



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ПОЖИЛОЙ ПАЦИЕНТКИ

В.А. Мартынов¹, Е.А. Карасева¹, Е.П. Чустова¹, Е.Н. Смирнова²

¹Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, Рязань, Россия

²Областная клиническая больница им. Н.А. Семашко, Рязань, Россия

A clinical case of late diagnosis of HIV infection in an elderly patient.

V.A. Martynov¹, E.A. Karaseva¹, E.P. Chustova¹, E.N. Smirnova²

¹Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, Ryazan, Russia

²Ryazan Regional Clinical Hospital named after N.A. Semashko, Ryazan, Russia

Резюме

В России и за рубежом в последние годы отмечается тенденция к росту доли пожилых пациентов в структуре лиц с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией. При этом диагностика заболевания у больных старшей возрастной группы чаще происходит на поздних стадиях. Такая ситуация повышает риски развития тяжелых оппортунистических заболеваний, увеличивает неблагоприятный прогноз и приводит к излишним нагрузкам на систему здравоохранения. Нами описан случай неблагоприятного исхода ВИЧ-инфекции у пациентки 72 лет, у которой заболевание было впервые выявлено на 4B стадии и быстро прогрессировало, несмотря на лечение.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, пожилые пациенты, диагностика, антиретровирусная терапия.

Введение

Рост числа заболевших ВИЧ-инфекцией остается актуальной проблемой современной медицины. Согласно данным на 2024 г., в России проживает 1 215 145 человек с ВИЧ-инфекцией. Число новых случаев инфицирования ВИЧ в 2024 г. в РФ составило 51 984 [1]. При этом отмечается тенденция к увеличению количества пациентов старшей возрастной группы. Доля больных, у которых ВИЧ-инфекция была выявлена впервые в возрасте 50–59 лет, в 2023 г. составила 13,4%, старше 60 лет – 6,0% от общего числа новых случаев [2]. Диагностика ВИЧ-инфекции у пожилых пациентов нередко происходит на поздних стадиях заболевания при уровне CD4+ Т-лимфоцитов менее 350 кл/мкл. По этой причине развитие осложнений и переход к терминальным стадиям заболевания у больных старшей возрастной группы происходит быстрее [3]. Кроме того, пациенты данной категории, как правило, имеют множество коморбидных патологий, что также ухудшает прогноз [4].

Важным этапом ранней диагностики ВИЧ-инфекции является скрининг групп риска. В на-

Abstract

In Russia and abroad there has been an upward trend in the proportion of elderly patients with newly diagnosed HIV infection in recent years. Moreover, the diagnosis of HIV in patients of the older age group is often made at the later stages. This situation increases the risks of developing severe opportunistic diseases, greatens the unfavorable prognosis and burdens the health care system. We have described a case of an unfavorable outcome of HIV infection in a 72-year-old female patient with the disease first detected at the 4B stage (Russian classification of HIV infection) and rapidly progressed despite treatment.

Key words: HIV infection, elderly patients, diagnostics, antiretroviral therapy.

стоящее время выделяют 5 основных групп риска среди населения с максимальной частотой инфицированности ВИЧ: мужчины, практикующие секс с мужчинами; потребители инъекционных наркотиков; работники секс-индустрии; трансгендеры и люди, находящиеся в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа. Все эти категории людей проходят диагностику в добровольном порядке [5, 6]. Обязательному обследованию подвергаются некоторые категории медицинских работников, доноры крови, плазмы, спермы, иностранные граждане и лица, поступающие в военные учебные заведения и на военную службу по контракту. При данном объеме скрининга у лиц, не затронутых обязательным освидетельствованием, ВИЧ-инфекция зачастую выявляется на поздних стадиях [7, 8]. При этом, несмотря на раннее назначение антиретровирусной терапии (АРВТ), восстановление иммунологических показателей у пациентов с поздно диагностированной инфекцией происходит медленнее [9]. Это ограничивает достижение оптимальных результатов противовирусной терапии у таких пациентов [9]. В данной

статье нами приведен клинический случай неблагоприятного исхода поздно диагностированной ВИЧ-инфекции у пожилой пациентки.

