



© Ю.И.БУЛАНЬКОВ, 2009
УДК [616.98:578.828.6]-057.36-07

Ю.И.Буланьков — Анализ эффективности экспертной диагностики ВИЧ-инфекции в Вооруженных Силах Российской Федерации.

Проведен анализ состояния экспертной диагностики ВИЧ-инфекции у военнослужащих за весь период ее регистрации в Вооруженных Силах Российской Федерации.

До мая 2008 г. правом выдачи экспертного лабораторного заключения обладали три лаборатории инфекционной иммунологии МО РФ (ЛИИ). Две из них начали экспертные исследования с использованием метода *иммунного блотинга* (ИБ) с 1997 г., а одна — с 2001 г. Первый случай инфицирования военнослужащего выявлен в 1989 г., к 2008 г. их число превысило 2430.

Экспертному исследованию методом ИБ предшествует этап референс-диагностики — проверки правильности первичного серологического скрининга. Он заключается в повторении исследования методом иммуноферментного анализа с использованием нескольких тест-систем. Анализ показал, что на этом этапе диагностики отрицательный результат выявляется в 13,7% случаев. Положительный результат референс-диагностики был получен в 3960 случаях, что послужило поводом для проведения экспертных исследований методом ИБ.

В общей структуре обследований на военнослужащих по призыву приходится 91,8% исследований. Среднее количество исследований для постановки одного диагноза составило 1,63. Имеются различия этого показателя для различных категорий военнослужащих. Так, для военнослужащих по призыву он оказался несколько выше и составил 1,70, а для офицеров — 1,44. Эта разница объясняется тем, что ВИЧ-инфекция в первой группе военнослужащих чаще определяется через незначительный срок от момента инфицирования (неполная сероконверсия), когда вероятность получения отрицательного или сомнительного иммуноблотинга выше, соответственно выше процент повторных исследований. Среднее количество отрицательных результатов для военнослужащих составило 12,1%, а «сомнительных» — 15,2%. Таким образом, около трети исследований не привели к постановке диагноза, а потребовали организации диспансерного наблюдения и повторного исследования. На повторную диагностику вернулись только 22,7% проб.

Причинами низкого процента обязательных повторных исследований и большого количества случаев незавершенной диагностики могут быть:

- увольнение военнослужащего по другим причинам (окончание срока службы, другой диагноз);
- невыполнение рекомендаций экспертной ЛИИ (служебная неисполнительность, осознанный отказ);
- перевод в другие подразделения без соответствующих рекомендаций медицинской службы;
- дублирование исследований в других экспертных ЛИИ *Министерства обороны* (МО) и *Министерства здравоохранения и социального развития* (МЗСР);
- отсутствие системы контроля за выполнением рекомендаций экспертных ЛИИ;
- отсутствие всеармейского регистра больных.

Если качество экспертной диагностики соответствует диагностическому стандарту, то сроки ее проведения не устраивают командиров частей и лечебно-профилактических учреждений. Вопреки имеющимся рекомендациям, больные с незавершенной лабораторной диагностикой изолируются и госпитализируются, необоснованно отрываются от исполнения служебных обязанностей на весь период диагностики. Длительность проведения экспертного исследования не зависит от качества работы экспертной ЛИИ, поскольку исследования проводятся в течение 2–3 дней от момента поступления пробы. Увеличение периода диагностики происходит на этапах доставки проб и сообщений полученных результатов.

Современный технологический бум в сфере транспортировки грузов и электронного документооборота пока не реализуется в данном вопросе, поскольку для этого не определены юридические основания и конкретная технология. Можно полагать, что принятие решения о возможности использования систем «экспресс-доставки» и средств электронной связи между военно-медицинскими учреждениями МО РФ позволят решить эту проблему в короткие сроки. Подобное решение не повлечет за собой экономических потерь, наоборот, сокращение периода диагностики снизит расходы МО на военно-врачебную экспертизу. Альтернативный вариант организации — привлечение к экспертной диагностике ЛИИ МЗСР — действительно может сократить диагностический период, но нарушает систему регистрации и эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в ВС РФ. Этого можно избежать путем отработки механизма обмена



информацией с центрами по профилактике и борьбе со СПИД МЗСР и созданием всероссийского регистра ВИЧ-инфицированных военнослужащих.

