

УДК 616.24-002.5+616.98:578.828:614.2

# Лечение больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией в стационаре дневного пребывания противотуберкулезного диспансера

**А.К. Иванов<sup>1</sup>, Е.В. Шевырева<sup>2</sup>, Н.А. Скрынник<sup>2</sup>, Н.А. Турсунова<sup>2</sup>**<sup>1</sup> Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии Минздрава России;<sup>2</sup> Противотуберкулезный диспансер № 12 Адмиралтейского района, Санкт-Петербург

## Treatment of patients with tuberculosis and HIV infection in the day care Hospital of tuberculosis Dispensary

**A.K. Ivanov<sup>1</sup>, E.V. Shevyreva<sup>2</sup>, N.A. Skrynnik<sup>2</sup>, N.A. Tursunova<sup>2</sup>**<sup>1</sup> St. Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology of the Russian Ministry of Health;<sup>2</sup> TB dispensary № 12 of Admiralteyskiy district, St. Petersburg

© Коллектив авторов, 2015 г.

### Резюме

В исследовании представлены данные пятилетнего наблюдения за 424 больными с активным туберкулезным процессом, которые лечились в дневном стационаре (ДС) противотуберкулезного диспансера (ПТД). Проведен сравнительный анализ между больными (97) микст-инфекцией (туберкулез и ВИЧ-инфекция) и больными туберкулезом (327). Госпитализация в ДС ПТД у больных микст-инфекцией обусловлена не столько проведением основного курса лечения (42,3%) (как больных туберкулезом — 74,9%), сколько продолжением лечения после стационара (47,4%) и ожиданием очереди до поступления в стационар (9,3%). Больные микст-инфекцией в 4 раза чаще страдали туберкулезом ВГЛУ (18,6% против 4,9%), и у них чаще выявлялись 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±9,07 вместо 88,6±12,4 дня; p<0,001).

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

### Summary

Patients (424) have active TB process and were treated in the day hospital (DH) of TB dispensary. The comparative analysis of patients with co-infection (TB and HIV infection) (97) and patients with tuberculosis (327) is carried out. Hospitalization of patients with co-infection is caused not so much by holding the main course of treatment (42.3%) as of TB patients (74.9%), as a continuation of treatment after hospital (47.4%) and the expectation of the queue before entering the hospital. Patients with a co-infection 4 times more often had tuberculosis of lymphatic nodes of the chest (18.6 of % against 4.9%) and to their thicket markers of chronic virus hepatitis (82.5% against 4.9%) are revealed. Between patients with the co-infection were many persons with social problems, and efficiency of treatment is one third less than in patients with tuberculosis. The day hospital allows to increase duration of controlled therapy even in comparison with a hospital (137.7±9.07 against 88.6±12.4 days; p<0,001).

**Keywords:** tuberculosis, AIDS, day hospital

## Введение

Увеличение заболеваемости туберкулезом среди больных ВИЧ-инфекцией отмечено с 2004 г., доля ВИЧ-позитивных больных туберкулезом в гражданском секторе здравоохранения достигла 6,0%, а с учетом пенитенциарных учреждений доля таких больных соответствует 6,8% [1].

В период структурных преобразований медицинской помощи населению важным условием реформирования здравоохранения России является внедрение ресурсосберегающих «стационарзамещающих технологий» [2]. Создание отделений и палат дневного пребывания при противотуберкулезных диспансерах становится перспективным направлением в организации контролируемого лечения больных туберкулезом [3]. В то же время число больных активным туберкулезом, которые отказываются от стационарного лечения, ежегодно увеличивается, и основной причиной этого являются социально-экономические условия [4]. Ранние выписки из стационара у больных микст-инфекцией обусловлены их асоциальным поведением и низкой приверженностью к лечению, что, несомненно, влияет на эффективность лечения туберкулеза у этой группы больных [5]. Социально значимые заболевания, к которым относятся венерические болезни, расстройства психики и наркозависимость, регистрируются у больных микст-инфекцией в 60–70% случаев [6].