Клинический случай

Больная П. 1952 года рождения обратилась за помощью в районную поликлинику по месту жительства 28.06.2024 с жалобами на боль в области нижней челюсти справа, припухание щеки, затруднение приема пищи.

За 1 неделю до обращения за медицинской помощью болел нижний зуб справа. Во время последнего визита родственники заметили резкое исхудание, невозможность приема пищи, припухлость щеки справа. Боль усиливалась, пациентка самостоятельно никакие лекарства для купирования боли не применяла. По настоянию дочери обратилась в поликлинику по месту жительства, была осмотрена врачом-стоматологом, после чего направлена в Областную клиническую больницу им. Н.А. Семашко (ОКБ), где госпитализирована в отделение челюстно-лицевой хирургии с диагнозом «Язвенно-некротический стоматит».

Сбор анамнеза был затруднен ввиду тяжелого состояния пациентки, данные получены от дочери. Перенесенные заболевания: простудные не более 1–2 раз в год. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь 2 ст., артериальная гипертензия (АГ) контролируемая.

Из эпидемиологического анамнеза: переливания донорской крови в анамнезе пациентки нет,

употребление психоактивных веществ внутривенно отрицает, о половых контактах информации нет. В последние годы проживала с сожителем, который скончался в мае 2024 г., его ВИЧ-статус не известен.

До начала заболевания пациентка себя обслуживала самостоятельно.

На момент осмотра в ОКБ 28.06.2024 состояние средней степени тяжести. Кахексична, ИМТ — 15,2 кг/м², рост 162 см, вес 40 кг. Местный статус при поступлении: конфигурация лица изменена. Кожные покровы бледно-розового цвета. Отёк мягких тканей в области правой щеки. На слизистой поверхности полости рта справа локализована язва размерами 5 мм, болезненная, кровоточивая. В зеве гиперемии нет, имеются белесоватые налеты на деснах у основания зубов, множественные кариозные зубы.

В анализе крови при поступлении 28.06.2024 лейкопения ($3,0 \times 10^9/\text{л}$), анемия (104 г/л), эритроцитопения ($2,98 \times 10^{12}/\text{л}$), тромбоцитопения ($123 \times 10^9/\text{л}$). В таблицах 1 и 2 представлены лабораторные показатели общего и биохимического анализов крови пациентки в динамике. В целом, отмечались стойкая лейкопения, анемия, тромбоцитопения, эритропения. В анализе мочи лейкоцитурия (10,2 в поле зрения), протеинурия (0,3 г/л), кристаллурия (62,8 в поле зрения), эритроцитурия (8,9 в поле зрения) и бактериурия ($82,3 \times 10^4/\text{мл}$). При обследовании ИФА 4 поколения на ВИЧ положительный от 01.07.2024. Иммуноблот положительный от 10.07.2024.

Таблица 1

Общий анализ крови пациентки П. в динамике в ОКБ

Дата	Лейкоциты, 10 ⁹ /л	Эритроциты, 10 ¹²	Hb, г/л	Ht	С/я, %	Лимфоциты, %	Моноциты, %	Эозинофилы, %	Базофилы, %	Юн., %	Тромбоциты, ×10 ⁹	СОЭ, мм/ч
28.06.2024	3,0	2,98	104	29,0	60,0	38,2	1,8				123	
01.07.2024	1,81	2,93	100	27,8	49,7	36,9	8,3	3,9	1,1	1,1	107	59
09.07.2024	1,6	2,98	100	67,7	29,7	2,8					134	
11.07.2024	1,81	2,85	96	27,2	59	30	6	2	1,1	1,7	98	56

Таблица 2

Биохимический анализ крови пациентки П. в динамике в ОКБ

Дата	Общий белок, г/л	Билирубин, мкм/л		АСТ, Ед/л	АЛТ, Ед/л	Мочевина, ммоль/л	Креатинин, мкмоль/л	Глюкоза, ммоль/л	Другие показатели
		общий	прямой						
01.07.2024	70,4	7,5	3,7	25,3	7,8	3,40	51,5	4,53	—
09.07.2024	79	10,1	5,2	27	4	5,2	79	5,26	Холестерин — 3,8 ммоль/л Амилаза — 8 Ед/л
11.07.2024	72,0	8,5	4,6	24,1	4,4	4,34	43,7	3,42	СРБ — 107,9 мг/мл

При анализе мазка 28.06.2024 из язвенно-некротических элементов выявлен *Staphylococcus aureus* 10^3 КОЕ.

