

DOI: 10.25208/0042-4609-2018-94-1-14-26

Вековой опыт отечественной дерматовенерологии. Этапы развития кожно-венерологической помощи населению (часть II)

Кубанова А. А.¹, Мартынов А. А.¹, Власова А. В.²

¹ Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Российской Федерации

107076, Российская Федерация, г. Москва, ул. Короленко, д. 3, стр. 6

² Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации

119991, Российская Федерация, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Проведен анализ этапов формирования модели организации оказания кожно-венерологической помощи за период с 1917 по 2017 г.

Ключевые слова: дерматовенерология, кожно-венерологический диспансер, врач-дерматовенеролог, Великая Октябрьская социалистическая революция, Великая Отечественная война, Академия медицинских наук, новый хозяйственный механизм, кабинеты анонимного обследования и лечения, формы учета и отчетности, центры медико-социальной помощи семьям, детям и подросткам, федеральная целевая программа, приоритетный проект «Здоровье», высокотехнологичная медицинская помощь, дополнительная диспансеризация, государственные программы Российской Федерации, проектный метод управления, врач общей практики (семейный врач)

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Для цитирования: Кубанова А. А., Мартынов А. А., Власова А. В. Вековой опыт отечественной дерматовенерологии. Этапы развития кожно-венерологической помощи населению (часть II). Вестник дерматологии и венерологии. 2018;94(1):14–26. DOI: 10.25208/0042-4609-2018-94-1-14-26

A hundred years' experience in national dermatovenereology. Stages of development of dermatovenereological care for the population (part II)

Anna A. Kubanova¹, Andrey A. Martynov¹, Anna V. Vlasova²

¹ State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Ministry of Health of the Russian Federation
Korolenko str., 3, bldg 6, Moscow, 107076, Russian Federation

² I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation
Trubetskaya str., 8, bldg 2, Moscow, 119991, Russian Federation

The stages of the formation of a model for the organization of dermatovenereological care to the population of the Russian Federation during the period from 1917 to 2017 were analyzed.

Keywords: dermatovenereology, dermatovenerologic dispensary, dermatovenerologist, the Great October Socialist Revolution, the Great Patriotic War, Academy of Medical Sciences; new economic mechanism; anonymous examination and treatment rooms; accounting and reporting forms; centres for medical and social assistance to families and children; federal target programme; National Priority Project «Health»; high-tech medical care; additional prophylactic medical examination; Russian Federation state programmes; project management method; general practice doctor

Conflict of interest: the authors state that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in this article.

For citation: Kubanova A. A., Martynov A. A., Vlasova A. V. A hundred years' experience in national dermatovenereology. Stages of development of dermatovenereological care for the population (part II). Vestnik Dermatologii i Venerologii. 2018;94(1):14–26. DOI: 10.25208/0042-4609-2018-94-1-14-26

■ Дерматовенерология как составная часть «советской модели здравоохранения»

Всего по итогам Великой Отечественной войны на территории СССР было уничтожено и разграблено более 40 тыс. больниц, поликлиник, санэпидстанций и других медицинских учреждений. В послевоенные годы ощущался значительный недостаток медицинских кадров.

Однако к 1950 г. разрушенная войной экономика СССР была практически восстановлена. Число медицинских учреждений, больничных коек, врачей не только достигло довоенного уровня, но и значительно превзошло его [1, 2].

К 1959 г. значительно уменьшилась заболеваемость среди населения, общая смертность снизилась более чем в 4 раза, детская — в 7 раз, более чем в 2 раза увеличилась средняя продолжительность жизни граждан СССР. Медицинскими вузами ежегодно выпускалось 27 000 врачей и провизоров, что значительно превышало общее количество врачей в дореволюционной России [3].

Также увеличивалось число кожно-венерологических диспансеров (1924 г. — 60 КВД; 1941 г. — 603 КВД; 1951 г. — 644 КВД). В ранний послевоенный период основным направлением их работы оставалась борьба с венерическими заболеваниями.

В 1944 г. при Наркомздраве СССР был создан Совет по борьбе с венерическими заболеваниями. В том же году был предложен эффективный метод лечения гонореи пенициллином. В 1949 г. в схемы лечения сифилиса был включен пенициллин в сочетании с препаратами мышьяка, висмута и ртути. При этом к 1956 г. из схем лечения сифилиса были изъяты препараты мышьяка, было разрешено применение дюрантных препаратов пенициллина.

Важным событием для отечественного здравоохранения стало создание в период военных действий — в 1944 г. — в ведении Народного комиссариата здравоохранения СССР Академии медицинских наук СССР [4]. Одним из основоположников и первым президентом АМН СССР был академик Н. Н. Бурденко.

Создание Академии было призвано обеспечить взаимосвязь научных достижений советской медицины с клинической практикой. Работа проблемных комиссий Академии сыграла важную роль в изыскании правильных путей развития венерологии и дерматологии, организации тесной связи научных исследований с запросами практики здравоохранения [5].

В 1992 г. была организована Российская академия медицинских наук (далее — РАМН) как преемник Академии медицинских наук СССР, которая в 2013 г. была присоединена к Академии наук Российской Федерации [6].

В различные периоды дерматовенерологию в Академии представляли видные ученые: действительные члены (профессора Подвысоцкая О. Н., Шапошников О. К., Скрипкин Ю. К., Кубанова А. А.) и члены-корреспонденты (профессора Кожевников П. В., Павлов С. Т., Потекаев Н. С., Рахманов В. А., Кубанов А. А.).

К 1951 г. в СССР вновь был ликвидирован мягкий шанкр. Активные формы сифилиса снизились в 32,8 раза, в том числе заразные формы — в 40,6 раза, свежие формы — в 43,4 раза, а первичный сифилис — в 36,3 раза; в 1958 г. в СССР не было зарегистрировано больных сифилисом в 60 % районов, а больных свежими формами не было зарегистрировано в 84 % районов. Также не было зарегистрировано бытовых, внеполовых заражений сифилисом [7, 8].

К числу важных достижений в борьбе с сифилисом и некоторыми кожными заболеваниями того периода относится создание в стране нового типа лечебных учреждений — диспансеров. Первые диспансеры были созданы для борьбы с сифилисом, и они в дальнейшем стали образцами новой советской системы активного оздоровления населения в тесном сочетании с лечебной и профилактической работой.

В период с 1948 по 1952 г. Минздравом СССР была проведена кардинальная перестройка структуры организации здравоохранения, в ходе которой осуществлялось объединение больниц и поликлиник, создание в районах так называемых центральных и просто объединенных (номерных) больниц.

Указанная реорганизация была обусловлена тем, что значительная часть самостоятельных учреждений здравоохранения являлись очень мелкими. Их раздробленность приводила к нерациональному распределению специалистов, необоснованному росту штатов административно-хозяйственного персонала, мешало управлению учреждениями и создавало препятствия их материально-техническому снабжению [9].

Самостоятельное и обособленное существование амбулаторно-поликлинических учреждений создавало искусственный отрыв врачей, работающих в этих учреждениях, от клиник и больниц, что снижало качество медицинской помощи. Сеть больниц смешанной специализации была признана наиболее полно отвечающей современным требованиям, однако развития недостаточно.

Кроме того, значительная часть лечебно-профилактических учреждений была развернута в непригодных помещениях или находилась на большом расстоянии от обслуживаемых групп населения или друг от друга (амбулатории от больниц).

В результате проведенной реорганизации типовым лечебно-профилактическим учреждением для оказания кожно-венерологической помощи становится диспансер с соответствующим стационарным учреждением, имеющий соответствие структурных частей стационара и поликлиники по основным специальностям, а также по мощности при обязательной работе лечащих врачей в стационаре с обслуживанием населения в поликлинике или на участке.