Больные туберкулезом и ВИЧ-инфекцией в большинстве случаев страдают и другими инфекционными заболеваниями, особенно часто хроническими вирусными гепатитами (до 80%), которые снижают эффективность лечения туберкулеза и ухудшают прогноз болезни [7–10].

## Материалы и методы исследования

За пятилетний период в дневном стационаре (ДС) ПТД № 12 получили лечение 424 больных туберкулезом с активным процессом. В работе проведен срав-

нительный 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).

## Результаты и их обсуждение

Установлено, что число больных с впервые выявленным туберкулезом и ВИЧ-инфекцией 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 I и II группах диспансерного учета.

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

Как следует из табл. 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 2 мес 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 2 мес, оказалась в 4,2 раза ниже и составила только 11,3%, что достоверно меньше по сравнению с ОГ больных ( $p < 0,03$ ).

Таблица 1

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

Параметр	2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 г.		2010 г.		2011 г.		2012 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Доля больных 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 ВИЧ-инфекцией среди больных активным туберкулезом (I и II ГДУ)	11	4,6	20	8,8	22	10,1	21	14,0	21	10,2	24	11,4	48	18,1

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 мес	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

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 ОГ, чем у больных ГС.

В обеих группах больных преобладали лица с туберкулезом органов дыхания (ОГ — 94,8%; ГС — 97,9%). При этом среди легочных проявлений ту-

беркулезного 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 микст-инфекцией (ОГ).

Таблица 3

**Клинические формы туберкулеза у больных основной группы и группы сравнения**

Клиническая форма 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
Туберкулема	–	–	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

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, т. е. несколько чаще у ВИЧ-негативных больных туберкулезом. При этом МБТ в большинстве случаев были обнаружены только методами посева на жидкие или твердые среды, сведения о которых были получены через 1,5–2,5 мес от начала лечения в ДС и уже не могли 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.

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 микст-инфекцией (10,3%), чем у больных с туберкулезом (3,1%), и туберкулез бронхов (4,1 и 2,1% соответственно).

Необходимо обратить внимание, что одна пятая часть больных ОГ (21,6%) не наблюдались инфекционистом. В то же время среди пациентов, которые наблюдались инфекционистами, антиретровирусную терапию получали 25 (32,9%) человек, т. е. 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<sup>+</sup> составил 348,84±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. Полученные данные свидетельствуют, что у больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией в

ДС ПТД кандидоз выявляется почти в 2 раза реже, чем у больных ВИЧ-инфекцией в 4Б стадии в Санкт-Петербурге (54,6–70,0%). Цитомегаловирусная инфекция у больных ОГ 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 гепатиты 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 75,0%). 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 ВИЧ/СПИДом, у которых заражение ВИЧ и вирусами гепатитов в большинстве случаев происходит парентеральным путем.

Социальный статус больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией (ОГ) был значительно ниже, чем у больных ГС (табл. 5). Так, установлено, что в ОГ работающих лиц оказалось почти в 2 раза меньше (23,7% против 46,5%;  $p < 0,03$ ). При этом более половины больных ОГ (58,8%) не работали ( $p < 0,001$ ). Несмотря на относительно молодой возраст больных ОГ, они в 2,3 раза чаще были признаны инвалидами.

Обращает на себя внимание, что среди неработающих лиц в ОГ оказалось в 1,3 раза (или на 14%) больше женщин, чем мужчин. Таких мужчин более чем в 1,5 раза больше в ОГ, чем в ГС, а среди женщин этот показатель различается почти в два раза ( $p < 0,01$ ).

Кроме этого, у одной трети (32%; 31 из 97) больных ОГ имел место тюремный «анамнез», и почти половина (48,4%) из них находились в местах лишения

Таблица 4

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

Вирусный гепатит	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

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

свободы более одного раза. В то же время больные ГС имели тюремный «анамнез» только в 5,2% (17 из 327) случаев, что в 6 раз реже ( $p < 0,02$ ). Важно отметить, что две трети (66,0%) больных ОГ являлись потребителями инъекционных наркотиков (ПИН). При этом треть из них продолжали употреблять наркотические средства в период прохождения лечения в ДС.