Проводилось лечение линкомицином (30 мг/мл – 2,0 внутривенно капельно) с учетом чувствительности, также применялась местная противовоспалительная и обезболивающая терапия. Сформирован диагноз: «Язвенно-некротический стоматит (вирус-ассоциированный)». Сопутствующие заболевания: ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний 4В (СПИД), кахексия, тяжелый иммунодефицит, фаза прогрессирования без АРВТ. Лейкопения, анемия, тромбоцитопения.

16.07.2024 появились тошнота, рвота, нарушение сознания по типу сопора. Для дальнейшего обследования и лечения пациентка была направлена в инфекционное отделение ОКБ.

На момент поступления общее состояние средней тяжести. В сознании, плохо ориентирована в месте и времени. Память снижена. На вопросы отвечает односложно. Команды выполняет. Сама себя не обслуживает ввиду астении. Положение лежа на кровати. Кахексична. ИМТ – 15,2 кг/м² (рост

162 см, вес 40 кг). Температура при осмотре – 37,4°C. Зрачки D>S (катаракта правого глаза), фотореакция сохранена. Переднешейные, заднешейные, подмышечные лимфоузлы увеличены, безболезненные при пальпации. В легких дыхание везикулярное, ослаблено, хрипы не выслушиваются. SpO₂ – 97% на воздухе, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 уд/мин. АД – 140/70 мм рт.ст.

В анализе крови сохраняются лейкопения ($2,34 \times 10^9/\text{л}$), анемия (91 г/л), эритроцитопения ($2,76 \times 10^{12}/\text{л}$), тромбоцитопения ($97 \times 10^9/\text{л}$), отмечается гипоальбуминемия (21,3 г/л), уровень СРБ (более 116,1 мг/л). В таблицах 3 и 4 представлены лабораторные показатели общего и биохимического анализов крови пациентки в динамике в ОКБ. В анализе мочи лейкоцитурия (сплошь), протеинурия (4,5 г/л) и бактериурия (4+).

Пациентке 16.07.2024 начата АРВТ: Долутегра-вир 50 мг 1 таб. утром, Тенофовир 300 мг 1 таб. утром, Ламивудин 32 мг 1 раз в день утром дополнительно назначены флуконазол 200 мг внутривенно капельно, ко-тримоксазол (сульфаметоксазол +

Таблица 3

Общий анализ крови пациентки П. в динамике в ОКБ

Дата	Эритроциты, $10^{12}/\text{л}$	Лейкоциты, $10^9/\text{л}$	Нь, г/л	Тромбоциты, $10^9/\text{л}$	Эозинофилы, %	Нейтрофилы, %	Миелоциты, %	п/я, %	с/я, %	Лимфоциты, %	Моноциты, %	СОЭ (по Вестергрену), мм/ч
18.07.2024	3,06	2,34	100	105	2		1	20	67	8	2	84
19.07.2024	2,76	2,8	91	97			2	23	57	13	5	71
20.07.2024	3,13	3,38	101	109		90,8				6,2	2,7	71
24.07.2024	3,14	3,8	101	125				16	76	4	4	67
26.07.2024	3,08	7,43	100	77		94,8				3,8	1,3	77