Для снижения уровня дублирования исследований с мая 2008 г. распоряжением начальника ГВМУ МО РФ введено закрепление зон ответственности экспертных ЛИИ. Этой же цели может служить отказ от повторного ИБ в специализированном отделении в случае получения положительного результата при прибытии военнослужащего для стационарного обследования и ВВК.

Сокращению длительности экспертной диагностики будет способствовать сокращение рекомендованного срока повторного

обследования после первичного отрицательного или сомнительного результата ИБ. Накопленный опыт показывает, что в абсолютном большинстве случаев у ВИЧ-инфицированных людей «сомнительный» результат ИБ уже через 1 мес становится положительным. Для реализации этого необходимо пояснение к ст. 58 «В» «Указаний по диспансеризации в ВС РФ 2005 г.», предусматривающей обязательное обследование уже через 1 мес после получения «сомнительного» ИБ. Первичная рекомендация экспертной ЛИИ по обследованию через 6 мес представляется неактуальной, поскольку срок службы военнослужащих по призыву с 2008 г. сокращен до 12 мес.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 616.927-057.36-083

В.А.Кондратенко, В.В.Лютов, А.Н.Коваленко, М.К.Шишкин, Д.А.Супрун, Д.В.Шестаев — Опыт оказания медицинской помощи в инфекционном центре многопрофильного госпиталя во время вспышки брюшного тифа.

Отличительной особенностью деятельности инфекционного центра многопрофильного госпиталя является оказание медицинской помощи инфекционным больным при возникновении эпидемических вспышек в зоне ответственности. Показательным примером стала организация проведения лечебно-диагностических мероприятий во время вспышки брюшного тифа среди курсантов одного из вузов, находящихся в г. Санкт-Петербурге, осенью 2006 г.

Всего за период вспышки в госпитале лечились 179 больных с диагнозом брюшной тиф. Все пациенты — лица мужского пола в возрасте от 18 до 22 лет.

Поступление больных было неравномерным, от 1 до 52 человек в сутки, в течение 1,5 мес, с 26 сентября по 16 октября. Максимальное суточное количество пациентов, поступивших на лечение, отмечалось на 16-й день от появления первого случая.

Из-за отсутствия патогномичных для брюшного тифа клинических симптомов возникли определенные затруднения в его диагностике. Так, первые больные из очага поступали с предварительным диагнозом «острое респираторное заболевание». Однако выраженная интоксикация и лихорадка постоянного типа, сохранившиеся на фоне проводимой терапии, потребовали расширения диагностического поиска. При бактериологическом исследовании крови была выделена культура *Salmonella typhi*.

При поступлении больных проводилась медицинская сортировка по принципу нуждаемости в оказании неотложной помощи.

Больные с легким и среднетяжелым течением заболевания направлялись в лечебно-диагностические отделения для проведения соответствующей терапии. Пациенты с тяжелым течением инфекции и риском развития критических состояний, всего 24 (13,4%), поступали в отделение реанимации и интенсивной терапии инфекционного центра.

Клиническая картина брюшного тифа во всех случаях оказалась типичной. Так, основным и часто единственным симптомом первой недели заболевания была постоянная лихорадка 39–40 °С, не снижавшаяся при приеме противовоспалительных препаратов в стандартных дозировках, без других проявлений общей инфекционной интоксикации и органических изменений. Культура возбудителя брюшного тифа выделена у 127 (70,9%) курсантов. При серологическом исследовании (реакция непрямой гемагглютинации) положительные результаты зарегистрированы у 129 (72,1%) пациентов. Диагноз брюшного тифа подтвержден бактериологическими и серологическим методами у 172 (96,1%) пациентов, у остальных 7 (3,9%) больных — выставлен на основании клинико-эпидемиологических данных.

Существенное влияние на тяжесть заболевания и наличие клинических проявлений брюшного тифа оказали сроки госпитализации больных в инфекционный стационар, в среднем на 5–6-е сутки от момента появления первых жалоб.

Раннее активное выявление больных и своевременно начатая антибактериальная терапия отразились на тяжести течения брюш-