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

Эффективность лечения по закрытию полостей распада у больных ОГ оказалась на 10,6% ниже, чем в ГС (табл. 6).

У больных ОГ рентгенологическое улучшение отмечалось в 66,7% случаев, что оказалось в 1,4 раза меньше, чем у больных ГС (91,1%). Важно отметить, что 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-инфекцией (ОГ) в 3,3 раза чаще (20,7% против 6,3%) зафиксировано прерывание лечения, что отрицательно сказывалось на эффективности проводимой терапии.

Таблица 6

**Эффективность лечения туберкулеза органов дыхания у больных основной группы и группы сравнения в дневном стационаре**

Градации результатов лечения	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
Улучшение, в том числе в зависимости от проведения АРВТ:	74	80,4	281	87,8
противотуберкулезные препараты и АРВТ (23)	20	86,9	–	–
противотуберкулезные препараты без АРВТ (69)	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 основной группы и группы сравнения, получивших лечение в дневном стационаре в 2007–2010 гг.**

Исход	Основная группа		Группа сравнения		Все больные	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Переведены в III ГДУ	32	54,2	162	72,6	194	68,8
Переведены во II ГДУ	10	16,9	28	12,6	38	13,5
Остаются в IA ГДУ	3	5,1	12	5,4	15	5,3
Умерло:	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 том числе 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

В то же время проведено сравнение эффективности лечения таких же больных (18) в стационаре круглосуточного пребывания (2007–2010). Средняя длительность лечения в туберкулезной больнице пациентов с 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  $137,7 \pm 9,07$  дня 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 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. В то же время установлено, что лечение в условиях дневного стационара ПТД по сравнению с туберкулезной 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 г. получали лечение в ДС в связи с актив-**

**ным туберкулезом легких.** Контрольным считался срок 2 года после выписки из ДС. Так, признаны клинически излеченными по туберкулезу и переведены в III ГДУ 54,2% больных ОГ и 72,6% пациентов ГС, т. е. 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 (IA ГДУ), зарегистрирован у почти одинаковой части больных, которая в ОГ больных составила 5,1%, в ГС она оказалась равной 5,4%.

Следует отметить, что в ОГ к концу второго года наблюдения умерли в 6,2 раза больше больных, чем в ГС (13,6 и 2,2% соответственно). При этом в 75,0% 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.

Обращает на себя внимание, что 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%).

## Заключение

1. Клиническая характеристика туберкулезного процесса у больных микст-инфекцией в дневном стационаре ПТД соответствует особенностям течения туберкулеза у этой группы больных, т. е. преобладание поражения туберкулезом лимфатической системы и более частые реакции серозных оболочек.

2. Низкий социальный статус больных микст-инфекцией обуславливает их слабую приверженность к лечению, поэтому проведение более длительной контролируемой противотуберкулезной терапии в дневном стационаре, по сравнению с туберкулезной больницей, является важным положительным фактором как в терапевтическом, так и в эпидемиологическом отношении.

## Список литературы

1. Фролова О.П., Белиловский Е.М., Шинкарева И.Г., Юрасова Е.Д. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации и ее влияние на распространение туберкулеза // Туберкулез в Российской Федерации 2010 г. Аналитический обзор статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации. — М.: Триада, 2011. — С. 146–158.
2. 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 науч.-практ. конф. 24 ноября 2005 года. — СПб.: ВВМ, 2006. — С. 6–12.
3. Литвинов В.И., Сельцовский П.П., Свистунова А.С. Туберкулез в Москве (1990–1995 гг.). — М., 1999. — 186 с.
4. Зайцев А.В. Эффективность химиотерапии больных туберкулезом органов дыхания в условиях дневного пребывания в противотуберкулезном диспансере: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2000. — 19 с.
5. Кузьмин О.А. Особенности рентгенологической картины у больных ВИЧ-инфекцией // Актуальные вопросы диагностики и лечения туберкулеза: науч. труды Всерос. науч.-практ. конф. 21–22 апреля 2005 года. — СПб., 2005. — С. 82–83.
6. 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.
7. 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 и болезней легких. — 2007. — № 12. — С. 34–38.
8. 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.
9. Ермак Т.Н., Кравченко А.В., Груздев Б.М. Вторичные заболевания у больных с ВИЧ-инфекцией — 15-летнее наблюдение // Тер. архив. — Т. 76, № 4. — С. 18–20.
10. Фоменкова Н.В. Клиническая и лабораторная характеристика ВИЧ-инфекции в сочетании с различными формами: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2004. — 21 с.