Впервые была предложена система четкой градации республиканских, краевых, областных, городских и районных диспансеров со стационарами при них, районных венерологических кабинетов при районных больницах и венерологических отделений объединенных больниц с амбулаторным приемом [10].

В городах основным типом медицинской организации по профилю стал кожно-венерологический диспансер (городской, районный или областной), а в сельской местности — кожно-венерологические кабинеты при районных объединенных больницах. В городах районного подчинения городской кожно-венерологический диспансер мог выполнять одновременно функции городского и районного диспансера, обслуживая как городское, так и сельское население.

Также в рамках реорганизации кожно-венерологические отряды были включены в состав КВД; кожно-венерологические пункты включались как кабинеты в состав поликлиники больницы или в состав соответствующего диспансера.

КВД в зависимости от мощности, которая определялась по числу врачебных должностей, были подразделены на шесть категорий (табл. 1) [11].

Таблица 1. Категории кожно-венерологических диспансеров с 1951 года
Table 1. Categories of dermatovenereological dispensaries existing since 1951

Показатели	I к.	II к.	III к.	IV к.	V к.	VI к.
Число стационарных коек	75–100	50–75	35–50	35–35	20–25	10–15
Число врачей-должностей	20	15	10	7	5	3

Количество коек для обеспечения кожно-венерологической помощью населения города определялось исходя из соотношения 1,6 соответствующей койки на 4000 населения городского врачебного участка. При этом допускалась вариация соотношения количества кожно-венерологических коек и общее число больничных коек в регионе на уровне 2,5–3,5 %.

Число врачей определялось из расчета 0,25 врачебной должности врача-дерматовенеролога на 4000 населения городского врачебного участка, т. е. одна должность на 16 000 населения. Одновременно было проведено строгое нормирование деятельности среднего и младшего медицинского персонала КВД.

Впервые наиболее полно были сформулированы основные функции КВД, в частности:

- лечебно-профилактическая работа;
- профилактика и борьба с венерическими заболеваниями, особенно в сельской местности;
- организация учета больных кожными и венерическими болезнями;
- организация борьбы с гнойничковыми болезнями;
- борьба с грибковыми болезнями;
- борьба с лепрой;
- работа по подготовке кадров;
- санитарно-просветительская работа;
- лабораторная помощь.

В КВД в зависимости от их мощности при поликлинике создавались два отделения для раздельного ведения приема больных мужчин и женщин. В каждом отделении выделялись кабинеты по кожным болезням и сифилису, по мужской и женской гонорее. Прием детей мог производиться в женском отделении.

В небольших КВД приемы по кожным болезням, сифилису и гонорее проводились в одном кабинете, однако раздельно для мужчин и женщин.

Также в КВД создавался ряд вспомогательных отделений и кабинетов, клиничко-диагностическая лаборатория, серологическая лаборатория, физиотерапевтический кабинет, рентгенодиагностический и рентгенотерапевтический кабинеты, микологический кабинет, организационно-методический отдел.

КВД привлекали в качестве консультантов (терапевта, невропатолога, окулиста, лор-врача, педиатра и др.). Также привлекались к лечебной и профилактической работе сотрудники профильных кафедр, которыми в том числе обеспечивалась организация научных конференций, семинаров и декадников.

Врач в условиях КВД проводил амбулаторный прием больных, курировал стационарных больных, а также выполнял профилактическую работу на прикрепленном предприятии, в детских учреждениях и проводил санитарно-просветительную работу.

Рабочий день врача-дерматовенеролога составлял 6,5 часа, которые распределялись так:

– работа в стационаре — 2,5 часа (курация 5–6 больных);

– амбулаторный прием больных — 3 часа (с нагрузкой 8 человек/час);

– профилактическая работа вне диспансера — 1 час.

Работа врачей в системе объединенного со стационаром КВД обеспечивала преемственность в лечении и наблюдении больных. Врач, проводя амбулаторный прием больных и направляя нуждающихся в стационар, мог вести дальнейшее наблюдение за этими больными в стационаре.

В создаваемых при КВД ночных профилактических пунктах медицинская помощь оказывалась фельдшерами и санитарями.

В целях приближения квалифицированной кожно-венерологической стационарной и амбулаторной помощи к сельскому населению в отдельных регионах организовывались межрайонные КВД [12].

Связь между стационаром КВД и другими лечебными учреждениями осуществлялась посредством обменных карт.

В первые годы советского здравоохранения лечебные учреждения вели цифровой учет венерических заболеваний.

Начиная с 1933 г. в условиях, по сути, пилотного проекта отработывалась методика карточного учета заболеваемости. Метод позволял учитывать больных не только с активными, но и со скрытыми формами венерических заболеваний. С 1939 г. с учетом выявленных преимуществ данного метода карточный учет заболеваемости был предложен к широкому внедрению.

Начиная с 1943 г. был введено обязательное извещение о заболеваемости заразными формами сифилиса [13]. Обязательность извещения о каждом случае заболевания заразной формой сифилиса на карте регистрации острозаразных заболеваний была возложена на всех врачей независимо от ведомственной принадлежности, а также частнопрактикующих врачей и средний медицинский персонал, ведущих самостоятельный прием.

С 1949 г. стали регистрироваться не только активные и латентные формы венерических заболеваний, но и грибковые заболевания. При обнаружении заразного кожного или венерического заболевания врачом любой специальности заполнялась карточка-извещение по специальной форме. В эти карточки заносились данные обследования больных активными формами сифилиса, больных латентными формами сифилиса, больных поздним врожденным сифилисом, больных висцеральным и нервным сифилисом, а также грибковыми заболеваниями (фавус, трихофития и микроспория).

Регистрация всех форм сифилиса обеспечивала полноту учета больных сифилисом.

Экстренное извещение об острозаразном больном высылалось в течение суток эпидемиологу районного или городского отдела здравоохранения, осуществлявшего контроль за госпитализацией больного, обследованием его семьи, выявлением источников и другими профилактическими мероприятиями.

С развитием медицинской науки и методов лабораторной идентификации возбудителей венерических заболеваний изменялись и формы статистических наблюдений.

По итогам V Всесоюзного съезда дерматовенерологов была организована разработка статистических материалов по кожным болезням [14].

К настоящему моменту рассмотренное извещение трансформировалось в «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом: сифилиса, гонококковой инфекции, хламидийных инфекций, трихомоноза, аногени-

тальной герпетической вирусной инфекции, аногенитальных (венерических) бородавок, микоза, чесотки» [15].

В целом по прошествии 100 лет с Великой Октябрьской социалистической революции статистика кожно-венерологических заболеваний получила значительное развитие.

Продолжается сбор подробных данных о заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (сифилисом, гонококковой инфекцией, трихомонозом, хламидийной инфекцией, аногенитальной герпетической вирусной инфекцией, негенитальными венерическими заболеваниями), дерматофитиями (микроспорией, трихофитией, микозами стоп и кистей, онихомикозами), чесоткой.

Помимо этого, обеспечен сбор подробной статистической информации о материально-техническом состоянии и организации деятельности кожно-венерологических учреждений.

Кроме того, с 2010 г. расширен перечень дерматозов, об уровне заболеваемости которых ведется сбор статистической информации. В дополнение к atopическому дерматиту и контактному дерматиту сбор информации проводится по заболеваемости буллезным пемфигоидом, дерматитом герпетическим Дюринга, дискоидной красной волчанкой, локализованной склеродермией, пузырчаткой, псориазом и псориазом артропатическим [16].

Соответствующая статистическая информация позволяет оценить эпидемиологическую ситуацию по профилю, а также обеспечить рациональное планирование ресурсной базы кожно-венерологических учреждений.

