

Дерматовенерология в Российской Федерации. Итоги 2014 г. Успехи, достижения. Основные пути развития

А.А. Кубанова, А.А. Кубанов, Л.Е. Мелехина, Е.В. Богданова

ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России
107076, Москва, ул. Короленко, д. 3, стр. 6

Проанализирована динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, болезнями кожи и подкожной клетчатки в Российской Федерации за 2004—2014 гг. Отмечены ее основные положительные тенденции; результаты реструктуризации коечного фонда круглосуточных и дневных стационаров медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология»; отражена работа дерматовенерологической койки.

Ключевые слова: **заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, болезнями кожи и подкожной клетчатки, коечный фонд медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология», работа койки, статистическая информация.**

Контактная информация: bogdanova@cnikvi.ru. Вестник дерматологии и венерологии 2015; (4): 13—26.

Dermatovenereology in Russian Federation 2014. Main successes, achievements. Paths of development

A.A. Kubanova, A.A. Kubanov, L.E. Melekhina, E.V. Bogdanova

State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Ministry of Healthcare of the Russian Federation
Korolenko str., 3, bldg 6, Moscow, 107076, Russia

The article provides the overview of incidence of sexually transmitted infections and skin disorders over time in Russian Federation in 2004—2014 with its main positive tendencies; results of reorganisation of bed capacity of dermatovenereologic medical organizations; dermatovenereologic bed rates.

Key words: **incidence of sexually transmitted infections and skin disorders, bed capacity of dermatovenereologic medical organizations, bed rates, statistics.**

Corresponding author: bogdanova@cnikvi.ru. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2015; 4: 13—26.

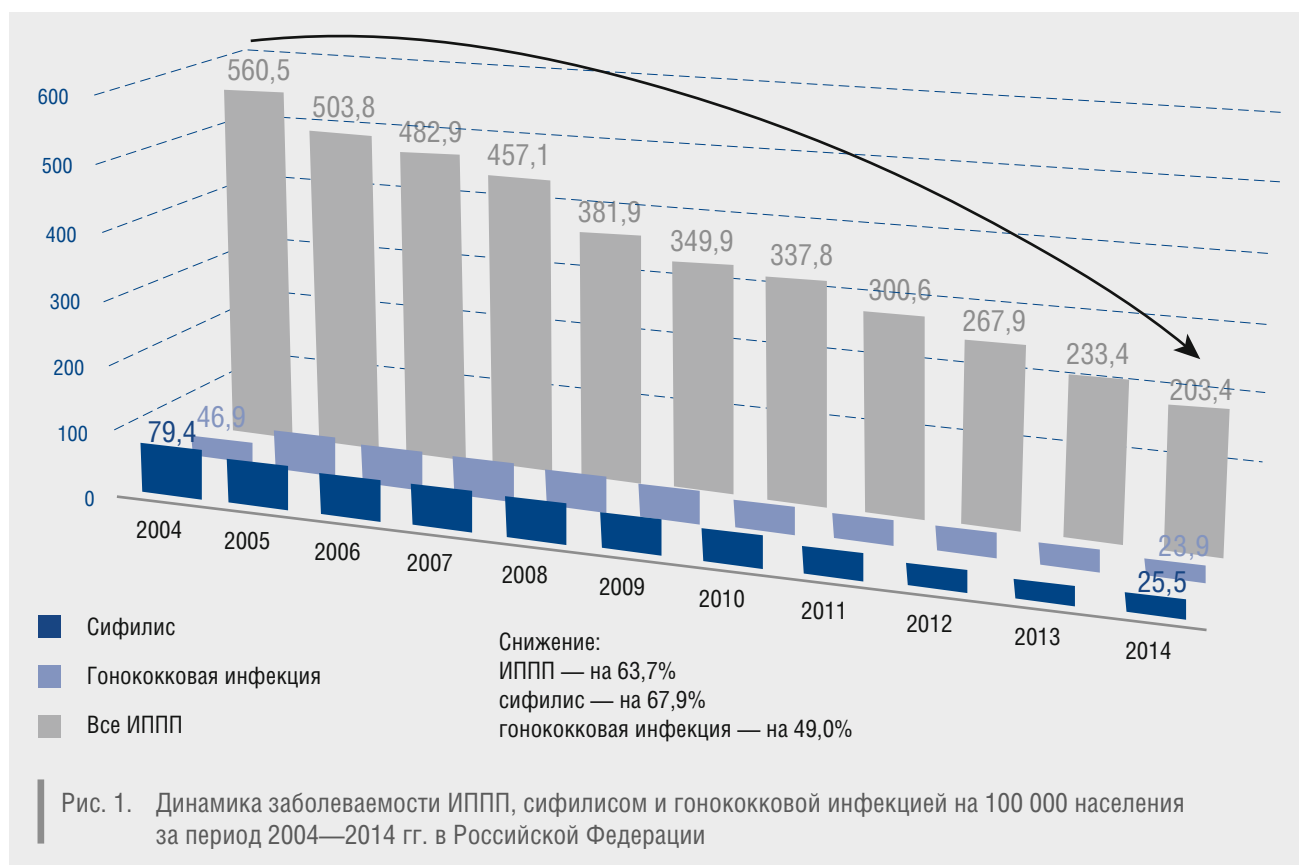
Успехи, достигнутые в дерматовенерологии, как и в отрасли здравоохранения в целом, оценивают на основании объективных показателей, отражающих деятельность медицинских организаций и состояние здоровья населения. Одними из основных индикаторов деятельности дерматовенерологической службы и качества оказания населению медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» являются показатели заболеваемости. Заболеваемость населения служит основой для планирования ресурсов здравоохранения, необходимых для удовлетворения существующей потребности населения в различных видах медицинской помощи [1].

На протяжении 2004—2014 гг. в Российской Федерации заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), в том числе сифилисом и гонококковой инфекцией, имеет стойкую тенденцию к снижению. В 2014 г. заболеваемость всеми ИППП в Российской Федерации составила 203,4 на 100 000 населения, и за рассматриваемый период в целом снизилась на 64%. Заболеваемость сифилисом за тот же период снизилась на 68%, а заболеваемость гонококковой инфекцией — на 49%, составив 25,5 и 23,9 на 100 000 населения соответственно (рис. 1) [2, 3].

Заболеваемость трихомонозом в 2014 г. была зарегистрирована на уровне 71,1 на 100 000 населения, снижение заболеваемости за 2004—2014 гг. составило 72%. Заболеваемость хламидийными инфекциями в 2014 г. составила 46,9, герпетической инфекцией — 14,2, аногенитальными (венерическими) бородавками — 21,8 на 100 000 населения (рис. 2). Процент снижения заболеваемости хламидийными инфекциями за рассматриваемый период был несколько ниже (54%), а снижение заболеваемости вирусными ИППП, урогенитальной герпетической инфекцией и аногенитальными бородавками составило по 34% [2, 3].