## Bibliography

1. Frolova O.P., Belilovskii E.M., Shinkareva I.G., Yurasova E.D. VICH-infektsiya v Rossiiskoi Federatsii i ee vliyaniye na rasp-rostraneniye tuberkuleza // Tuberkulez v Rossiiskoi Federatsii 2010 g. Analiticheskii obzor statisticheskikh pokazatelei po tuberkulezu, ispol'zuemykh v Rossiiskoi Federatsii. — M.: Triada, 2011. — S. 146–158. (rus)
2. Shapiro K.I., Petrova L.I., Pospelova V.N. Organizatsiya dnevnykh statsionarov v Rossiiskoi Federatsii — dostizheniya, nedostatki i perspektivy razvitiya // Deyatel'nost' dnevnykh statsionarov gosudarstvennykh uchrezhdenii zdravookhraneniya Sankt-Peterburga: materialy nauch.-prakt. konf. 24 noyabrya 2005 goda. — SPb.: VVM, 2006. — S. 6–12. (rus)
3. Litvinov V.I., Sel'tsovskii P.P., Svistunova A.S. Tuberkulez v Moskve (1990–1995 gg). — M., 1999. — 186 s. (rus)
4. Zaitsev A.V. Effektivnost' khimioterapii bol'nykh tuberkulezom organov dykhaniya v usloviyakh dnevnoy prebyvaniya v protivotuberkuleznom dispansere: avtoref. dis... kand. med. nauk. — SPb., 2000. — 19 s. (rus)
5. Kuz'min O.A. Osobennosti rentgenologicheskoy kartiny u bol'nykh VICH-infektsiei // Aktual'nye voprosy diagnostiki i lecheniya tuberkuleza: nauch. trudy Vseros. nauch.-prakt. konf. 21–22 aprelya 2005 goda. — SPb., 2005. — S. 82–83. (rus)
6. Guseva V.A., Kolomiets V.M., Kudinov S.M., Shakhova Yu.I. VICH-infitsirovannyye kak gruppy riska po tuberkulezu // Tuberkulez i bolezni legkikh. — 2011. — N 4. — S.114–115. (rus)
7. Vladimirov K.B., Ivanov A.K., Varlamov V.V., Kochorov S.D. Klinicheskie osobennosti tuberkuleznykh plevritov u bol'nykh virusnymi gepatitami i VICH-infektsiei v penitentsiarnykh uchrezhdeniyakh // Probl. tuberkuleza i boleznei legkikh. — 2007. — N 12. — S. 34–38. (rus)
8. Venediktova E.K., Ivanov A.K., Emel'yanyuk O.G., Shevyreva E.V. Virusnoye porazheniye pecheni u bol'nykh tuberkulezom v sledstvennom izolyatore i effektivnost' gepatoprotekturnoy terapii // Tuberkulez i bolezni legkikh. — 2011. — N 4. — S. 83. (rus)
9. Ermak T.N., Kravchenko A.V., Gruzdev B.M. Vtorichnyye zabolevaniya u bol'nykh s VICH-infektsiei — 15- letnee nablyudeniye // Ter. arkhiv. — T. 76, N 4. — S. 18–20. (rus)
10. Fomenkova N.V. Klinicheskaya i laboratornaya kharakteristika VICH-infektsii v sochetanii s razlichnymi formami: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. — SPb., 2004. — 21 s. (rus)

Поступила в редакцию 10.12.2015 г.