Успехи отечественной венерологии неоспоримы. Вместе с тем следует учитывать и тот факт, что в конце 1950-х гг. было убедительно показано, что снижение смертности населения за первую половину XX в. было обусловлено не только развитием медицины, но и повышением благосостояния общества и широким внедрением санитарно-гигиенических мер.

Кроме того, к середине 1950-х гг. стало очевидно, что несомненные успехи в борьбе с венерическими заболеваниями привели отдельных руководителей органов здравоохранения к неправильному заключению, что с указанной группой болезней уже покончено. Снизилось внимание органов здравоохранения к качеству работы кожно-венерологической сети, а сама сеть подверглась значительному сокращению [17].

В период с 1955 до 1962 г. в некоторых союзных республиках уменьшилось количество амбулаторных и стационарных кожно-венерологических учреждений, отмечалось резкое сокращение подготовки врачей-дерматовенерологов.

Был ликвидирован ряд научно-исследовательских кожно-венерологических институтов (в Ленинграде, Украинской ССР), а также республиканских и областных кожно-венерологических диспансеров (Латвийская и Молдавская ССР, Татарская АССР).

Также был реорганизован ряд кожно-венерологических диспансеров в отделения и кабинеты общих больниц в Туркменской, Молдавской, Украинской ССР и в некоторых других союзных республиках.

Несмотря на неукомплектованность врачами-дерматовенерологами КВД, венотделений и венкабинетов, допускалось использование врачей-дерматовенерологов не по специальности [18].

Была ослаблена профилактическая работа, практически свернута санитарная пропаганда среди населения. Снизилась активность по выявлению и привлечению

к лечению источников инфекции (в частности, выявлялось не более 50 % источников при требовании в 70 % к результатам такой работы) [5]. Не выполнялись требования о двукратной вассерманизации беременных и обследовании на гонорею всех женщин, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями мочеполовых органов.

Одновременно снизилась частота госпитализации больных грибковыми заболеваниями (не более 50–70 % случаев), что отрицательно сказывалось на динамике соответствующей заболеваемости.

Кроме того, стали выявляться случаи фальсификации регистрируемой заболеваемости венерическими заболеваниями (в частности, в Грузинской ССР), а также сокрытие таких случаев при обращениях к частнопрактикующим специалистам (врачам, медицинским сестрам) [5].

В результате наметилась отрицательная тенденция по заболеваемости венерическими заболеваниями. По итогам 1960 г. в СССР еще отмечалось снижение соответствующей заболеваемости [19]. Однако начиная с 1961 г. имело место повышение заболеваемости сифилисом в некоторых союзных республиках, краях, областях и городах. Наибольший рост заболеваемости сифилисом был зарегистрирован в 1961 г. в Грузинской, Азербайджанской и Армянской ССР. Рост заболеваемости продолжался и в 1962 г.

Также замедлились темпы снижения заболеваемости гонореей. По итогам 1962 г. был зарегистрирован высокий уровень заболеваемости гонореей в ряде краев, областей и городов РСФСР (Мурманская, Омская, Томская, Тюменская, Калининградская, Кемеровская), в Латвийской, Эстонской, Литовской и Молдавской ССР.

В целях дальнейшего улучшения медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР перед органами здравоохранения в 1960 г. было поставлено в том числе две основные задачи [20]:

- ликвидировать в ближайшие годы ряд инфекционных заболеваний, включая сифилис;
- резко снизить заболеваемость гонореей.

Для достижения указанных целей с 1963 г. была обеспечена работа по следующим направлениям [18]:

- пересмотр сети кожно-венерологических учреждений в целях восстановления ранее закрытых/реорганизованных КВД, а также дальнейшего расширения профильных учреждений;
- создание крупных серологических лабораторий на правах отделений в составе республиканских, краевых, областных, городских КВД, при этом на их базе было сосредоточено проведение всех серологических исследований на сифилис (освободив от этой работы клинико-диагностические лаборатории общих больниц, станций переливания крови и других учреждений);
- 100%-ный охват госпитализацией больных заразными формами сифилиса в первые 24 часа после установления диагноза;
- госпитализация до полного излечения больных гонореей, не имеющих постоянного места жительства и не сообщающих сведений об источнике заражения;
- прием на лечение больных заразными формами сифилиса и гонореей, независимо от их места жительства;
- диспансерное обслуживание больных трихомонозом;
- тотальная вассерманизация больных, находящихся на лечении в терапевтических и неврологических стационарах больниц;

- вовлечение акушеров-гинекологов в борьбу с венерическими заболеваниями;
- введение запрета врачам и другим медицинским работникам всех специальностей заниматься лечением больных венерическими заболеваниями на дому.

В последующий период на уровне страны принимались дополнительные меры по усилению борьбы с венерическими заболеваниями, в том числе [21]:

- расширение с 1977 г. контингента лиц, серологически обследуемых на сифилис;
- широкое внедрение методов экспресс-диагностики сифилиса;
- совершенствование методов принудительного характера в отношении лиц, относительно которых были достаточные данные о том, что они больны венерическим заболеванием;
- совершенствование статического наблюдения за больными венерическими болезнями, включая регистрацию в 1976–1977 гг. гонобленореи у новорожденных;
- обязательное создание в структуре КВД в период 1977–1978 гг. круглосуточно действующих профилактических пунктов индивидуальной профилактики венерических заболеваний. Как правило, такие пункты размещались вблизи крупных гостиниц и ресторанов, мотелей, железнодорожных вокзалов, морских и речных портов, туристских баз, в зонах отдыха и других местах с высокой миграцией населения.

Одновременно проводились мероприятия, направленные на унифицирование методик серодиагностики сифилиса (1962 г. — реакции иммобилизации бледных трепонем; 1970 г. — реакции иммунофлюоресценции (РИФ-200)).

Вместе с тем «вынужденное увлечение» с момента создания СССР борьбой с венерическими заболеваниями отодвинуло в сторону проблему организации помощи больным дерматозами.

В 1957 году в РСФСР кожные болезни (по распространенности) находились на 3–5-м месте в городах и на 5–7-м месте в сельских местностях. При этом госпитализация больных кожными болезнями осуществлялась плохо в связи с недостаточным коечным фондом, поскольку в послевоенные годы не было обеспечено быстрого переключения на обслуживание больных кожными болезнями колек, освобождавшихся от венерических и грибковых больных. В результате некоторые стационары были закрыты, а некоторые уменьшены [14].

КВД, по сути, оказались не готовы к оказанию помощи больным дерматозами, а учреждениями науки не проводились соответствующие исследования и разработки [7].

Усугублялось положение тем, что к середине прошлого столетия кафедры кожных и венерических болезней потеряли самостоятельность и были превращены в курсы, отмечалось крайнее рассредоточение дерматологических кадров [5]. Большинство профильных кафедр состояли из заведующего (профессора или доцента) и 0,5–1,5 штатной единицы преподавателей. Такие кафедры не имели собственных клиник и базировались в отделениях больниц или диспансеров [22].

В этой связи Минздравом СССР в декабре 1959 г. перед делегатами V Всесоюзного съезда дерматовенерологов была поставлена задача по проведению научных исследований по этиологии и патогенезу кожных заболеваний и разработке эффективных средств и методов их профилактики и лечения (экземы, нейродермитов,

псориаза, красной волчанки и др.), не снижая активности в борьбе с венерическими заболеваниями.

Было дано указание прекратить практику необоснованного сокращения и перепрофилирования коек, предназначенных для лечения кожных и венерических больных. Там, где коечный фонд мал, было рекомендовано открывать новые стационары (например, в Ленинграде), создавать детские кожные отделения в детских соматических больницах.

Также Центральному кожно-венерологическому институту было рекомендовано организовать подготовку и обсуждение плана борьбы с кожными и венерическими заболеваниями. При этом приоритетом была определена организация научной работы в области дерматовенерологии по всей стране.