Неравномерное снижение заболеваемости ИППП изменило структуру ИППП в Российской Федерации. За период 2004—2014 гг. в общей структуре ИППП уменьшилась доля сифилиса и гонококковой инфекции (с 14 до 12%), трихомоноза (с 44 до 35%), но увеличилась доля хламидийных инфекций (с 18 до 23%), герпетической инфекции (с 4 до 7%) и заболеваемости аногенитальными бородавками — (с 6 до 11%) (рис. 3).

В структуре заболеваемости сифилисом всего населения Российской Федерации за период 2004—2014 гг. наблюдается снижение заболеваемости ранними формами на 75% (76,6 — в 2004 году, 19,1 —



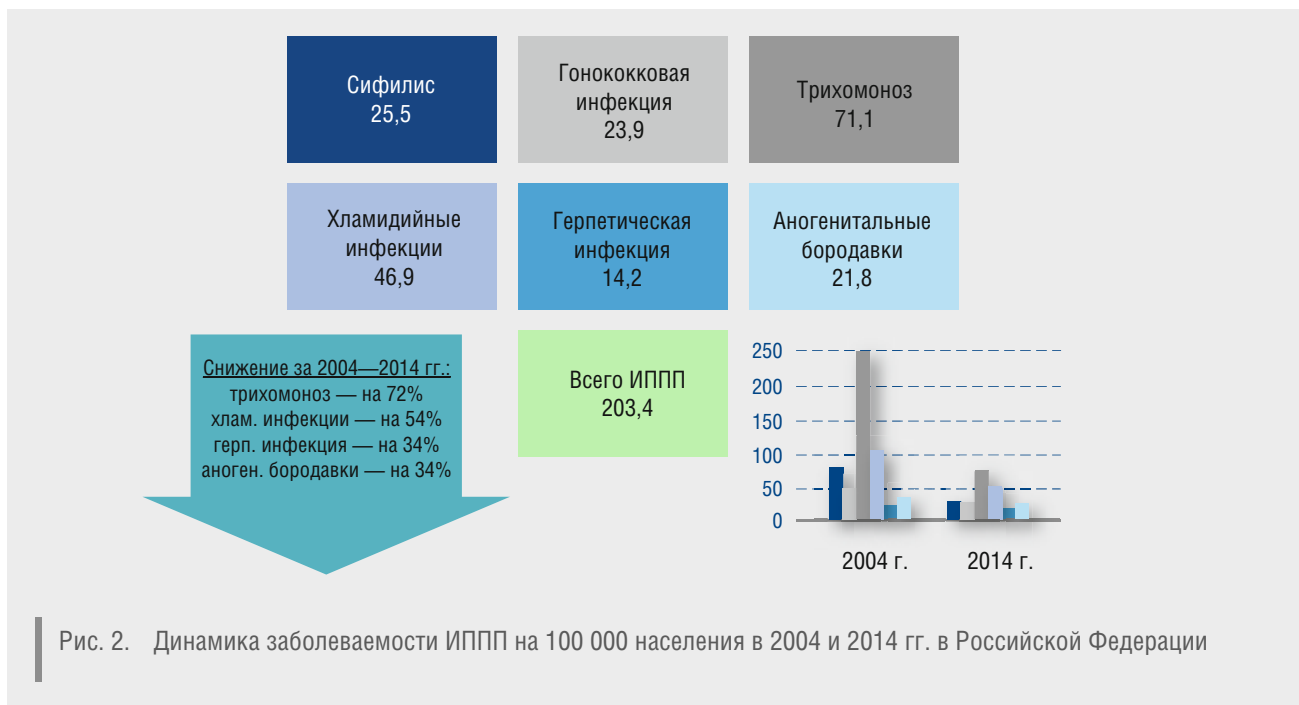


Рис. 2. Динамика заболеваемости ИППП на 100 000 населения в 2004 и 2014 гг. в Российской Федерации

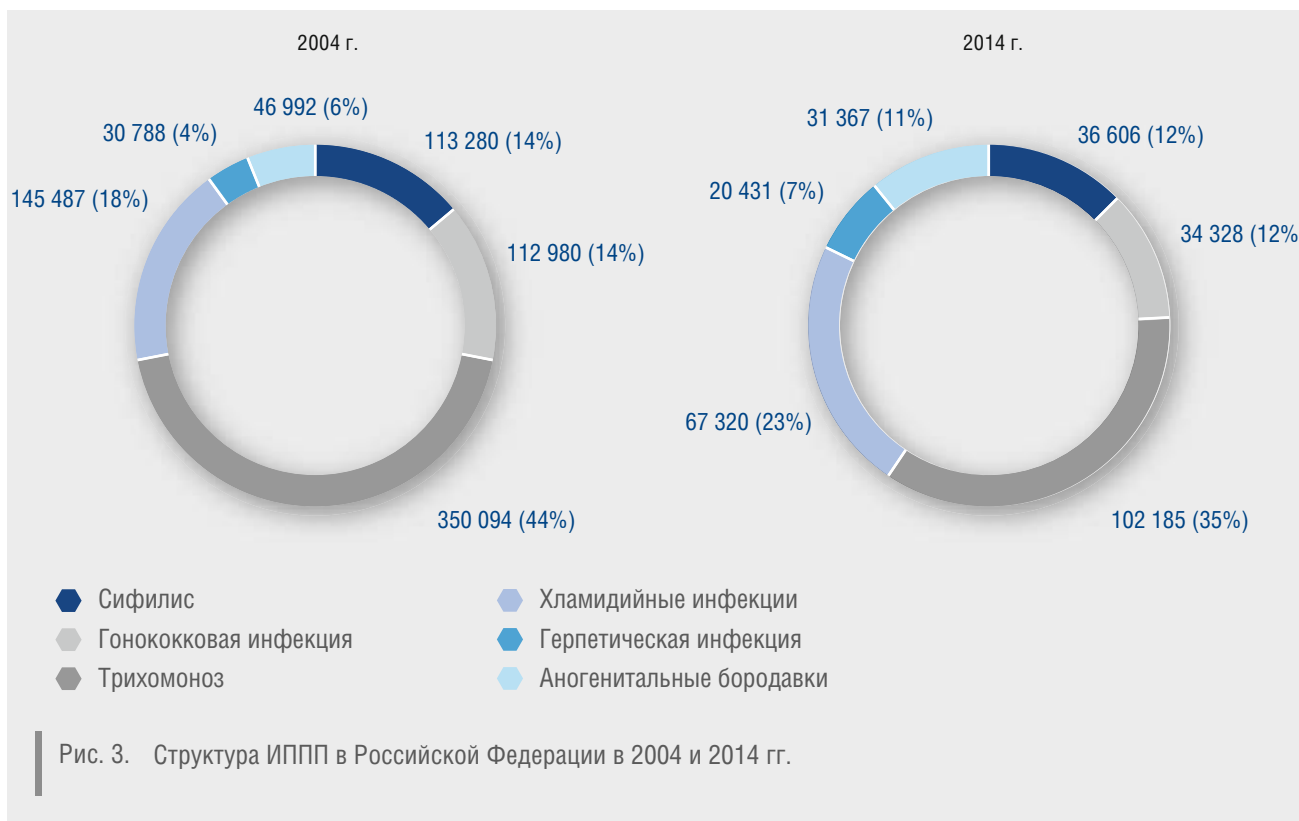


Рис. 3. Структура ИППП в Российской Федерации в 2004 и 2014 гг.