Таблица 4

Биохимический анализ крови пациентки П. в динамике в ОКБ

Дата	СРБ, мг/л	Креатинин, мкмоль/л	Мочевина, ммоль/л	АСТ, Ед/л	АЛТ, Ед/л	КФК, Ед/л	КФК-МВ, Ед/л	ЛДГ, Ед/л	Глюкоза, ммоль/л	Общий белок, г/л	Калий, ммоль/л	Натрий, ммоль/л	Хлестерин
18.07.2024	116,1	59,7	4,0	35,6	9,3	17,5		290,2	4,3	76,6	3,16	133	3,9
19.07.2024	138,1	52,1	3,9	38,48	9,0						2,68	132	
20.07.2024	142,27	56,5	6,21	33,67	10,5	17,9	22,2	296,4	6,84		3,18	130	
24.07.2024	82,4	60,4	7,2	36,7	11,5	20,8	23,4		6,0		3,6	135	
26.07.2024	237	116,1	14,4	38,6	18,4	34,2	43,4	491,8	7,8		4,26	137	

триметоприм) 400 + 80 мг по 1 таб. 1 раз в день для профилактики возникновения оппортунистических заболеваний, с учетом полученных при дообследовании от 15.07.2024 данных по иммунному статусу CD3 644 кл/мл, CD4 19 кл/мл.

Выставлен диагноз: «ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний 4В (СПИД), язвенно-некротический стоматит (вирус-ассоциированный), кахексия, тяжелый иммунодефицит, фаза прогрессирования без АРВТ. Лейкопения, анемия, тромбоцитопения».

В дальнейшем в крови от 17.07.2024 были обнаружены антитела IgG к цитомегаловирусу и токсоплазмозу, ДНК вируса Эпштейна – Барр. К терапии добавлен Ацикловир 750 мг внутривенно капельно на 250 мл раствора натрия хлорида 0,9% 3 раза в день.

18.07.2024 была выполнена ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 67 уд/мин, вертикальное положение электрической оси сердца, увеличение левого желудочка. Признаки синдрома ранней реполяризации желудочков.

На КТ органов грудной клетки от 18.07.2024: фокус консолидации в верхней доле левого легкого, структурно более соответствует периферическому образованию. Количественная лимфоаденопатия ВГЛУ.

Пациентка была консультирована специалистами: терапевтом, неврологом, офтальмологом, гематологом, эндокринологом, гинекологом. Выставлен окончательный диагноз:

Основной: ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний 4В (СПИД), изнуряющий синдром, тяжелый иммунодефицит, фаза прогрессирования без АРТ, язвенно-некротический стоматит (вирус-ассоциированный), мононуклеоз, вызванный гамма-герпетическим вирусом, вирусный энтерит, кахексия, ВИЧ-энцефалопатия, ВИЧ-ассоциированная ретинопатия OS, панцитопения, анемия, тромбоцитопения.

Сопутствующий: Гипертоническая болезнь 2 ст., АГ контролируемая, риск 3. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Дилатация ЛП. Атеросклероз аорты, уплотнение створок АК. Умеренная регургитация МК, ТК. Катаракта обоих глаз, оперативное лечение на левом глазу. Артифакция OS. Помутнение роговицы OD. Инфекция мочевыводящих путей неуточненная. Атрофический вагинит. Стрессовая гипергликемия. ЦВБ на фоне артериальной гипертензии, церебросклероза, острая смешанная (инфекционная, интоксикационная, ВИЧ-ассоциированная) энцефалопатия. Церебралстенический синдром.

Больной была скорректирована терапия, с учетом сопутствующих заболеваний, назначены: Цефтриаксон 1,0 внутривенно 2 раза в день; этил-

метилгидроксипиридина сукцинат 5,0 мл внутривенно капельно на 100 мл раствора натрия хлорида 0,9% ежедневно в течение 5 дней; эналаприл по 5 мг 2 раза в день; бисопролол 2,5 мг 1 раз в день утром; ацетилсалициловая кислота + гидроксид магния 75 мг 1 раз в день вечером; железа III гидроксид сахарозный комплекс 100 мг 1 раз внутривенно капельно ежедневно; Альбумин 20% – 50,0 внутривенно капельно по нечетным дням.

Несмотря на проведенное лечение, состояние ухудшалось, и ввиду нарушения сознания, развития клиники отека набухания головного мозга 26.07.2024 больная переведена в отделение реанимации, где начато проведение ИВЛ и продолжена патогенетическая посиндромальная терапия. 27.07.2024 произошла остановка сердца, проводимые в течение 30 мин реанимационные мероприятия были безрезультатны, в 1:20 констатирована смерть пациентки.