К середине 1950-х годов были получены результаты начавшейся в стране диспансеризации кожных больных (гг. Ленинград, Одесса, Москва, Харьков, Горький и др.). Было убедительно продемонстрировано, что в отношении некоторых кожных болезней диспансеризация эффективна и ее нужно продолжать и расширять [8].

Было установлено, что диспансерному наблюдению подлежат в первую очередь больные теми заболеваниями, которые нередко вследствие хронического и прогрессирующего течения имеют большое значение в потере трудоспособности: больные экземой, профессиональными заболеваниями, псориазом, хронической рецидивирующей пиодермией, а также больные пузырчаткой, всеми формами красной волчанки, склеродермии, хроническими язвами голени, аллергическими заболеваниями, в частности крапивницей, а также различными хроническими детскими кожными заболеваниями [23].

Вместе с тем организация такой работы оставалась крайне сложной. Это было обусловлено тем, что не могло быть какого-то единого метода диспансеризации всех больных. Диспансеризация больных кожными болезнями встретилась с трудностями гораздо более сложными и разнообразными, чем это имело место при организации диспансеризации больных венерическими заболеваниями [14]. Поэтому в последующий период рядом научно-исследовательских институтов проводилось детальное обоснование диспансерных методов при кожных заболеваниях [24–28].

Направления таких работ были сосредоточены:

- 1) на обеспечении организации полного излечения тех болезней, которые могут быть излечены;
- 2) на профилактике рецидивов дерматозов, особенно с первичными сезонными обострениями.

Весьма значимым для системы здравоохранения стало возобновление в 1957 г. активного участия СССР в работе Всемирной организации здравоохранения. В 1961 г. в СССР состоялся передвижной семинар ВОЗ по вопросам организации борьбы с венерическими болезнями и научными достижениями в области дерматовенерологии.

Начиная с 1960-х гг. основное внимание системы здравоохранения было сосредоточено на обеспечении доступности медицинской помощи населению и повышении ее качества. Также планировались конкретные шаги по развитию специализированных служб. Предполагалось преимущественное развитие так называемых первичных звеньев — амбулаторно-поликлинических учреждений и строительство крупных многопрофильных больниц (на 1000 коек и более), увеличение мощности существовавших ЦРБ до 300–400 коек со всеми видами специализированной помощи.

В этих целях в состав городских поликлиник и поликлиник городских больниц (в случае отсутствия в районе обслуживания КВД) был включен ряд специализированных отделений (кабинетов), включая кожно-венерологические кабинеты [29]. В составе детских поликлиник также предусматривались кожно-венерологические отделения (кабинеты). В структуре кожно-венерологических отделений (кабинетов) создавались отдельные дерматологические и венерологические кабинеты, процедурные; норматив приема больных составлял 8 больных в час или 1,25 — помощь на дому.

После 1964 г. на правительственном уровне неоднократно предпринимались меры, направленные на реорганизацию здравоохранения и улучшение здоровья населения. В том числе предусматривалось увеличение государственных ассигнований на развитие медицинской помощи населению и медицинской науки [30].

В 1970 г. «Основными законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» в очередной раз были декларированы принципы и формы медицинской помощи населению — бесплатность, общедоступность, квалифицированность, профилактиче-

ская направленность, охрана материнства и детства, совершенствование санитарно-противоэпидемической службы [31].

Однако с конца 1970-х гг. в советской медицине начался период спада из-за недостаточного финансирования и неопределенности ряда государственных программ по здравоохранению.

Усиление административно-командных методов, бюрократизация управления здравоохранением привели как к серьезным ошибкам в определении направлений развития отрасли, так и к диспропорциональному развитию отраслевых служб:

- приоритет стал отводиться количественным характеристикам развития здравоохранения;
- профилактика утратила приоритетность и стала носить декларативный характер;
- экономические и нравственные деформации в обществе привели к снижению профессионального и морального уровня медицинских работников [32].

Именно в середине 1970-х гг. была пройдена точка бифуркации, по сути, приведшая к кризису советской модели здравоохранения (табл. 2).

Таблица 2. Обеспеченность населения Российской Федерации медицинской инфраструктурой и медицинским персоналом
Table 2. Provision of the RF population with medical infrastructure and staff

	1973 г.	1980 г.	1990 г.	2000 г.	2010 г.	2013 г.	2016 г.
Число больничных учреждений, тыс.	13,4	12,5	12,1	9,9	5,7	5,0	4,5
Число больничных коек на 10 тыс. человек	118,5	129,6	113,2	109,1	87,5	81,5	73,3
Численность врачей всех специальностей на 10 тыс. человек	32,6	37,4	40,6	42,2	43,8	41,0	37,2
Численность среднего медперсонала на 10 тыс. человек	100,6	112,3	123,04	96,9	92,9	90,4	88,2

В это же время был проведен эксперимент по усилению экономической самостоятельности органов и учреждений здравоохранения, введен новый хозяйственный механизм (далее — НХМ), обусловивший развитие хозрасчетных отношений. По сути, были предложены новые экономические принципы распределения средств (не на учреждения, а в расчете на жителей территорий). Руководители на местах получили возможность оперировать финансовыми средствами по смете учреждений. Были разрешены платные медицинские услуги.

Усиление негативных тенденций в экономике страны способствовало широкому внедрению в 1980-х гг. НХМ. Несмотря на то что НХМ в итоге не удалось решить проблемы финансирования здравоохранения, он во многом обеспечил структурную перестройку системы здравоохранения, создание территориальных медицинских объединений. Начался переход от жесткой системы бюджетного финансирования здравоохранения к многоканальной системе.

На смену КВД пришли кооперативы и частнопрактикующие специалисты (врачи и не врачи). Для обеспечения

экстренной диагностики и своевременного лечения заболеваний, передаваемых половым путем, предотвращения самолечения было организовано около 300 кабинетов анонимного обследования и лечения (далее — КАОЛ).

КАОЛ стали организовываться не только при КВД, но и при территориальных ЛПУ; обязательным условием их организации являлось наличие лабораторной базы и квалифицированного персонала (табл. 3).

В 1996 г. в КАОЛ было выявлено и пролечено свыше 200 тыс. больных, в том числе сифилисом более 25 тыс. (10 % от зарегистрированного сифилиса), гонореей — около 54 тыс. больных (20 %).

На протяжении 1980-х гг. регистрировалось стойкое снижение заболеваемости венерическими заболеваниями. Однако к 1993 г. был зарегистрирован резкий скачок заболеваемости ИППП, чему способствовал ряд факторов, включая:

- изменение социально-экономических отношений, приведшее к социальному расслоению населения, изменение поведенческих реакций людей, их отношения к собственному здоровью;

Таблица 3. Эффективность работы кабинетов анонимного обследования и лечения
Table 3. Efficacy of anonymous examination and treatment rooms

	1990 г.	1992 г.	1993 г.	1994 г.	1995 г.
Всего выявлено больных ИППП	64 532	108 948	182 299	194 986	204 687
в том числе сифилисом	279	1 494	2 653	12 273	26 632
% к общему числу выявленных больных сифилисом	2,6	8,0	10,4	9,8	10,1

- профессиональная коммерциализация интимных отношений;
- снижение профилактической и противоэпидемической работы;
- недостаточный уровень научных разработок новых методов диагностики и лечения ИППП;
- дефицит лекарственных препаратов и медицинских изделий;
- исключение из Уголовного кодекса Российской Федерации, положений, касающихся принудительного обследования и лечения при ИППП.

Также имеет право на существование гипотеза о том, что создание КАОЛ и смягчение политики принудительного привлечения к обследованию и лечению привело к более широкой обращаемости населения в официальные специализированные лечебно-профилактические учреждения.