в 2014 г.), увеличение заболеваемости поздними формами сифилиса почти в 4 раза (1,0 — в 2004 г., 3,8 — в 2014 г.) и неуточненными формами — более чем в 4 раза (0,6 — в 2004 г., 2,6 — в 2014 г.) [2, 3].

Одним из значимых и наиболее важных достижений дерматовенерологической службы Российской Федерации является снижение за последние 10 лет заболеваемости сифилисом детей: в возрасте от 0 до 14 лет — на 80%, в возрасте от 15 до 17 лет — на 78% (рис. 4).

В 2014 г. число зарегистрированных случаев сифилиса в детской возрастной группе 0—14 лет составило 268, что соответствует показателю заболеваемости 1,1 на 100 000 соответствующего населения, который на 21% ниже аналогичного показателя предыдущего года (1,4) и приблизительно в 5 раз меньше показателя 2004 г. (5,4 на 100 000 соответствующего населения).

Среди детей в возрасте 15—17 лет в 2014 г. было зарегистрировано 611 случаев сифилиса, показатель заболеваемости был равен 15,3 на 100 000 соответствующего населения, тогда как в 2013 г. аналогичный показатель составлял 19,1 на 100 000 населения. Снижение заболеваемости сифилисом в данной возрастной группе составило 20% за период 2013—2014 гг. и было пятикратным за период 2004—2014 гг. [2, 3].

В Российской Федерации активно проводятся мероприятия по профилактике врожденного сифилиса. Совместно с акушерами-гинекологами осуществляется эффективное выявление сифилиса у беременных,

которые в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденным приказом Минздрава России от 01.11.2012 №572н (ред. от 17.01.2014 г.), проводят обследование беременных женщин на наличие антител к *Treponema pallidum*. У большей части беременных сифилис выявляют в I и II триместрах (в 34 и 38% случаев соответственно в 2014 г.). Число беременных с вновь установленным диагнозом сифилиса, выявленных в родах, в 2004 г. составило 945 (11,9% от общего числа женщин с вновь установленным диагнозом). В 2014 г. было зарегистрировано 187 таких женщин, а их доля в структуре всех беременных с вновь установленным диагнозом сифилиса снизилась до 5,8%. Тем не менее, несмотря на положительную динамику снижения числа беременных с вновь установленным диагнозом сифилиса, выявленного в родах, доля их в структуре существенно не уменьшается и остается на прежнем уровне — около 6% с 2011 г. (рис. 5) [2, 4].

Следует отметить, что за последние четыре года наметилась благоприятная тенденция в структуре исходов беременностей у женщин с вновь установленным диагнозом сифилиса в сторону уменьшения доли искусственного аборта (с 11,1% в 2011 г. до 6,2% в 2014 г.) и увеличения доли женщин, у которых беременность закончилась родами (с 57,0% в 2011 г. до 61,6% — в 2014 г.) (рис. 6) [2, 4].

В 2014 г. число зарегистрированных случаев врожденного сифилиса составило 86, показатель заболеваемости врожденным сифилисом на 100 000 соответ-

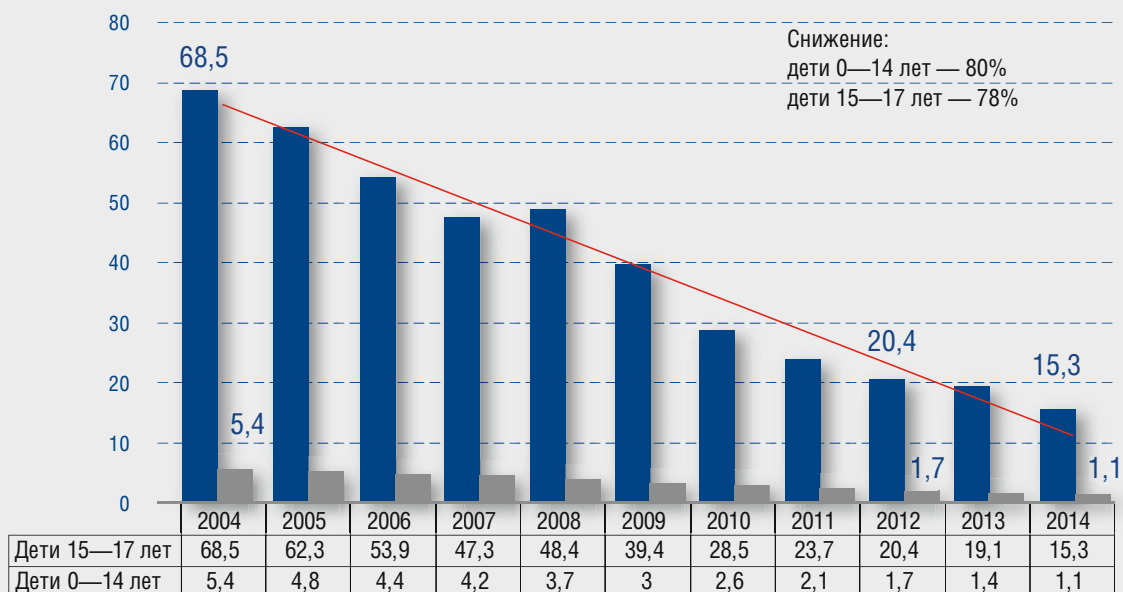
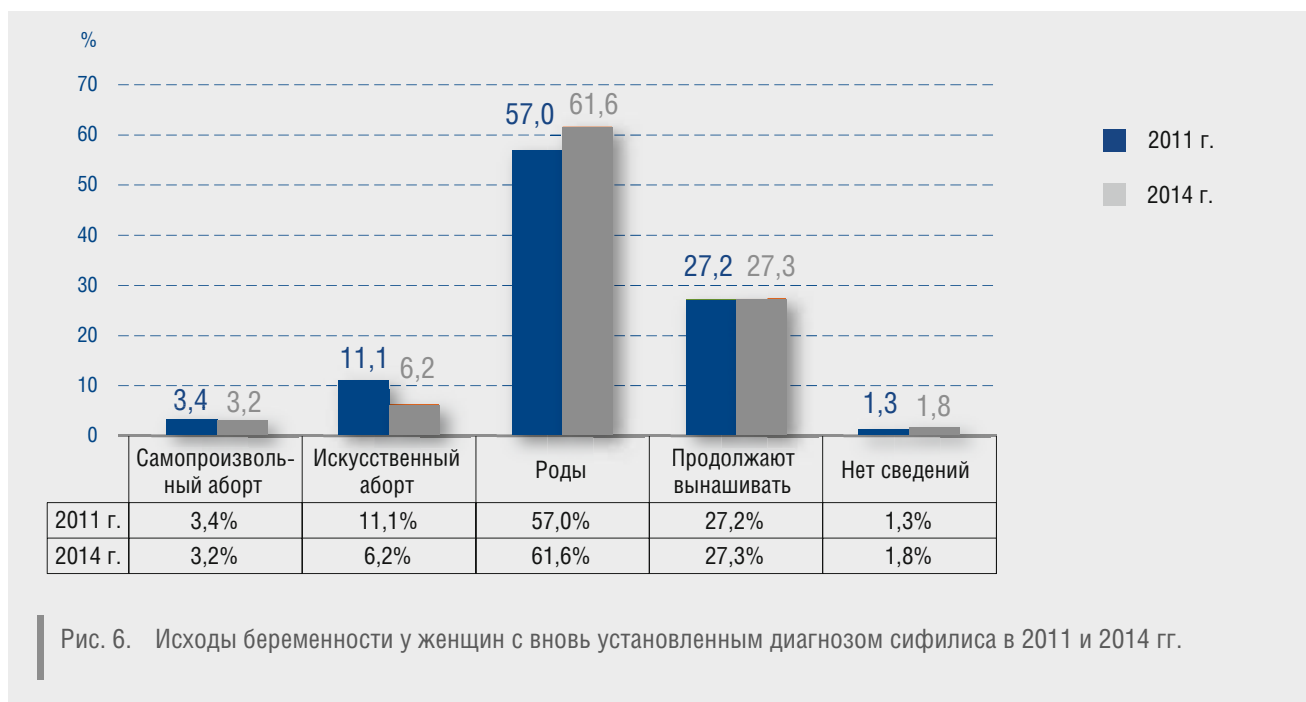


Рис. 4. Динамика заболеваемости сифилисом детей в возрасте 0—17 лет на 100 000 соответствующего населения в 2004—2014 гг. в Российской Федерации



	2013 г.		2014 г.	
	абс.	на 100 000 детского населения	абс.	на 100 000 детского населения
Российская Федерация	112	0,5	86	0,4
Центральный ФО	30	0,6	16	0,3
Северо-Западный ФО	12	0,6	7	0,3
Южный ФО	11	0,5	5	0,2
Северо-Кавказский ФО	11	0,5	11	0,5
Приволжский ФО	21	0,4	16	0,3
Уральский ФО	3	0,1	2	0,1
Сибирский ФО	34	1,1	26	0,7
Дальневосточный ФО	12	1,2	3	0,3

Рис. 7. Динамика заболеваемости врожденным сифилисом в Российской Федерации в 2013 и 2014 гг.

ствующего населения был равен 0,36, что в 5 раз ниже аналогичного показателя заболеваемости в 2004 г. (1,8) и на 40% ниже показателя в 2013 г. (0,5). В 2014 г. показатели заболеваемости врожденным сифилисом (на 100 000 соответствующего населения), превышающие среднероссийский показатель, зарегистрированы в Сибирском (0,7) и Северо-Кавказском (0,5) федеральных округах. По сравнению с 2013 г. значительно уменьшилось число зарегистрированных случаев врожденного сифилиса в Дальневосточном (с 12 до 3), Центральном (с 30 до 16 случаев) и Северо-Западном (с 12 до 7 случаев) федеральных округах (рис. 7) [2, 3].

В настоящее время полная ликвидация врожденного сифилиса является одной из важнейших задач отечественного здравоохранения. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) разработана Программа по достижению элиминации передачи ВИЧ от матери к ребенку и врожденного сифилиса в странах Европы и Центральной Азии. Для участия в Программе необходимо соответствие разработанным ВОЗ критериям. Достижение критериев в большинстве субъектов Российской Федерации позволит обратиться в Европейское региональное бюро ВОЗ для получения статуса участника для страны в целом.

Заболеваемость болезнями кожи в Российской Федерации в 2014 г. продолжает оставаться стабильно высокой — 4710,5 на 100 000 населения. Большая часть регистрируемой заболеваемости приходится на атопический дерматит (234,3 на 100 000 населения) и псориаз (65,8 на 100 000 населения) (рис. 8) [2, 5].

Еще большую озабоченность вызывает заболеваемость дерматозами у детей в возрасте 0—14 лет — 8850 на 100 000 соответствующего населения, т. е. количество детей этого возраста с впервые установленным диагнозом составляет 9% от численности всех детей данной возрастной категории в Российской Федерации. В этой возрастной группе наблюдают стабильно высокие возрастные показатели заболеваемости атопическим дерматитом (на 100 000 соответствующего населения): 1038,3 в 2013 г., 1025,9 в 2014 г. (рис. 9).

Заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки, регистрируемая среди подростков 15—17 лет, еще выше — 8964 на 100 000 соответствующего населения. При этом в данной возрастной группе обращают на себя внимание показатели заболеваемости псориазом — 107,8 на 100 000 соответствующего населения, являющиеся самыми высокими среди повозрастных (рис. 10) [2, 5].

В 2014 г. медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология» пациенты получали в 139 кожно-венерологических диспансерах (КВД) и 8 центрах специализированных видов медицинской помощи, а также в 3262 кабинетах и на базе отделений областных, краевых, республиканских, центральных районных, районных и городских больниц, в клиниках научно-исследовательских институтов и высших учебных заведений.

За период 2004—2014 гг. число КВД уменьшилось более чем в 2 раза, с 318 до 139 (рис. 11), восемь дис-



Рис. 8. Заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки всего населения Российской Федерации на 100 000 населения в 2013 и 2014 гг.



Рис. 9. Заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки детей в возрасте 0—14 лет на 100 000 соответствующего населения в Российской Федерации в 2013 и 2014 гг.

пансеров были преобразованы в центры специализированных видов медицинской помощи. В 2014 г. ГБУЗ «Магаданский областной кожно-венерологический диспансер» утратил свою самостоятельность и был включен в структуру ГБУЗ «Магаданская областная больница».

За период 2004—2014 гг. в Российской Федерации наблюдается снижение числа врачей-дерматовенерологов с 10 142 в 2004 г. до 8772 в 2014 г., максимальные темпы снижения отмечены в 2011—2014 гг. Несмотря на уменьшение абсолютного числа врачей-дерматовенерологов, показатель обеспеченности на-

селения врачами-дерматовенерологами длительное время оставался на уровне 0,7, его снижение менее 0,7 на 10 000 населения отмечено с 2012 г. Обеспеченность населения врачами-дерматовенерологами в 2014 г. составила 0,59 на 10 000 населения, что на 14% ниже показателя в 2004 г. (0,7 на 10 000 населения) (рис. 12).

Основным показателем, характеризующим деятельность медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, является показатель работы койки. Число дерматовенерологических коек в Российской Федерации также



Рис. 10. Заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки детей в возрасте 15—17 лет на 100 000 соответствующего населения в Российской Федерации в 2013 и 2014 гг.

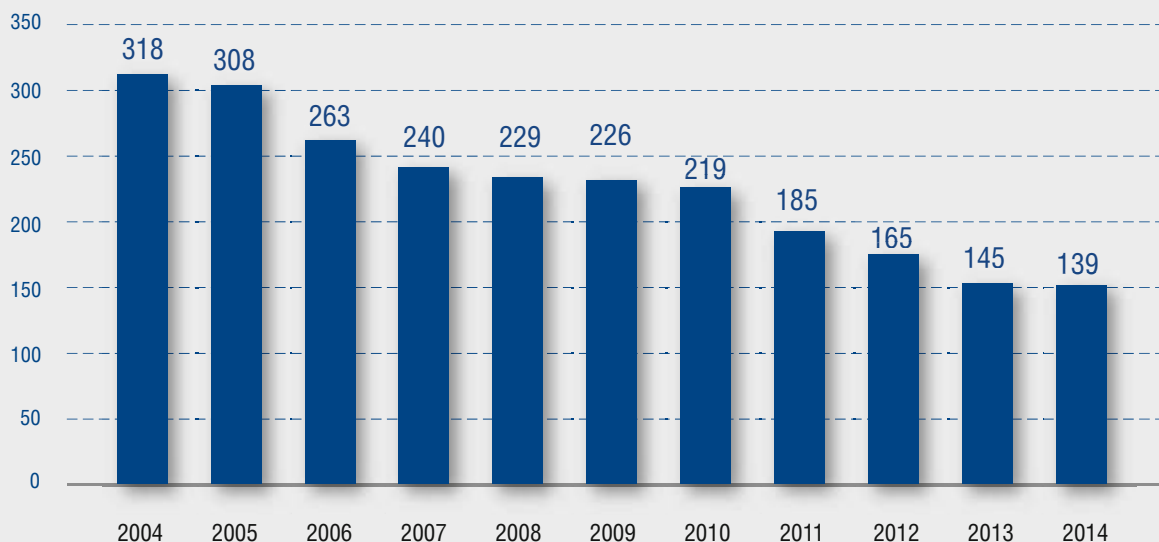


Рис. 11. Число КВД в Российской Федерации в 2004—2014 гг.

продолжает снижаться. За период 2004—2014 гг. было сокращено 9704 дерматовенерологических койки (45%), в результате в 2014 г. в медицинских организациях Российской Федерации, оказывающих медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология», всего было развернуто 11 794 койки, из них 9016 дерматологических (7490 — для взрослых и 1526 — для

детей) и 2778 венерологических (2660 — для взрослых и 118 — для детей) (рис. 13) [2, 6].

Показатель работы дерматовенерологической койки в 2014 г. составил 303 дня и на протяжении последних 5 лет находился приблизительно на одном уровне — ниже целевого показателя (330 дней) (рис. 14). При этом самой загруженной в 2014 г., как

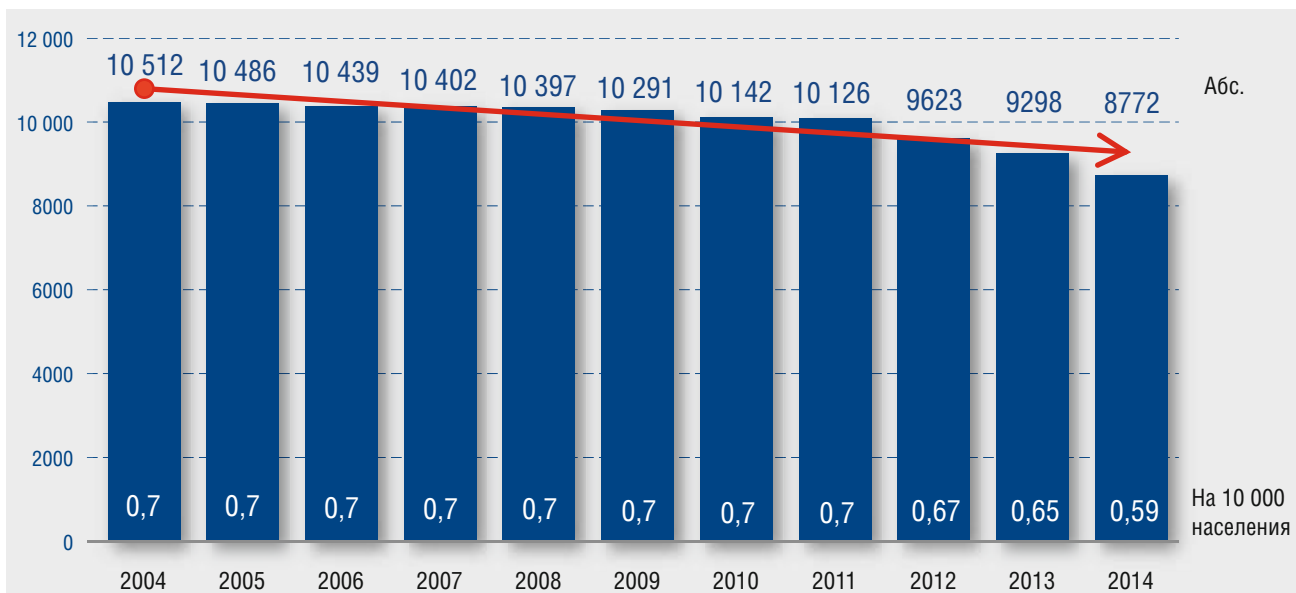


Рис. 12. Обеспеченность населения Российской Федерации врачами-дерматовенерологами в 2004—2014 гг.

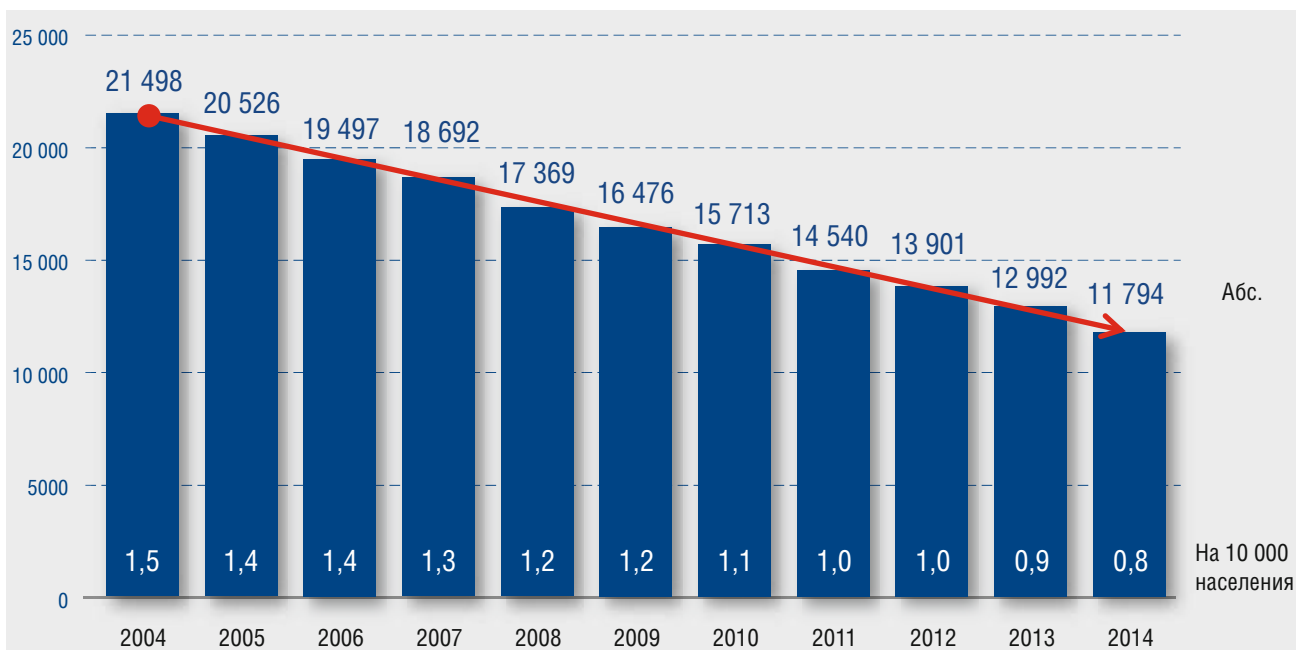


Рис. 13. Обеспеченность населения Российской Федерации дерматовенерологическими койками в 2004—2014 гг.