Патолого-анатомический диагноз:

Основное заболевание: Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), с проявлениями энцефалопатии: состояние ВИЧ-инфицированности (ИБ + № 6 от 10.07.2024), кистозные изменения в головном мозге, наружно-внутренняя гидроцефалия; церебральный атеросклероз (2, IV, стеноз свыше 50%).

Осложнение основного заболевания: Отек, сдавление головного мозга. Отек легких, жидкая кровь в полостях сердца и крупных сосудах, выраженные дисциркуляторно-дистрофические изменения паренхиматозных органов.

Медицинские манипуляции: катетеризация правой яремной вены, интубация трахеи, реанимационные мероприятия.

Сопутствующие заболевания/состояния: Атеросклероз аорты (3, IV). Крупноочаговый кардиосклероз; стенозирующий атеросклероз коронарных артерий (2, IV, стеноз до 50%).

Заключение

Пожилые пациенты имеют высокие риски неблагоприятного исхода при поздней диагностике ВИЧ-инфекции из-за возрастных изменений иммунной системы, наличия сопутствующих заболеваний и быстрой прогрессии иммунодефицита и оппортунистических заболеваний. Представленный клинический случай демонстрирует стремительное прогрессирование заболевания при поздней диагностике у пациентки пожилого возраста. Учитывая устойчивую тенденцию к увеличению числа первичных случаев ВИЧ-инфекции среди лиц старших возрастных групп, актуальным представляется пересмотр существующих подходов к скринингу с целью оптимизации сроков диагностики и своевременного начала терапии.

Литература

1. Ладная, Н.Н. Охват медицинской помощью и антиретровирусной терапией лиц, инфицированных ВИЧ, в России в 2024 году [Электронный ресурс] / Н.Н. Ладная, В.В. Покровский, Е.В. Соколова // ЗдравРесурс. — 2025. — 25 марта. — URL: <https://zdravresource.ru/news/ohvat-mediczinskoj-pomoshhyu-i-antiretrovirusnoj-terapij-licz-inficzirovannyh-vich-v-rossii-v-2024-godu/> (дата обращения: 13.07.2025).
2. Справка о ситуации с ВИЧ в России в 2023 году [Электронный ресурс]. — URL: <http://www.hivruusia.info/wp-content/uploads/2024/09/spravka-vich-v-rossii-2023-god.pdf> (дата обращения: 13.07.2025).
3. Матиевская, Н.В. ВИЧ-инфекция у пациентов пожилого возраста: клинические случаи / Н.В. Матиевская, Т.И. Кашевник, О.В. Кротков — АИ. — 2020. — № 1.
4. ВИЧ-инфекция у лиц пожилого и старческого возраста: клинико-патогенетические аспекты / И. Т. Муркамилов [и др.] — Терапевтический архив. — 2020. — Т. 92, № 7. — С. 90 — 101.
5. Deblonde, J. Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review / J. Deblonde, P. De Koker, F.F. Hamers, J. Fontaine, S. Luchters, M. Temmerman. Eur J Public Health. — 2010. — Aug;20(4). — P. 422-32.
6. Шульц К.В. Некоторые эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции на современном этапе на территории Российской Федерации (обзорная статья) / К.В. Шульц, С.В. Широкоступ, Н.В. Лукьяненко // Медицина. — 2023. — № 11(3). — С. 76 — 90.
7. Deblonde, J. HIV testing within general practices in Europe: a mixed-methods systematic review / J. Deblonde, D. Van Beckhoven, J. Loos, N. Boffin, A. Sasse, C. Nöstlinger, V. Supervie. BMC Public Health. — 2018. — Oct 22;18(1). — P. 1191.
8. Улесикова И.В., Шатыр Ю.А., Мулик И.Г., Булатецкий С.В., Мулик А.Б. Прогнозирование поведенческих рисков ВИЧ-инфицирования населения локальных территорий Российской Федерации // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2019. Т. 7, №2. С. 199-210. doi:10.23888/HMJ201972199-210
9. Матиевская, Н.В. Особенности течения и исходов ВИЧ-инфекции, диагностированной на стадии выраженной иммуносупрессии / Н.В. Матиевская // Проблемы здоровья и экологии. — 2019. — № 4 (62).

References

1. Ladnaya, N. N. Coverage of medical care and antiretroviral therapy of persons infected with HIV in Russia in 2024 [Electronic resource] / N. N. Ladnaya, V. V. Pokrovsky, E. V. Sokolova // ZdravResurs. — 2025. — March 25. — Available from: <https://zdravresource.ru/news/ohvat-mediczinskoj-pomoshhyu-i-antiretrovirusnoj-terapij-licz-inficzirovannyh-vich-v-rossii-v-2024-godu/> (access date:13.07.2025).
2. Certificate of the HIV situation in Russia in 2023 [Electronic resource]. — Available from: <http://www.hivruusia.info/wp-content/uploads/2024/09/spravka-vich-v-rossii-2023-god.pdf> (access date: 13.07.2025).
3. Matievskaya, N.V. HIV infection in elderly patients: clinical cases / N.V. Matievskaya, T.I. Kashevnik, O.V. Krotkov // AI. — 2020. — № 1. — P. 45-49.
4. Murkamilov, I. T. HIV infection in elderly and senile people: clinical and pathogenetic aspects / I. T. Murkamilov [et al.] // Terapevticheskij arhiv. — 2020. — Vol. 92, № 7. — P. 90-101. <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2020.7.90-101>
5. Deblonde, J. Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review / J. Deblonde, P. De Koker, F.F. Hamers, J. Fontaine, S. Luchters, M. Temmerman // Eur J Public Health. — 2010. — Vol. 20, № 4. — P. 422-432. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp231>
6. Schulz, K.V. Some epidemiological features of HIV infection at the present stage in the Russian Federation (review article) / K.V. Schulz, S.V. Shirostup, N.V. Lukyanenko // Medicina — 2023 — Vol 11, №3. — P. 76-90. <https://doi:10.29234/2308-9113-2023-11-3-76-90>
7. Deblonde, J. HIV testing within general practices in Europe: a mixed-methods systematic review / J. Deblonde, D. Van Beckhoven, J. Loos, N. Boffin, A. Sasse, C. Nöstlinger, V. Supervie // BMC Public Health. — 2018. — Vol. 18, № 1. — P. 1191. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6107-0>
8. Ulesikova, I. V. Forecasting the behavioral risks of HIV infection in the population of local territories of the Russian Federation / I.V. Ulesikova, Y. A. Shatyr, I. G. Mulik, S. V. Bulatetsky, A. B. Mulik // Nauka molodyh (Eruditio Juvenium). — 2019. — Vol. 7, №2. — P. 199-210. <https://DOI:10.23888/HMJ201972199-210>
9. Matievskaya, N.V. Peculiarities of the course and outcomes of HIV infection diagnosed at the stage of severe immunosuppression / N.V. Matievskaya // Problemy zdorov'ya i ekologii. — 2019. — № 4 — P. 16-22. <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2019-16-4-3>

Авторский коллектив:

Мартынов Владимир Александрович — заведующий кафедрой инфекционных болезней и фтизиатрии Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова, д.м.н., профессор; тел.: 8(4912)97-19-58, +7-910-643-32-71, e-mail: dr.martinov@mail.ru

Карасева Елена Александровна — доцент кафедры инфекционных болезней и фтизиатрии Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова, к.м.н., доцент; тел.: 8(4912)97-19-58, +7-920-633-02-14, e-mail: ekar83@gmail.com

Чустова Екатерина Павловна — студентка 6 курса лечебного факультета Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова; тел.: +7-910-611-63-06, e-mail: chustovadw@mail.ru

Смирнова Елена Николаевна — врач-инфекционист инфекционного отделения Областной клинической больницы им. Н.А. Семашко; тел.: +7-910-644-87-36, e-mail: elsmirnova67@mail.ru