В этой связи были усовершенствованы подходы к организации оказания кожно-венерологической помощи населению [33].

Была проведена оптимизация коечного фонда КВД в связи с активным внедрением стационарозамещающих технологий. Обязательная госпитализация сохранялась только для больных сифилисом, уклоняющихся от лечения, несовершеннолетних, беременных, больных нейросифилисом, висцеральным сифилисом, больных при непереносимости пенициллина и азитромицина, ранним врожденным сифилисом, больных с хронической осложненной гонореей.

В целях оперативного проведения комплекса противоэпидемических мероприятий в очаге заболеваемости ИППП с 1994 г. в КВД были организованы эпидгруппы.

В 1990 г. в условиях современной дерматовенерологии впервые было создано профессиональное объединение врачей — Российская ассоциация «Санам» по профилактике инфекций, передаваемых половым путем.

Были внедрены новые и хорошо зарекомендовавшие себя ранее подходы к подготовке кадров (на рабочих местах, курсах стажировки, курсах повышения квалификации, в профессиональных ассоциациях; в условиях интернатуры и ординатуры).

Также была начата работа по созданию центров медико-социальной помощи семьям, детям и подросткам,

в том числе по адаптационной и реабилитационной помощи больным с ИППП.

К середине 1990-х гг. вновь был зарегистрирован всплеск заболеваемости ИППП (сифилисом, гонореей, в том числе среди детей; урогенитальным кандидозом, гарднереллезом и хламидиозом). Во многом этому способствовала практика самолечения в условиях свободного отпуска антибактериальных лекарственных препаратов.

С учетом изменившихся экономических реалий Минздравом России было рекомендовано [34]:

- максимально использовать амбулаторный метод лечения больных ИППП;
- разработать и внедрить в деятельность КВД систему конфиденциальности для больных ИППП;
- сохранить действовавший запрет на оказание медицинской помощи при сифилитической инфекции в частных медицинских организациях;

Кроме того, в этот момент в стране зарождается система СПИД-центров. И КВД начинается активное взаимодействие с ними по вопросам профилактики ИППП.

Принятые меры, к сожалению, не возымели значимого результата. Эпидемиологическая ситуация по ИППП к началу нового тысячелетия приняла в стране угрожающий характер (рис. 1–2). В 1999 г. общее число впервые заболевших ИППП составило более 2 млн человек (1,5 % населения). Наиболее сложной сохранялась ситуация по заболеваемости сифилисом, особенно среди детей и подростков. В структуре заболеваемости сифилисом отмечался высокий удельный вес поздних форм, в том числе нейросифилиса.

Кроме того, регистрировался прогрессирующий рост числа ВИЧ-инфицированных, выявленных среди больных с ИППП.

Согласно проводимым в то время расчетам, экономический ущерб в 1999 г. от ИППП в стране мог достигать 2,0 млрд рублей, в том числе 0,5 млрд — прямые экономические потери.

В этой связи Минздравом России было рекомендовано сосредоточить усилия кожно-венерологических учреждений [35]:

- на информировании населения об ИППП, взаимодействии врачей-дерматовенерологов с санитарно-эпидемиологической службой и центрами СПИДа;

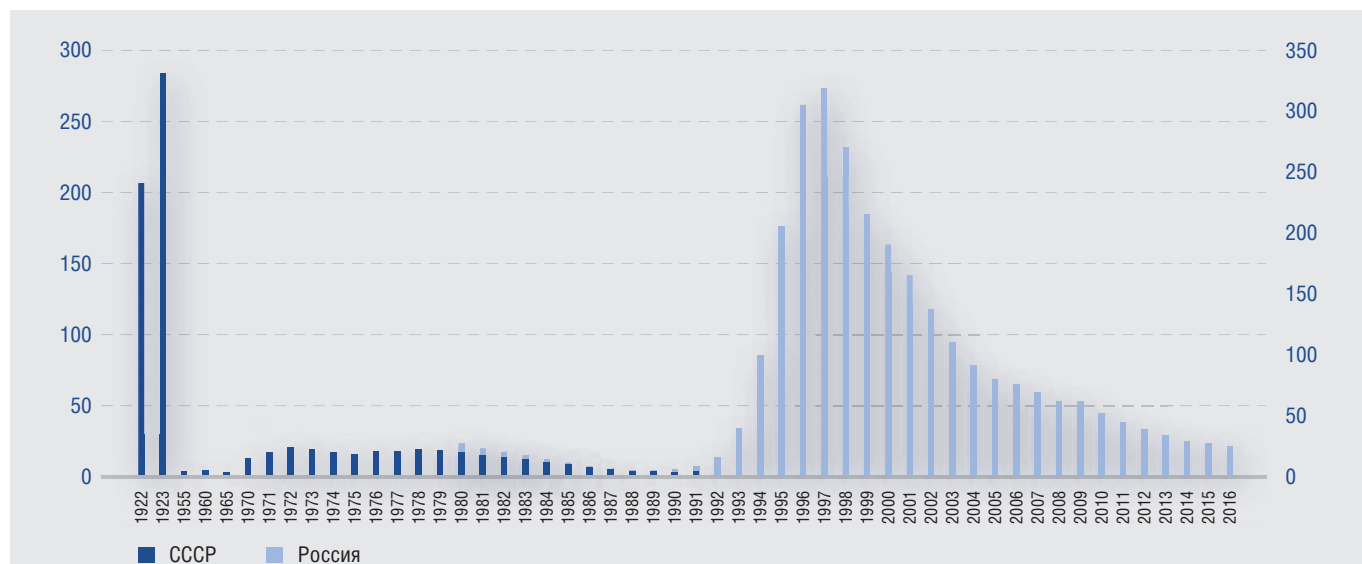


Рис. 1. Динамика показателей заболеваемости сифилисом за период с 1922 по 2016 г. (все формы, на 100 тыс. населения)
Fig. 1. Incidence of syphilis for the 1922–2016 period (all forms, per 100,000 population)

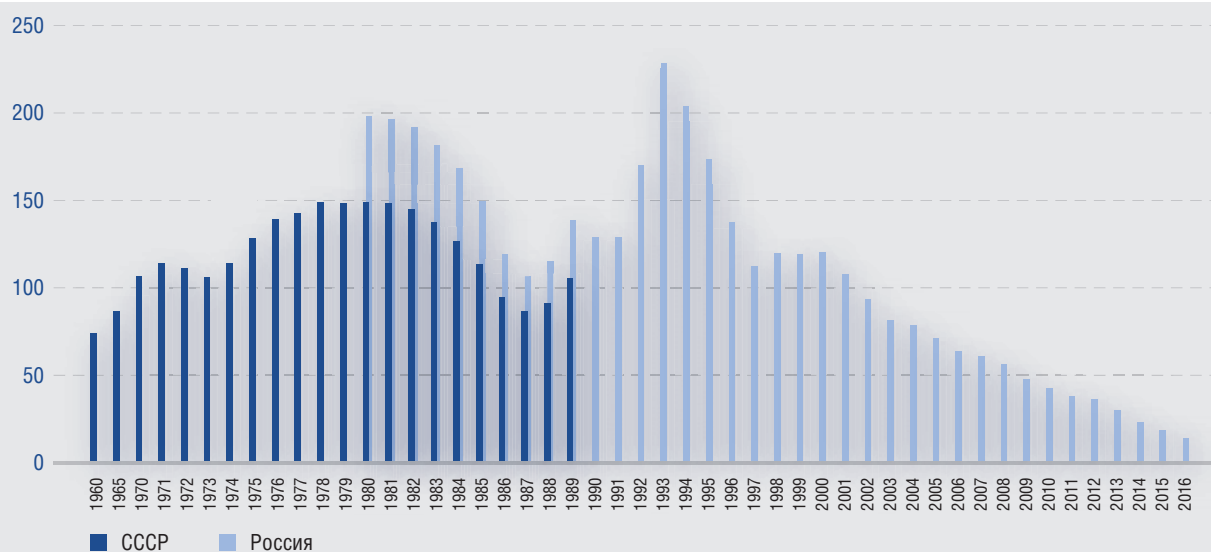


Рис. 2. Динамика показателей заболеваемости гонококковой инфекцией за период с 1960 по 2016 г. (на 100 тыс. населения)
Fig. 2. Incidence of gonococcal infection for the 1960–2016 period (per 100,000 population)

- на закупке дюранных антибиотиков для лечения больных сифилисом;
- на подготовке квалифицированных кадров; на пересмотре учетно-отчетной документации; на обеспечении взаимодействия сети с учреждениями и организациями уголовно-исполнительной системы; на разработке системы мониторинга изменчивости и контроля качества лабораторной диагностики возбудителей ИППП, в том числе для оперативного реагирования на изменяющуюся эпидемиологическую ситуацию.