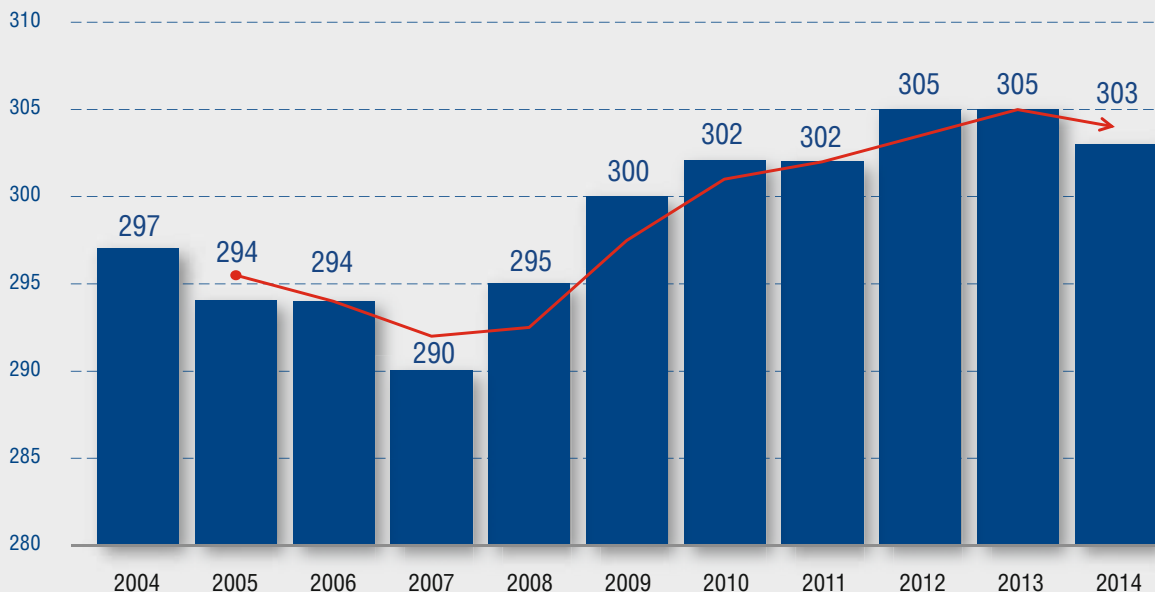


Рис. 14. Динамика показателей работы дерматовенерологической койки в Российской Федерации за период 2004—2014 гг., дней

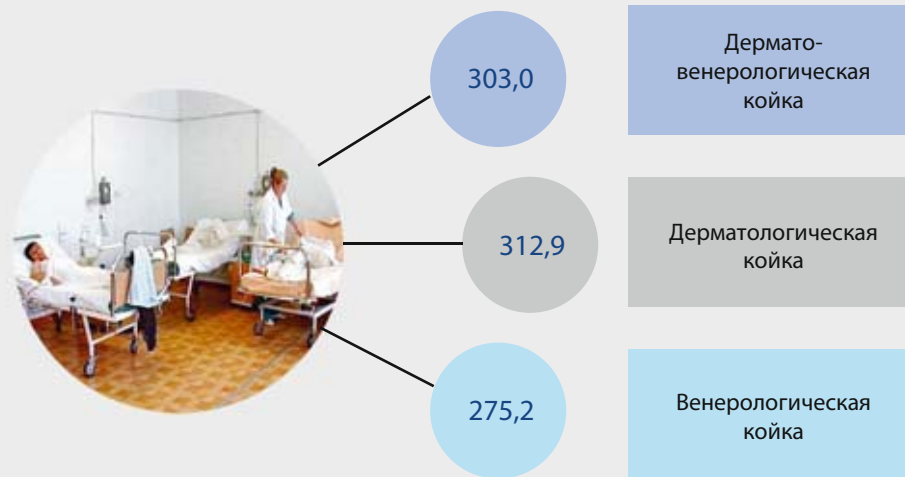
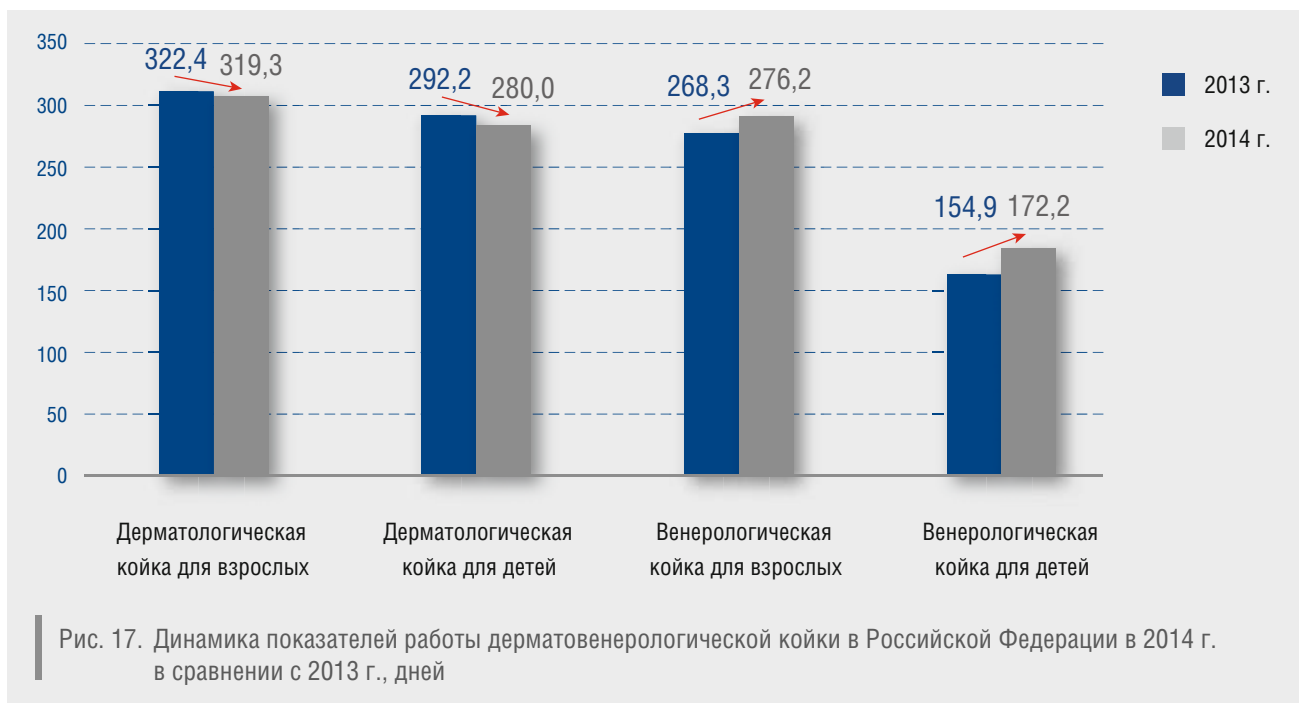
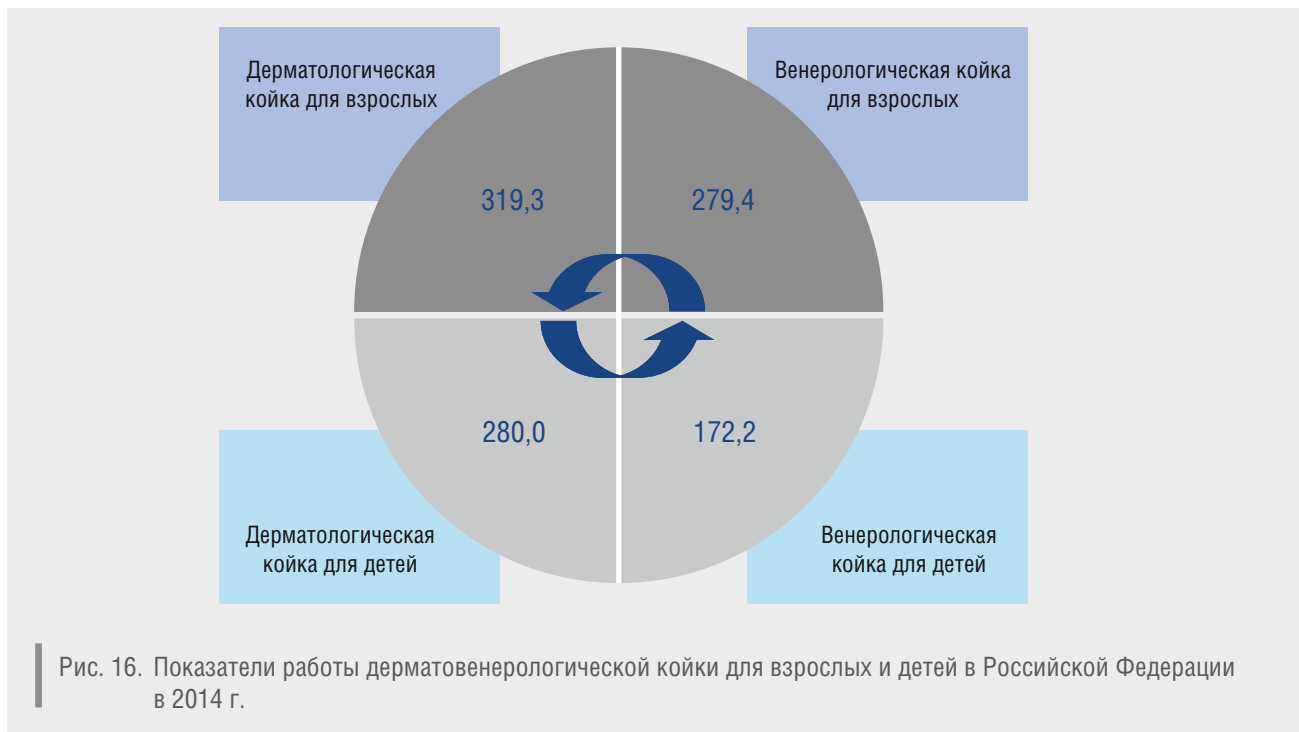


Рис. 15. Показатели работы дерматовенерологической койки в Российской Федерации в 2014 г., дней

и ранее, была дерматологическая койка (работа койки 312,9 дня), а именно дерматологическая койка для взрослых, работа которой составила 319,3 дня в году. Вызывает озабоченность низкий показатель работы дерматологической койки для детей (280 дней), не соответствующий высокому уровню заболеваемости дерматозами детей и подростков (рис. 15, 16).

Показатели работы венерологической койки в 2014 г. оставались на недостаточном уровне (275,2 дня), однако при сравнении с предыдущим годом можно отметить некоторую интенсификацию работы койки как для взрослых (268,3 дня в 2013 г., 276,2 дня в 2014 г.), так и для детей (154,9 дня в 2013 г., 172,2 дня в 2014 г.) (рис. 17) [2, 6].



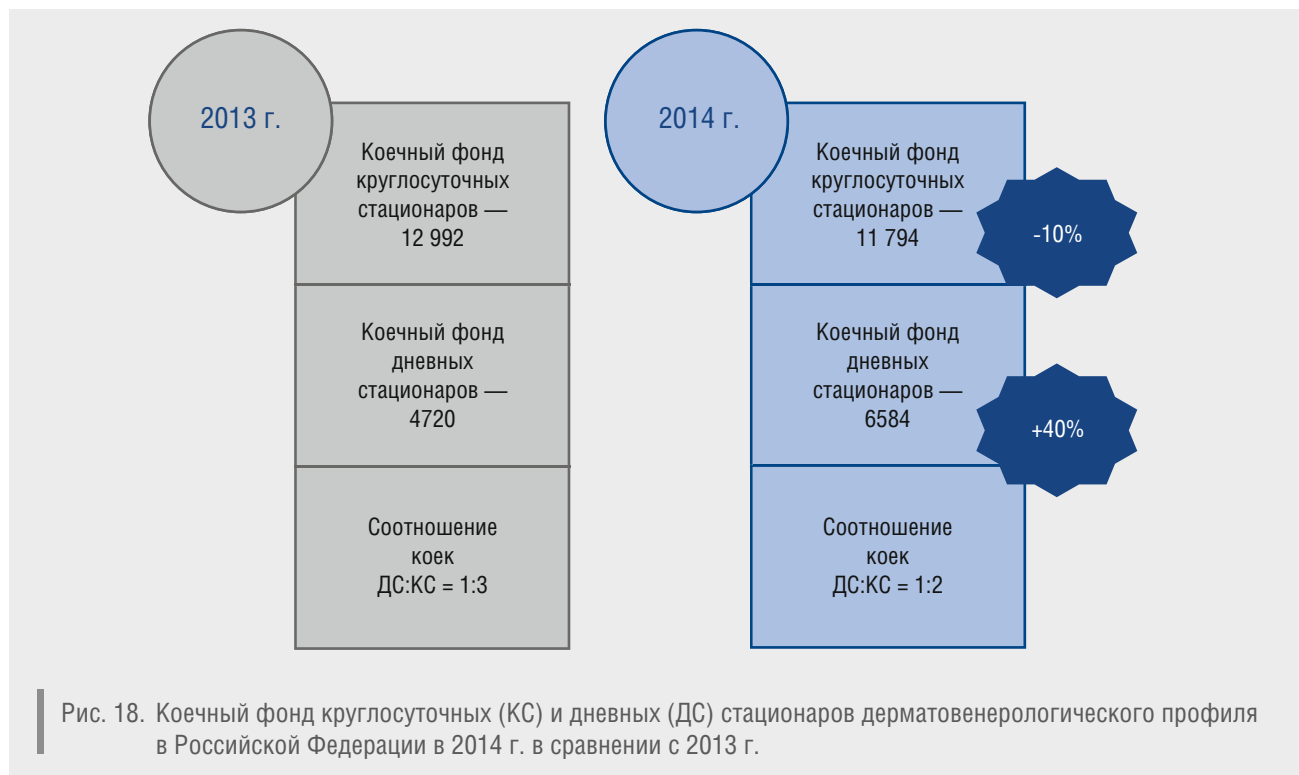
Сокращение числа коек круглосуточных стационаров в 2014 г. сопровождалось увеличением на 40% фонда коек и койко-мест дневных стационаров, происшедшим в рамках внедрения стационарозамещающих технологий. В 2014 г. всего в дневных стационарах было развернуто 6584 койки и койко-места, что составило 35,8% от общего коечного фонда дерматовенерологического профиля круглосуточных и дневных стационаров (18 378 коек и койко-мест). Проведенные мероприятия по реструктуризации коечного фонда изменили соотношение числа коек дневного и круглосуточного стационаров от 1:2,8 в 2013 г. до 1:1,8 в 2014 г. (рис. 18) [2, 6, 7].

Число коек дневного стационара медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в 2014 г. составило 3418, что на 17,6% больше, чем в 2013 г. (2907 коек), из них коек дерматологического профиля для взрослых — 2854, для детей — 257, коек венерологического профиля для взрослых — 299, для детей — 8. В 2014 г. на койках данного профиля было пролечено 72 014 больных, что на 23% больше, чем в предыдущем. Работа койки дневного стационара медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных

условиях, дерматологического профиля для взрослых составила 304,7 дня, для детей — 325,2 дня, работа венерологической койки для взрослых — 258,4 дня, для детей — 117,8 дня.

Число койко-мест в дневных стационарах медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в 2014 г. составило 3166 койко-мест, что на 74,6% больше, чем в 2013 г. (1813 койко-мест). Число пролеченных на этих койко-местах больных по сравнению с предыдущим годом также увеличилось на 71,7%, составив 79 087 (в 2013 г. — 46 069). Работа койко-места дневного стационара дерматовенерологического профиля медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в 2014 г. в целом составила 303,6 дня, в том числе работа койко-места дерматологического профиля для взрослых — 308,2 дня, для детей — 239 дней, работа койко-места венерологического профиля для взрослых — 288,3 дня, для детей — 358,1 дня (рис. 19) [2, 7].

Таким образом, в 2014 г. в Российской Федерации сохраняется устойчивое снижение во всех возрастных категориях заболеваемости ИППП, в первую очередь сифилисом и гонококковой инфекцией. Наи-



ДС медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях				ДС медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях			
3166 коек				3418 коек			
Работа койки 303,6 дня				Работа койки 301,7 дня			
2703	121	323	19	2854	257	299	8
дерм. койки для взрослых	дерм. койка для детей	вен. койки для взрослых	вен. коек для детей	дерм. койки для взрослых	дерм. коек для детей	вен. коек для взрослых	вен. коек для детей
Работа 308,2 дня	Работа 239 дней	Работа 288,3 дня	Работа 358,1 дня	Работа 305 дней	Работа 325,2 дня	Работа 258,4 дня	Работа 117,8 дня

Рис. 19. Число и работа коек и койко-мест дневных стационаров (ДС) дерматовенерологического профиля в Российской Федерации в 2014 г.

более интенсивное снижение заболеваемости сифилисом отмечается в детских возрастных группах 0—14 и 15—17 лет. Наблюдается снижение заболеваемости врожденным сифилисом. Заболеваемость дерматозами в целом остается на прежнем уровне.

В 2014 г. в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология», было проведено интенсивное внедрение стационарозамещающих технологий. Коечный фонд дневных стационаров по сравнению с 2013 г. был увеличен на 40% (число коек дневных стационаров медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, было увеличено на 17,6%, число койко-мест дневных стационаров медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, — на 74,6%). В результате реструктуризации коечного фонда число развернутых в 2014 г. коек и койко-мест дневных стационаров составило 1864, при числе сокращенных в 2014 г. коек круглосуточных стационаров 1198. Внедрение стационарозамещающих технологий способствовало достижению основной цели развития отрасли здравоохранения — повышению доступности медицинской помощи населению, в данном случае оказываемой в условиях дневного стационара. В 2014 г. на фоне уменьшения числа больных, получивших лечение в круглосуточных стационарах, по сравнению с предыдущим годом лишь на 4,5% число больных, пролеченных в дневных стационарах медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в ста-

ционарных условиях, увеличилось на 23%, а в амбулаторных условиях — на 72%, что, вероятно, свидетельствует о высокой востребованности у пациентов медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров.

Выводы

1. Деятельность медицинских организаций, направленная на контроль над распространением ИППП, оценивается как эффективная.

2. Необходимо продолжить работу по оптимизации коечного фонда специализированных медицинских организаций с переходом на стационарозамещающие технологии и интенсифицировать работу дерматовенерологической койки круглосуточных стационаров.

3. Необходимо продолжать работу, направленную на дальнейшее снижение заболеваемости ИППП и элиминацию врожденного сифилиса.

4. В связи с высоким уровнем заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки необходимо усилить профилактическое направление в деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь больным дерматозами, особенно больным детского возраста.

5. Руководителям медицинских организаций следует активизировать работу по ведению Регистра больных хроническими заболеваниями кожи и формированию единых общероссийских подходов к профилактике, диагностике, лечению и реабилитации больных хроническими дерматозами. ■

Литература

1. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2014 г. http://static-0.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/026/627/original/Doklad_o_sostojanii_zdorovja_naselenija_2014.pdf?1434640648
2. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и болезнями кожи за 2004—2013 гг. [Статистические материалы]. Москва.
3. Отчетная форма федерального государственного статистического наблюдения № 9 «Сведения о заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем, и заразными кожными болезнями» за 2014 г.
4. Отчетная форма федерального государственного статистического наблюдения № 34 «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, и заразными кожными заболеваниями» за 2014 г.
5. Отчетная форма федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» за 2014 г.
6. Отчетная форма федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» за 2014 г.
7. Отчетная форма отраслевого статистического наблюдения № 14дс «Сведения о дневных стационарах медицинских организаций» за 2014 г.

об авторах: ▶

А. А. Кубанова — д.м.н., профессор, академик РАН, директор ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, Москва

А.А. Кубанов — д.м.н., профессор, зам. директора по научной работе ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, Москва

Л.Е. Мелехина — старший научный сотрудник научно-организационного отдела ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, Москва

Е.В. Богданова — к.м.н., старший научный сотрудник научно-организационного отдела ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, Москва

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье