излечения. Больные туберкулезом, у которых после развития заболевания была выявлена ВИЧ-инфекция, чаще вели асоциальный образ жизни, чаще принимали на фоне противотуберкулезной терапии психоактивные препараты, позже начинали получать ВААРТ ввиду растянутых сроков обследования для установления показаний к антиретровирусной терапии.

При анализе лечения туберкулеза пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции выявлено, что и в группе неблагоприятных исходов, и в группе благоприятных исходов были случаи, когда стадия ВИЧ-инфекции не была уточнена ввиду незавершенного по различным причинам обследования: соответственно 10,7% и 3,6% случаев. Из числа случаев с завершенным обследованием (216 в основной группе и 134 в группе сравнения) 2А стадия ВИЧ-инфекции зарегистрирована в 6,9% и 5,3%; 2Б стадия — в 11,1% и 11,2%; 2В — в 6,1% и 1,5%; 3-я стадия соответственно в 16,7% и 22,2%. Большое количество пациентов со 2-й стадией ВИЧ-инфекции в нашем исследовании связано с благоприятной эпидемической обстановкой по ВИЧ-инфекции на территории региона вплоть до 2012 года [2], невысоким уровнем заболеваемости и пораженности ВИЧ-инфекцией и неблагоприятной эпидемиологической ситуацией по туберкулезу [3], приводящей к тому, что довольно большое количество больных с ВИЧ-инфекцией заболевали туберкулезом независимо от стадии ВИЧ, так же как здоровая, живущая без ВИЧ-инфекции, часть городской популяции.

Более половины в обеих группах составляли случаи, когда пациенты имели стадии клинических проявлений ВИЧ-инфекции: 4А стадия ВИЧ-инфекции установлена в 38,4% и 42,5% в основной и сравниваемой группах соответственно, 4Б стадия — в 17,6% и 13,4%, 4В стадия — 3,2% и 2,9% в каждой из анализируемых групп соответственно. Таким образом, статистически значимых отличий в исследуемых группах по стадиям ВИЧ-инфекции не выявлено.

При проведении сравнительного анализа случаев лечения пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции по наличию и характеру клинических проявлений иммунодефицита установлено следующее: клинические признаки иммунодефицита имели пациенты в обеих группах, при этом, в группе неблагоприятных исходов лечения признаки иммунодефицита имелись в 77,3%, отсутствовали в 22,7%, а в группе благоприятных исходов, соответственно, в 64,7% и 35,3% случаев.

При анализе частоты регистрации каждого из клинических признаков заболевания в анализируемых группах установлено следующее: в обеих

группах самым частым клиническим признаком являлся дефицит массы тела — 72,7% в основной группе и 51,1% случаев в группе сравнения, причем данный признак достоверно чаще встречался в группе неблагоприятных исходов. Реже встречались грибковые заболевания кожи и слизистых оболочек — 22,8% и 14,4% случаев в каждой из групп, соответственно. Достаточно часто пациенты в обеих группах имели заболевания кожи, подкожной клетчатки и видимых слизистых оболочек неуточненной этиологии. Так, гнойные поражения кожи и подкожной клетчатки зарегистрированы в 8,7% случаев в основной группе против 15,1% в группе сравнения, дерматиты неуточненные — в 10,3% случаев против 17,3%, стоматиты в 19,4% против 12,2%, конъюнктивит имел всего один пациент из основной группы. Также в обеих группах диагностировались остеомиелиты различной локализации — 5 случаев из числа неблагоприятных исходов и один случай из числа благоприятных исходов. Диагноз сепсиса был установлен в 2,9% случаев неблагоприятного исхода лечения и в 2,1% случаев благоприятного исхода. Периферическая лимфоаденопатия отмечена в 9,1% случаев в группе неблагоприятных исходов стационарного лечения пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции, в группе с благоприятным исходом сочетанной патологии — в 6,5% случаев. Также в обеих группах встречались лимфадениты периферических лимфатических узлов разных групп, потребовавшие проведения лечебных мероприятий — 2,5% в основной группе и 5% в группе сравнения. Как в основной, так и в группе сравнения встречались рецидивирующие заболевания органов дыхания: верхних дыхательных путей в 8,7% случаев в основной группе и 6,5% в группе сравнения, пневмонии — в 5,4% и в 4,3% случаев в каждой из групп соответственно. Рецидивирующие отиты имелись у пациентов в 2,1% из числа случаев с неблагоприятным исходом и в 2,9% из числа благоприятных исходов. Симптом диареи отмечен в 2 случаях в основной группы и в одном случае в группе сравнения. В обеих группах случаев стационарного лечения пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции встречались рецидивирующие инфекции мочевыделительной системы — 2,1% в группе неблагоприятных исходов и в 2,9% в группе благоприятных исходов; инфекции центральной нервной системы в 2,1% и 0,7% соответственно.

Сравниваемые группы пациентов с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией проанализированы по признаку сочетания клинических признаков иммунодефицита у одного пациента. Так, один клинический признак отмечен в 32,6% случаев в основной группе против

26,6% случаев в группе сравнения, два клинических признака — в 17,4% против 16,5%, три клинических признака — в 14% против 10,8%, четыре клинических признака — в 7% против 7,2%, пять клинических признаков — в 3,7% против 2,9%, более пяти клинических признаков — в 2,5% против 0,7%. Статистически значимых отличий по числу клинических признаков иммунодефицита у одного пациента в анализируемых группах не выявлено.

При оценке наличия инфицирования пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции возбудителями оппортунистических инфекций на момент начала химиотерапии выявлено следующее (табл. 2).

Наличие инфицирования вирусом Эпштейна-Барр (ВЭБ) установлено у 86,9% пациентов от числа обследованных из группы неблагоприятных исходов против 79,9% пациентов из группы благоприятных исходов. Инфицирование вирусом простого герпеса имели 95,6% пациентов из основной группы и 93,5% пациентов из группы сравнения. При обследовании на токсоплазмоз инфицирование диагностировано в 46,3% и 48,3% случаев в каждой из анализируемых групп соответственно. Обследование на микоплазмоз выявило инфицирование только у одного пациента из числа обследованных в группе неблагоприятных исходов. Инфицирование цитомегаловирусом (ЦМВ) установлено у пациентов в обеих группах: 85,6% от числа обследованных в группе неблагоприятных исходов стационарного лечения пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции и 90,2% соответственно в группе благоприятных исходов. Инфицирование хламидиями имели 32,9% пациентов от числа обследованных из основной группы и 23,4% пациентов соответственно из группы сравнения.

Часть пациентов имели проявление того или иного заболевания из группы оппортунистических инфекций, подтвержденную лабораторными тестами (ИФА — иммуноглобулины класса М, ПЦР сыворотки крови). ВЭБ-инфекцию имели 11,2% пациентов из группы неблагоприятных исходов против 3,6% из группы благоприятных исходов ($p=0,018$), герпетическую инфекцию в анализируемых группах имели 1,2% пациентов и 3,6% пациентов соответственно, токсоплазмоз подтвержден в 0,4% случаев и 1,4% случаев соответственно, микоплазмоз в 0,8% и 1,4%, ЦМВИ в 4,1% и 5,8%, хламидийную инфекцию в 3,7% и 1,4%.

В качестве показателей уровня иммунодефицита у пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции, находящихся на стационарном лечении, был проанализирован ряд показателей иммунограммы: иммунорегуляторный индекс (ИРИ), уровень CD4-лимфоцитов, величина вирусной нагрузки (табл. 3).

Снижение ИРИ (см. табл. 3) имели 94,7% пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции с неблагоприятным исходом и 92,5% пациентов с благоприятным исходом. При анализе величины

группы 25,7% против 12,1% в группе сравнения ($p=0,012$).

При оценке уровня CD4-лимфоцитов у пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции до начала

Таблица 2

Наличие оппортунистических и сопутствующих инфекций на момент начала химиотерапии туберкулеза у пациентов в группах сравнения, абс. (%)

Признак	Основная группа (n=242)	Группа сравнения (n=139)
Инфицирование возбудителями оппортунистических инфекций		
ВЭБ-инфекция	обследованы, абс.	84
	выявлено, абс. (%)	73 (86,9)
ВПГ-инфекция	обследованы, абс.	184
	выявлено, абс. (%)	176 (95,6)
Токсоплазмоз	обследованы, абс.	175
	выявлено, абс. (%)	81 (46,3)
Микоплазмоз	обследованы, абс.	44
	выявлено, абс. (%)	1 (2,3)
ЦМВ-инфекция	обследованы, абс.	181
	выявлено, абс. (%)	155 (85,6)
Хламидийная инфекция	обследованы, абс.	161
	выявлено, абс. (%)	53 (32,9)
Оппортунистические инфекции с развернутой клинической картиной, абс. (%)		
ВЭБ-инфекция	27 (11,2)	5 (3,6)*
ВПГ-инфекция	3 (1,2)	5 (3,6)
Токсоплазмоз	1 (0,4)	2 (1,4)
Микоплазмоз	2 (0,8)	2 (1,4)
ЦМВ-инфекция	10 (4,1)	8 (5,8)
Хламидийная инфекция	9 (3,7)	2 (1,4)

* — $p<0,05$.

Таблица 3

Показатели иммунодефицита на момент начала химиотерапии туберкулеза у пациентов в группах сравнения, абс. (%)

Признак	Основная группа (n=242)	Группа сравнения (n=139)
ИРИ (N 1–2,5)		
Менее 0,2	39 (25,7)	13 (12,1)*
Менее 0,5	102 (67,1)	67 (62,6)
Менее 0,7	122 (80,3)	85 (79,4)
Менее 1,0	144 (94,7)	99 (92,5)
1,0–2,5	8 (5,3)	8 (7,5)
Всего обследованных лиц	152 (100)	107 (100)
Уровень CD4 до начала терапии, абс. (%)		
Менее 100	30 (18,3)	13 (10,7)
100–200	33 (20,1)	16 (13,3)
200–400	45 (27,4)	41 (33,8)
Более 400	56 (34,2)	51 (42,2)
Всего обследованных лиц	164 (100)	121 (100)
Вирусная нагрузка до начала терапии, копий/мл		
Менее 20 000	42 (27,8)	47 (41,9)*
20 000–100 000	17 (11,3)	18 (16,1)
Более 100 000	92 (60,9)	47 (42,0)*
Всего обследованных лиц	151 (100)	112 (100)

* — $p<0,05$.

ИРИ в анализируемых группах удалось выявить статистически значимое отличие: снижение уровня ИРИ до величин менее 0,2 характерно для основной

терапии туберкулеза статистически значимых отличий между случаями лечения с благоприятными исходами и случаями лечения с неблагоприятными исходами

выявлено не было. Это связано с отсутствием достоверных отличий в сравниваемых группах по стадиям ВИЧ-инфекции, результаты лечения туберкулеза на ранних стадиях ВИЧ-инфекции не зависели от уровня CD4-лимфоцитов, так как у пациентов на этих стадиях он часто был нормальным.

По величине вирусной нагрузки (копий/мл) до начала терапии анализируемые случаи стационарного лечения имели следующие различия (см. табл. 3): в группе неблагоприятных исходов в 60,9% случаев пациенты имели величину вирусной нагрузки более 100 тысяч копий/мл против 42% в группе благоприятных исходов ($p=0,003$); величину вирусной нагрузки менее 20 тысяч копий/мл, наоборот, в большем числе случаев имели пациенты из группы благоприятных исходов — 41,9% против 27,8% ($p=0,023$). В диапазоне показателя вирусной нагрузки 20 000–100 000 копий/мл исследуемые случаи лечения пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции статистически значимых отличий не имели.

При оценке влияния высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) на исход лечения туберкулеза у пациентов с сочетанной патологией туберкулез и ВИЧ-инфекция были учтены факт проведения ВААРТ, время начала ВААРТ и наличие побочных реакций при ее проведении. В группе благоприятных исходов ВААРТ проводилась чаще — 28,8% случаев, чем в группе неблагоприятных исходов — 18,6% случаев ($p=0,03$). По времени начала ВААРТ и наличию побочных реакций анализируемые группы случаев статистически значимых отличий не имели.

Заключение. При оценке факторов, влияющих на исход лечения туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией в стационаре, были получены следующие данные. На момент выявления и начала лечения туберкулеза в стационаре не выявлено влияния на эффективность лечения специфического процесса стадии ВИЧ-инфекции, наличия клинических признаков иммунодефицита и в том числе, связанного со стадией, уровня CD4-лимфоцитов. Однако, регистрация у пациента инфицирования ВЭБ, снижение уровня ИРИ до величин менее 0,2, наличие вирусной нагрузки более 100 тысяч копий/мл и отсутствие проведения ВААРТ приводили к неблагоприятному исходу стационарного лечения туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией. В данном исследовании не учитывались социальные, психологические факторы, влияющие на эффективность терапии, такие например, как приверженность к сочетанной или противотуберкулезной терапии, продолжение употреблении психоактивных веществ, которые могли сыграть определяющую роль в развитии неблагоприятного исхода туберкулеза у пациентов, в том числе и на ранних стадиях ВИЧ-инфекции.

Выполненная работа не ущемляла права, не подвергала опасности обследованных пациентов 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. Работа одобрена локальным этическим комитетом ОмГМА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нечаева О.Б., Эйсмонт Н.В. Эпидемическая ситуация по туберкулезу и ВИЧ-инфекции в Российской Федерации // Социальные аспекты здоровья населения [Электронный журнал]. — 2012. — № 2 (24). — URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/399/30/lang,ru/>.
2. Мордык А.В., Ситникова С.В., Пузырева Л.В., Радул В.В. Эпидемическая ситуация по туберкулезу и ВИЧ-инфекции в Омской области с 1996 по 2013 г. // Медицинский альманах. — 2014. — № 2 (32). — С. 62–64.
3. Пузырева Л.В., Мордык А.В. Эпидемическая ситуация по внелегочному туберкулезу в Омской области за десятилетний период наблюдения (2003–2012 г.) // Медицина и образование Сибири. — 2013. — № 5. — С. 9.
4. Виноградова Т.Н., Рахманова А.Г., Леонова О.Н., Рассохин В.В. ВИЧ-инфекция в Санкт-Петербурге // Казанский медицинский журнал. — 2011. — Т. 92. — № 2. — С. 269–272.
5. Филиппова Т.П., Новицкая О.Н., Быков Ю.Н. Современные аспекты развития эпидемии ВИЧ-ассоциированного туберкулеза // Сибирский медицинский журнал. — 2011. — № 8. — С. 5–8.
6. Корецкая Н.М., Большакова И.А. Биологические свойства микобактерий у ВИЧ-негативных и ВИЧ-позитивных лиц с диссеминированным туберкулезом легких // Сибирское медицинское обозрение. — 2012. — Т. 76. — № 4. — С. 62–66.
7. Корецкая Н.М., Наркевич А.Н. Выявление и характеристика туберкулеза органов дыхания у больных ВИЧ-инфекцией // Академический журнал Западной Сибири. — 2013. — Т. 9. — № 1. — С. 52–53.
8. Герасимова С.В., Цибульский А.П., Сиразиева Ф.К., Валиев Н.Р. Распространенность и прогностическая ценность специфических противотуберкулезных антител в популяции взрослого населения Республики Татарстан // Ж. Врач-Аспирант. — 2013. — № 2.2 (57). — С. 275–280.
9. Bychkov A., Yamashita S., Dorosevich A. Pathology of HIV/AIDS: Lessons from Autopsy Series HIV and AIDS. In: Dumais N., ed. HIV and AIDS // Updates on Biology, Immunology, Epidemiology and Treatment Strategies. — 2011. — P. 373–392.

10. Сизова Н.В., Пантелеева О.В. Особенности клинического течения и иммунологических проявлений ВИЧ инфекции как показателя для начала антиретровирусной терапии на разных этапах эпидемии у больных в Санкт-Петербурге // ВИЧ инфекция и иммуносупрессии. — 2014. — № 2. — С. 58–66.
11. Вехова Е.В. Ретроспективный анализ уровня CD-4 лимфоцитов у ВИЧ-инфицированных при первичном исследовании иммунного статуса // ВИЧ инфекция и иммуносупрессии. — 2014. — № 2. — С. 66–74.
12. Пантелеев А.М., Голицова М.Ю., Кабанова В.И. Результаты применения фосфазида (никавира) у больных с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. — 2010. — № 2. — С. 75–79.
13. Пантелеев А.М. Туберкулез органов дыхания у больных с ВИЧ-инфекцией // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. — 2010. — № 1. — С. 16–22.
14. Мордык А.В., Пузырева Л.В., Ситникова С.В. Опыт применения противотуберкулезной и антиретровирусной терапии у больных туберкулезом с ВИЧ-инфекцией // Журнал инфектологии. — 2014. — Т. 6, № 3. — С. 51–55.

Статья поступила 15.12.2014 г.

Контактная информация: Пузырева Лариса Владимировна, e-mail: puzirevalv@mail.ru

Коллектив авторов:

Мордык Анна Владимировна — д.м.н., заведующая кафедрой фтизиатрии и фтизиохирургии Омской государственной медицинской академии Минздрава РФ, 644050, Омск, ул. Химиков 8А, тел. (3812) 40-45-15, e-mail: amordik@mail.ru;

Ситникова Светлана Владимировна — аспирант кафедры фтизиатрии и фтизиохирургии Омской государственной медицинской академии Минздрава РФ; заместитель главного врача по лечебной работе БУЗОО КПТД № 4, 644050 Омск, ул. Химиков 8А, тел. (3812) 33-03-46, e-mail: sveta_kptd@mail.ru;

Пузырева Лариса Владимировна — к.м.н., ассистент кафедры фтизиатрии и фтизиохирургии Омской государственной медицинской академии Минздрава РФ, 644050 Омск, ул. Химиков 8А, тел. (3812) 40-45-15, e-mail: puzirevalv@mail.ru;

Назарова Ольга Ивановна — к.м.н., главный врач БУЗОО Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, г. Омск, ул. 50 лет Профсоюзов, дом 119, корпус 1, тел. (3812) 64-94-66; 36-22-33; 64-30-25, e-mail: aids@mail55.ru;

Фурсевич Людмила Николаевна — заместитель главного врача БУЗОО Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. Омск, ул. 50 лет Профсоюзов, дом 119, корпус 1, тел. (3812) 64-94-66; 36-22-33; 64-30-25, e-mail: aids@mail55.ru.

**Российская академия наук
Институт экспериментальной медицины
СПб Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями
Балтийский медицинский образовательный центр
Научно-практический симпозиум
«Центральная нервная система и ВИЧ-инфекция»
25 июня 2015 года**

Председатель симпозиума: академик РАН Н.А.Беляков

Организационный комитет: профессор Н.Г.Незванов, д.м.н. В.В.Рассохин (председатель),
д.м.н. А.В.Самарина, д.м.н. Н.В.Сизова, профессор Е.В.Степанова,
профессор Т.Н.Трофимова, к.пс.н. А.В.Шаболтас

Место проведения: Санкт-Петербург, Каменноостровский пр., д. 69–71, Институт экспериментальной
медицины

Информация о мероприятии размещена на сайте: www.hiv-spb.ru

Дополнительную информацию Вы можете получить в оргкомитете конференции:

8 (812) 407 83 51 — Вощева Мария Сергеевна, voschieva@gmail.com

8 (812) 403 83 32 — Бобрешова Алина Сергеевна, alina_8308@mail.ru