Начиная с 1992 г. в момент создания нового государства в стране была предпринята очередная попытка внедрить модель врача общей практики (семейного врача) [36].

Таблица 4. Дерматовенерологические заболевания и состояния, при которых врач общей практики (семейный врач) может оказывать медицинскую помощь
Table 4. Dermatovenereological diseases and conditions that can be treated by a general practitioner

№ пп	Группа заболеваний	Нозологические формы
1	Неинфекционные болезни кожи	– Дерматиты – Токсикодермии – Экзема – Нейродермит – Псориаз – Себорея – Узловатая эритема – Красный плоский лишай – Розовый лишай – Витилиго – Вульгарные угри – Алопеция гнездная
2	Опухоли кожи	– Папиллома – Кератома – Базалиома – Эпителиома – Меланома
3	Пиодермии	– Фолликулит – Фурункул – Карбункул – Гидроаденит
4	Вирусные болезни	– Бородавки – Остроконечные кондиломы – Опоясывающий лишай
5	Дерматозонозы	– Педикулез – Чесотка
6	Венерические болезни	– Сифилис – Гонорея – Трихомониаз
7		Трофические язвы, пролежни
8		Грибковые заболевания кожи

Предполагалось, что врач общей практики (семейный врач) самостоятельно будет проводить обследование, диагностику, лечение, реабилитацию пациентов, при необходимости организовывать дообследование, консультации, госпитализации пациентов, осуществлять долечение при различных заболеваниях и состояниях (табл. 4).

Вместе с тем ни в крупных городах, ни в сельских и удаленных территориях модель врача общей практики (семейного врача) до настоящего момента не получила широкого распространения; оказание кожно-венерологической помощи было продолжено в условиях КВД.

Особенности организации дерматовенерологической помощи в условиях новой экономической модели государства

В целом, период с 1988 по 1999 г. сопровождался ухудшением показателей системы здравоохранения и был отмечен началом новых весьма хаотичных реформ системы здравоохранения. Из предложенных в то время инициатив, получивших наибольшее развитие, заслуживают упоминания:

- система обязательного медицинского страхования и институт страховых представителей [37];
- внедрение малозатратных технологий и развитие стационарозамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению [38];
- стандартизация (разработка технических регламентов, отраслевых стандартов, протоколов ведения больных, клинических рекомендаций, перечней конкретных технологий, работ и услуг, регулирующих минимальный уровень обеспечения качества через обязательные требования, образующие основу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи) [39];
- лицензирование (обеспечение соблюдения на всей территории Российской Федерации единых лицензионных требований и условий осуществления медицинской деятельности) [40];
- развитие системы рационального лекарственного обеспечения, базирующегося на результатах комплексной клинической и экономической оценки;
- разработка моделей специалистов в здравоохранении.

Одновременно с учетом опыта внедрения НХМ изменялись принципы управления и финансирования медицинскими учреждениями.

В частности, с середины 1990-х гг. стал внедряться программно-целевой метод управления социально значимыми заболеваниями. В 2001 г. была впервые утверждена подпрограмма «О мерах по предупреждению дальнейшего распространения заболеваний, передаваемых половым путем» [41].

Целью подпрограммы была стабилизация и последующее улучшение эпидемиологической обстановки, связанной с распространением ИППП.

В связи со скудным финансовым обеспечением мероприятий подпрограммы намеченные планы по ее реализации не были выполнены в полном объеме. Вместе с тем в рамках подпрограммы все же удалось:

- создать систему мониторинга и контроля распространения ИППП;
- провести широкомасштабную профилактическую работу;
- внедрить систему контроля качества диагностики ИППП;
- обеспечить повышение качества работы лабораторий, осуществляющих диагностику ИППП, и стандартизацию всех этапов лабораторных исследований;
- укрепить материально-техническую базу учреждений, оказывающих кожно-венерологическую помощь.

Реализация мероприятий подпрограммы в целом позволила стабилизировать эпидемиологическую ситуацию в Российской Федерации и снизить к 2006 г. уровень заболеваемости ИППП по сравнению с 2002 г. (табл. 5).

С учетом положительного опыта реализации мероприятий подпрограммы и необходимости дальнейшего развития программно-целевого метода управления отраслью в 2007 г. была утверждена новая подпрограмма «Инфекции, передаваемые половым путем» в составе федеральной целевой программы [42–43].

В рамках мероприятий подпрограммы проводилось:

- строительство и реконструкция федеральных медицинских специализированных учреждений;
- разработка программ эпидемиологических исследований по распространению ИППП с созданием систем прогнозирования распространения и возникновения резистентности возбудителей этих инфекций к применяемым антимикробным препаратам;
- разработка тест-систем и контрольных материалов для диагностики ИППП с учетом молекулярных особенностей возбудителей, выявляемых на территории Российской Федерации;

- изучение молекулярных механизмов развития резистентности возбудителей ИППП к применяемым антимикробным препаратам;
- развитие единой информационно-аналитической системы профилактики, диагностики и лечения ИППП;
- совершенствование специализированной медицинской помощи при ИППП.

Конечные результаты реализации подпрограммы, по сути, были перевыполнены (табл. 5).

Также следует учитывать, что реализация подпрограммы осуществлялась совместно с учреждениями пенитенциарной системы. Это способствовало снижению заболеваемости сифилисом в исправительных учреждениях за период с 2006 по 2012 г. с 176,6 до 134,4 на 100 тыс. населения.

Кроме того, была увеличена доля специализированных медицинских учреждений, осуществляющих мониторинг изменчивости возбудителей ИППП, в общем количестве кожно-венерологических учреждений.

Одним из принципиально новых направлений работы в рамках подпрограммы стало создание подростковых специализированных центров профилактики и лечения ИППП [44].

Деятельность таких центров включает в себя три основных направления:

- информационная поддержка;
- профилактическая работа;
- оказание лечебно-диагностической помощи.

Основную часть обратившихся за медицинской помощью в указанные центры составляют подростки (более 70 % из числа обратившихся находятся в возрасте от 15 до 18 лет) [45].

По результатам ФЦП было показано, что организация подобных центров является эффективным механизмом повышения уровня оказания медицинской помощи, координации профилактической деятельности, оказывающим влияние на социальную адаптацию, профилактику нарушений репродуктивной функции подростков.

Основными принципами работы указанных центров являются:

- неукоснительное соблюдение международных и российских юридических и правовых основ оказания медицинской помощи детскому населению;
- высокое качество обследования на ИППП (верификация диагноза стандартизированными методами, имеющими наиболее высокую чувствительность и специфичность);
- доступность обследования и лечения (все обследование и лечение урогенитальных заболеваний для детей и подростков проводится бесплатно);

Таблица 5. Динамика показателей заболеваемости отдельными инфекциями, передаваемыми половым путем, в период 2002–2016 гг.
Table 5. Incidence and prevalence of sexually transmitted infections for the 2002–2016 period

Заболеваемость		2002 г.	2006 г.	2007 г.	2012 г.	2016 г.
Сифилис	кол-во случаев	171 283	93 136	89 644	47 268	31 143
	на 100 тыс. нас.	119,9	65,4	63,1	33,0	21,3
Гонорея	кол-во случаев	134 350	90 974	86 405	52 009	21 080
	на 100 тыс. нас.	94,4	63,8	60,8	36,3	14,4
Трихомоноз	кол-во случаев	405 508	284 844	264 785	134 476	81 264
	на 100 тыс. нас.	283,8	199,9	186,3	93,9	55,5
Хламидиоз	кол-во случаев	153 524	138 822	129 500	87 774	51 757
	на 100 тыс. нас.	107,4	97,4	91,1	61,3	35,3

- конфиденциальность оказания медицинской и психологической помощи.

Начиная с 2006 г. в Российской Федерации стартовал приоритетный проект «Здоровье» [46]. Кожно-венерологические учреждения принимали активное участие в проведении дополнительной диспансеризации и дополнительных периодических медицинских осмотрах работающих граждан. По результатам проведения дополнительной диспансеризации было выявлено 10 595 новых случаев болезней кожи и подкожной клетчатки (0,35 % от общего числа граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию) [47].

Другим направлением приоритетного проекта «Здоровье», которое способствовало значительному развитию кожно-венерологических учреждений, стало развитие высокотехнологичной медицинской помощи (далее — ВМП).

За период с 2006 по 2017 г. данный вид медицинской помощи претерпел наиболее значимые изменения, касающиеся не только модернизации соответствующих организационных механизмов, но и его финансового обеспечения [48].

С 2006 г. клиники, оказывающие ВМП, были переведены на работу в условиях выполнения государственного задания. Одновременно был внедрен новый механизм финансирования — по конечному результату (за пролеченного больного). Это позволило заинтересовать врачей в наращивании объемов ВМП. Прирост объемов оказания ВМП по профилю «дерматовенерология» составил 30 процентов (2005 г. — 1,56 тыс. больных, 2006 г. — 2,02 тыс. больных).

В последующий период развитие ВМП приводилось по следующим направлениям:

- развитие новых высокотехнологичных методов оказания медицинской помощи;
- тиражирование отдельных видов ВМП в условиях региональных медицинских учреждений;
- обеспечение ВМП в региональных медицинских учреждениях за счет средств региональных бюджетов;
- отдельное планирование объемов оказания ВМП детскому населению;

- поэтапное погружение отдельных видов ВМП в систему обязательного медицинского страхования;
- изменение механизмов финансового обеспечения ВМП в целях обеспечения бесперебойного оказания ВМП в федеральных медицинских учреждениях.

По результатам 2016 г. всего было пролечено с использованием ВМП 962,6 тыс. больных, в том числе 4,8 тыс. — по профилю «дерматовенерология».

В целом изменение организационных подходов и принципов финансирования ВМП обеспечило повышение доступности данного вида помощи по всем профилям более чем в 15 раз (2002 г. — 43,0 на 100 тыс. населения; 2016 г. — 669,3 на 100 тыс. населения); по профилю «дерматовенерология» — более чем в 8 раз (2002 г. — 0,4 на 100 тыс. населения; 2016 г. — 3,3 на 100 тыс. населения).

Начиная с 2013 г. мероприятия, ранее реализовавшиеся в рамках федеральных и ведомственных целевых программ, а также в рамках приоритетных проектов, были погружены в государственные программы Российской Федерации [49–51].

На период с 2018 г. запланирована разработка и реализация следующего эволюционного метода экономического планирования — пилотных государственных программ на основе механизмов проектного управления [52, 53].

Предполагается, что нововведения позволят обеспечить разработку, реализацию и оценку эффективности отдельных государственных программ на принципах проектного управления, исполнение государственных контрактов (договоров, контрактов, соглашений), заключенных в целях реализации ФЦП, которые интегрируются в пилотные госпрограммы в соответствии с установленными такими государственными контрактами условиями.

Таким образом, по сути, завершился многолетний переход от плановой экономики СССР к проектному методу управления отраслями в новой России; программно-целевой метод управления обеспечил плавность соответствующего перехода и развитие сети кожно-венерологических учреждений (табл. 6). ■

Таблица 6. Краткие сведения о сети кожно-венерологических учреждений
Table 6. Brief information on the network of dermatovenereological institutions

	1927 г.	1940 г.	1958 г.	1962 г.	1980 г.	1985 г.	1990 г.	1993 г.	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2010 г.	2015 г.	2016 г.
Число КВД	172	545	615	610	н/д	381	363	357	354	341	308	219	136	134
Число отделений (кабинетов)	388	1115	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	2 807	2 994	3 130	3 102	3 189	3 282	3 240
Число врачей	2 927	4 196	8 177	9 502	9 184	8 400	8 000	7 972	8 731	10 335	10 486	10 142	8 495	8 514
Обеспеченность врачами-дерматовенерологами (на 10 тыс. населения)	0,19	0,22	0,4	0,43	0,7	0,6	0,5	0,54	0,6	0,77	0,79	0,75	0,58	0,58
Число круглосуточных койек, всего	7 072	13 190	н/д	31 800	37 200	36 743	33 979	31 369	31 558	28 739	20 526	15 713	10 776	10 119
Обеспеченность койками (на 10 тыс. населения)	0,74	1,2	н/д	2,62	2,7	2,6	2,3	2,1	2,1	2,0	1,4	1,1	0,74	0,69
Работа койки в году, дней	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	284,4	309	317	293	294	302	313	312
Среднее число дней пребывания больного на койке	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	19,0	18,6	18,8	17,0	16,4	14,9	14,5

Литература/References

1. Прохоров Б. Б. Организация здравоохранения в России в XX веке / Россия в окружающем мире: 2001. Аналитический ежегодник. М.: Издательство МНЭПУ, 2001. С. 100–143.
2. The System of Public Health Services in the USSR / By red. U. P. Lisitsin. Moscow: Ministry of Health of the USSR, 1967. P. 44.
3. Кочергин И.Н. Выступление на пленарном заседании Всесоюзного съезда дерматовенерологов / Труды пятого всесоюзного съезда дерматовенерологов. Л.: Медгиз, 1961. С. 3–8.
4. Постановление Совета Народных Комиссаров от 30.06.1944 № 797 «Об учреждении Академии медицинских наук СССР».
5. Студницин А. А., Туранов Н. М., Артамонова Л. А., Никитина Н. В. Основные мероприятия по улучшению качества научной и практической работы дерматовенерологических учреждений / Труды пятого всесоюзного съезда дерматовенерологов. Л.: Медгиз, 1961 г. С. 15–21.
6. Федеральный закон от 27.09.2013 № 219-ФЗ «О Российской академии наук, реорганизации государственных академий наук и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».
7. Кочергин И. Н. Выступление на пленарном заседании Всесоюзного съезда дерматовенерологов / Труды V Всесоюзного съезда дерматовенерологов. Л.: Медгиз, 1961. С. 3–8.
8. Захарова Ф. Г. Состояние и задачи борьбы с венерическими и кожными заболеваниями в СССР / Труды V Всесоюзного съезда дерматовенерологов. Л.: Медгиз, 1961. С. 9–15.
9. Приказ Минздрава СССР от 21.11.1949 № 870 «О номенклатуре учреждений здравоохранения и утверждении инструкции по ее применению».
10. Студницин А. А., Туранов Н. М. Структура и организация работы кожно-венерологического диспансера. М.: Медгиз, 1965. 60 с.
11. Приказ Минздрава СССР от 2.10.1951 № 867.
12. Трутнев Д. А., Андрейкова В. В., Майзель Ф. А. Опыт работы межрайонных диспансеров / Труды V Всесоюзного съезда дерматовенерологов. Л.: Медгиз, 1961. С. 44–45.
13. Приказ Государственного комитета обороны СССР от 27.10. 1943 № 34 «Об обязательном извещении о заболевании заразными формами сифилиса (сифилис I и сифилис II — свежий и рецидивный)».
14. Кожевников П. В. Состояние и задачи профилактики и лечения кожных болезней / Труды V Всесоюзного съезда дерматовенерологов. Л.: Медгиз, 1961. С. 26–30.
15. Письмо Минздрава России от 02.03.2015 № 13-2/25 «О форме № 089/у-кв «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки».
16. Заболеваемость населения Российской Федерации в 2010 году (статистические материалы) / Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2011 г.
17. Захарова Ф. Г. Состояние и задачи борьбы с венерическими и кожными заболеваниями в СССР / Труды V Всесоюзного съезда дерматовенерологов. Л.: Медгиз, 1961. С. 9–15.
18. Приказ Минздрава СССР от 27.02.1963 № 86 «О мероприятиях по ликвидации заболеваемости сифилисом и резкому снижению гонореи в СССР».
19. Основные показатели медицинского обслуживания больных кожно-венерическими заболеваниями за 1976 год / Минздрав РСФСР. М., 1977. 103 с.
20. Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 14.01.1960 № 58 «О мероприятиях по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР».
21. Приказ Минздрава СССР от 20.06.1977 № 575 «О дополнительных мерах по усилению борьбы с венерическими заболеваниями».
22. Павлов С. Т., Рахманов В. А. Задачи и пути дальнейшего развития дерматологии в СССР / Труды V Всесоюзного съезда дерматовенерологов. Л.: Медгиз, 1961. С. 21–26.
23. Филина Е.Я., Соколин А.И., Брайцев А.В. и др. Диспансеризация больных кожными заболеваниями / Труды V Всесоюзного съезда дерматовенерологов. Л.: Медгиз, 1961. С. 30–32.
24. Антоньев А. А. и др. Экспертиза трудоспособности при заболеваниях кожи. М., 1982.
25. Капкаев Р. А., Селисский Г. Д., Адо В. А. Диспансеризация при кожных и венерических заболеваниях. Ташкент: Медицина, 1989. 184 с.
26. Федоровская Р. Ф., Тесалова О. Т., Актуальные вопросы диспансеризации больных дерматозами на современном этапе. Вестник дерматологии и венерологии. 1985;3:34–38.
27. Шапошников О. К., Браилковский А. Я., Разнатовский И. М., Самцов В. И. Ошибки в дерматологии: руководство для врачей. Л.: Медицина, 1987. 208 с.
28. Скрипкин Ю. К., Кубанова А. А., Левин М. М. и др. Профилактика и диспансеризация в дерматовенерологии. Москва–Смоленск, 1996. 296 с.
29. Приказ Минздрава СССР от 20.07.1960 № 321 «О состоянии и мерах по дальнейшему улучшению амбулаторно-поликлинического обслуживания городского населения».
30. Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 5.07.1968 № 517 «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране».
31. Закон СССР от 19.12.1969 № 4589-7 «Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении».
32. Интервью Министра здравоохранения Российской Федерации Ю. Л. Шевченко. Медицинская газета. 31 марта 2000;25.
33. Приказ Минздрава России от 07.12.1993 № 286 «О совершенствовании контроля за заболеваниями, передаваемыми половым путем».
34. Приказ Минздрава России от 27.03.1998 № 91 «О неотложных мерах по предупреждению распространения заболеваний, передаваемых половым путем».
35. Приказ Минздрава России от 30.07.2001 № 291 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем» (вместе с «Положением об организации деятельности республиканского, краевого, областного, окружного кожно-венерологического диспансера»).
36. Приказ Минздрава России от 26.08.1992 № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» (вместе с положениями «О враче общей практики (семейном враче)», «О медицинской сестре общей практики», квалификационными характеристиками «Врача общей практики (семейного врача)», «Медицинской сестры общей практики»).
37. Приказ Минздрава России № 363, Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 77 от 24.10.1996 «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации» (вместе с Положениями «О системе ведомственного контроля качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Российской Федерации», «О системе вневедомственного контроля качества медицинской помощи в Российской Федерации», «О внештатном медицинском эксперте», «Об эксперте страховой медицинской организации»).
38. Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.1997 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (вместе с «Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации»).
39. Воробьев П. А., Преображенская В. С., Лукьянцева Д. В. Методические основы классификации медицинских услуг на государственном и отраслевом уровнях системы стандартизации в здравоохранении. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2000;1:9–17.
40. Приказ Минздравмедпрома России от 01.07.1996 № 270 «Об утверждении временного перечня видов медицинской деятельности, подлежащих лицензированию в Российской Федерации».

41. Постановление Правительства Российской Федерации от 13.11.2001 № 790 «О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002–2006 годы)».

42. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 11.12.2006 № 1706-р утверждается Концепция Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)».

43. Постановление Правительством Российской Федерации от 10.05.2007 № 280 «О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2012 годы)».

44. Рахматулина М. Р. Информационное письмо. Опыт организации центров профилактики и контроля инфекций, передаваемых половым путем, для социально уязвимых групп населения — детей и подростков в субъектах Российской Федерации. М.: ДЭКС-ПРЕСС, 2006. 20 с.

45. Рахматулина М. Р., Васильева М. Ю. Подростковые специализированные центры профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путем: итоги работы и перспективы развития. Вестник дерматологии и венерологии. 2011;5:32–40.

46. Кубанова А. А., Мартынов А. А. Нормативно-правовое регулирование дерматовенерологической помощи в современных условиях, пути повышения ее качества и доступности для населения. Клиническая дерматовенерология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Т. 1. С. 8–33.

47. Кубанова А. А., Какорина Е. П., Мартынов А. А. Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения как основа повышения

качества дерматовенерологической помощи населению (вопросы диспансеризации). Вестник дерматологии и венерологии. 2008;1:33–37.

48. Мартынов А. А., Власова А. В. Основные направления развития специализированной медицинской помощи по профилю «дерматовенерология». Вестник дерматологии и венерологии. 2014;5:16–23.

49. Постановление Правительства Российской Федерации от 2.08.2010 № 588 «Об утверждении Порядка разработки, реализации и оценки эффективности государственных программ Российской Федерации».

50. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 № 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

51. Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

52. Постановление Правительства Российской Федерации от 12.10.2017 № 1242 «О разработке, реализации и об оценке эффективности отдельных государственных программ Российской Федерации».

53. Постановление Правительства Российской Федерации от 12.10.2017 № 1243 «О реализации мероприятий федеральных целевых программ, интегрируемых в отдельные государственные программы Российской Федерации».

Информация об авторах

Анна Алексеевна Кубанова — д.м.н., профессор, академик РАН, директор Государственного научного центра дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Российской Федерации

Андрей Александрович Мартынов — д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник отдела дерматологии Государственного научного центра дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: aamart@mail.ru

Анна Васильевна Власова — к.м.н., доцент кафедры Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации

Information about the authors

Anna A. Kubanova — Dr. of Sci. (Medicine), Prof., Academician of the Russian Academy of Sciences, Head of the State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Ministry of Health of the Russian Federation

Andrey A. Martynov — Dr. of Sci. (Medicine), Prof., Leading Scientific Researcher, Department of Dermatology, State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Ministry of Health of the Russian Federation; e-mail: aamart@mail.ru

Anna V. Vlasova — PhD (Medicine), Associate Professor, I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation