

# Организация оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» в Российской Федерации. Динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, болезнями кожи и подкожной клетчатки, 2013—2015 гг.

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

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

Проанализированы состояние ресурсов медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология», за период 2013—2015 гг., результаты реструктуризации коечного фонда дневных и круглосуточных стационаров, обеспеченность населения кадровыми ресурсами, работа дерматовенерологической койки, а также динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, болезнями кожи и подкожной клетчатки в Российской Федерации за 2013—2015 гг.

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 2016; (3): 12—28.

## Dermatovenereologic healthcare delivery in Russian Federation. Incidence of sexually transmitted infections and skin disorders, 2013—2015

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 paper presents the analysis of the work and resources of dermatovenereologic healthcare organizations in Russian Federation, the results of hospital and day hospital beds restructurisation, medical service density, hospital bed usage, incidence of sexually transmitted infections and skin disorders in Russian Federation in 2013—2015.

Key words: **healthcare organizations resources, medical care standards, statistical information, bed rates.**

Corresponding author: bogdanova@cnikvi.ru. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2016; 3: 12—28.

■ В настоящее время приоритетной задачей в здравоохранении России является обеспечение граждан бесплатной доступной медицинской помощью необходимого объема и качества на всех этапах ее оказания. Основными ее гарантами являются главный законодательный документ нашей страны Конституция Российской Федерации (статья 41) и Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», где приведены основные положения и нормативные акты по обеспечению граждан в Российской Федерации услугами в сфере здравоохранения.

С целью объективной оценки состояния здоровья населения, деятельности медицинских организаций дерматовенерологического профиля и оценки эпидемиологического благополучия по инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), на основании статистических данных, представленных из органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, был проведен сравнительный анализ состояния ресурсов, эффективности их использования и уровня заболеваемости. В процессе анализа для оценки результатов деятельности медицинских организаций были использованы основные методики исчисления ряда интенсивных и экстенсивных показателей. Анализ проведен за период 2013—2015 гг.

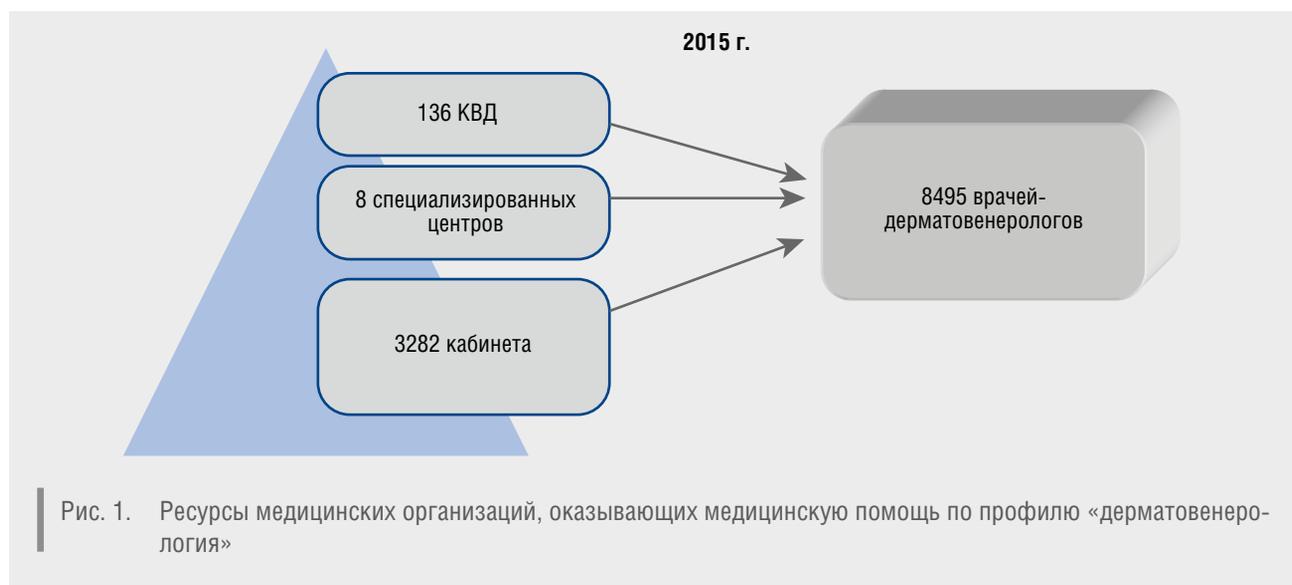
Индикаторами качества и доступности специализированной медицинской помощи населению являются показатели обеспеченности медицинских организаций материально-техническими и трудовыми ресурсами, к которым относятся обеспеченность населения медицинскими кадрами, медицинской помощью в стационарных и амбулаторных условиях.

В 2015 г. медицинская помощь больным дерматовенерологического профиля в амбулаторных и стационарных условиях была оказана на базе 136 кожно-венерологических диспансеров (КВД) подчинения субъекту Российской Федерации и муниципального подчинения, 8 центров специализированной медицинской помощи и 3282 кабинетов, открытых в составе краевых, республиканских, областных, окружных, городских, районных, участковых больниц (рис. 1).

Одним из важных целевых показателей деятельности специализированных учреждений здравоохранения является обеспеченность населения враческими кадрами. Критериями обеспеченности населения медицинскими кадрами являются укомплектованность медицинских организаций, которая должна быть не менее 75% от штатного расписания, уровень квалификации и наличие сертификата специалиста.

Кадровый потенциал обеспеченности населения врачами-дерматовенерологами в период 2013—2015 гг. в среднем составил 0,6 на 10 000 населения из расчета числа физических лиц основных работников на занятых должностях (рис. 2).

Общее число врачей-дерматовенерологов в 2015 г. составило 8495, из них 322 специалиста работают в медицинских организациях федерального подчинения, 7775 специалистов — в медицинских организациях подчинения субъекту Российской Федерации и 398 специалистов — в организациях муниципального подчинения. В подразделениях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, работают 7342 специалиста, в стационарных условиях — 1116 врачей, что составляет 86,4 и 13,6% соответственно. Из общего числа врачей-дерматовенерологов 98,6% имеют сертификат специалиста, 47% —





квалификационную категорию по специальности «дерматовенерология» (29% — высшую категорию, 12,7 — первую и 5,3% — вторую категорию; рис. 3).

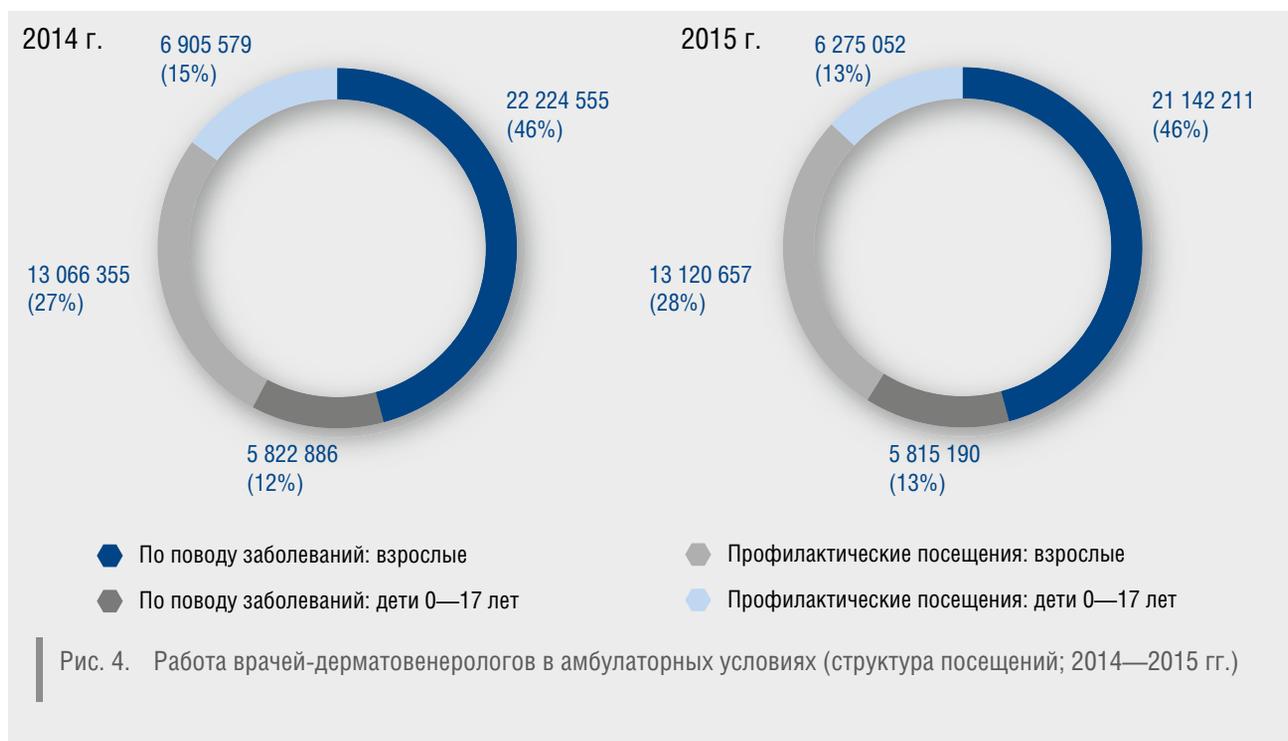
Сравнение идентичных показателей обеспеченности врачами и медицинскими организациями (в данном

случае КВД) в 2015 г. по отношению к 2013 г. показало, что реструктуризация материально-технических и трудовых ресурсов продолжается, но менее интенсивно по сравнению с предыдущими годами. Число КВД снизилось всего на 2% по отношению к 2013 г., обеспеченность врачами осталась практически на одном уровне, составляя в среднем 0,6 на 10 000 населения. За последние 3 года число врачей-дерматовенерологов уменьшилось на 8,6%, но обеспеченность медицинскими кадрами остается на достаточно высоком уровне по сравнению с другими специальностями (см. рис. 2). Повысился процент врачей, имеющих сертификат специалиста, — на 1,5%, увеличилось количество врачей, имеющих категорию, — с 43,7 до 48,0%. Увеличилось количество врачей, работающих в амбулаторно-поликлиническом звене, — с 84,9 до 86,4%, и соответственно снизился процент врачей, работающих в стационаре, — с 15,1 до 13,6%, что может быть обусловлено структурными преобразованиями коечного фонда.

Несмотря на все происходящие изменения, укомплектованность штатных врачебных должностей дерматовенерологами в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология», сохраняется на достаточно высоком уровне, составляя в целом 89,1% в 2015 г., 88,9% — в амбулаторных условиях и 91,0% — в стационарных условиях.

При анализе работы медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, наблюдается неравномерность числа посещений на прием к врачам-дерматовенерологам. Так, в 2014 г. по сравнению с 2013 г. наблюдалось некоторое увеличение числа посещений, а в 2015 г. по сравнению с 2014 г. отмечается снижение общего числа посещений на 3,5% (с 48 019 375 в 2014 г. до 46 353 110 в 2015 г.). Количество посещений по поводу заболеваний уменьшилось на 3,9%, а количество профилактических посещений — на 2,9%. В 2015 г. из общего числа посещений на прием к врачам-дерматовенерологам 26% приходилось на детей в возрасте 0—17 лет (12 090 242 посещения), из них число посещений по поводу заболеваний осталось на уровне предыдущего года (2014 г. — 5 822 886, 2015 г. — 5 815 190 посещений), а количество профилактических посещений снизилось на 9,1%. Число посещений по поводу заболеваний, сделанных взрослыми 18 лет и старше, в 2015 г. составило 21 142 211, что на 4,9% меньше, чем в 2014 г., число профилактических посещений у лиц данной возрастной группы осталось на прежнем уровне (13 120 657; рис. 4).

Другим, не менее важным, целевым индикатором при оценке качества оказания специализированной медицинской помощи является показатель обеспеченности населения стационарной помощью. Мощность коечного фонда в 2015 г. была представлена



10 776 дерматовенерологическими койками круглосуточного стационара. Долевое распределение коечного фонда дерматовенерологического профиля по типам медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, представлено следующим образом. Из общего числа развернутых коек дерматовенерологического профиля в 2015 г. 75,3% приходилось на КВД, имеющие в своем составе отделения, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях (из 136 диспансеров 111 имеют такие отделения); 17,5% круглосуточных коек данного профиля были развернуты в других медицинских организациях, таких как краевые, республикан-

ские, окружные, городские, центральные, районные и участковые больницы, специализированные центры, 7,2% — в клиниках вузов и НИИ.

Структура коечного фонда дерматовенерологического профиля представлена койками для лечения больных дерматозами и ИППП, отдельно для пациентов детского и взрослого возраста (табл. 1).

Как видно из табл. 1, за последние три года коечный фонд в целом сократился на 17,1%. В большей степени уменьшение числа коек произошло за счет закрытия коек для детей, число которых в общей сложности сократилось на 52,8%, а коек для взрослых — на 35,4%. Интенсивность снижения числа коек для больных дерматологического профиля и больных

Таблица 1

Коечный фонд медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях

Профиль койки	Число коек в РФ, всего			% изменения		
	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2013 г./2014 г.	2014 г./2015 г.	2013 г./2015 г.
Дерматологические для взрослых	8248	7490	6980	-9,2	-6,8	-15,4
Дерматологические для детей	1646	1526	1337	-7,2	-12,4	-18,8
Венерологические для взрослых	2954	2660	2364	-9,9	-11,1	-20,0
Венерологические для детей	144	118	95	-18,0	-19,5	-34,0
Всего	12 992	11 794	10 776	-9,2	-8,6	-17,1



Рис. 5. Работа дерматовенерологической койки в Российской Федерации (дней), 2013—2015 гг.

ИППП неоднозначна. Более интенсивно уменьшается число коек венерологического профиля. Следует отметить, что продолжающаяся реструктуризация (перевод части коек в дневные стационары) и частичное сокращение числа дерматовенерологических коек при сохранении высокой обеспеченности ими (0,74 на 10 000 населения) определенно сыграли положи-

тельную роль в повышении эффективности использования коечного фонда, что и отразилось на результатах работы койки в целом. Так, в 2015 г. дерматовенерологическая койка в Российской Федерации работала 312,5 дня в году, что превышает данные 2013 г. на 3% (в 2014 г. — 303 дня). В соответствии с проведенными мероприятиями увеличились коэффициент занятости койки, который в 2015 г. был равен 85,6%, в 2014 г. — 83,0%, в 2013 г. — 83,6%, и оборот койки: в 2015 г. на одной койке был пролечен 21 пациент, в 2014 г. — 19,6, в 2013 г. — 18,6 (рис. 5).

В структуре коечного фонда видно, что дерматологическая койка для взрослых работала 320,1 дня, для детей — 297,1 дня; венерологическая койка для взрослых — 301,5 дня, для детей — 191,6 дня. Стабилизировалась работа койки, предназначенной для лечения взрослого контингента больных дерматозами, достигнув показателя 320,7 дня в году. На 1,7% повысился показатель работы койки данного профиля для детей. Повысилась эффективность работы койки венерологического профиля как для взрослого контингента, так и для детей — на 12,4 и 23,8% соответственно (рис. 6).

В 2015 г. на койках дерматовенерологического профиля всего был пролечен 221 881 пациент. Из общего числа поступивших больных на дерматовенерологических койках для взрослых было пролечено 151 516 человек. Однако следует отметить, что из общего числа пролеченных на койках для взрослых получили лечение и дети, их число составило 6329. Кроме того, на койках дерматологического профиля для детей был пролечен еще 26 751 ребенок в возрасте 0—17 лет.

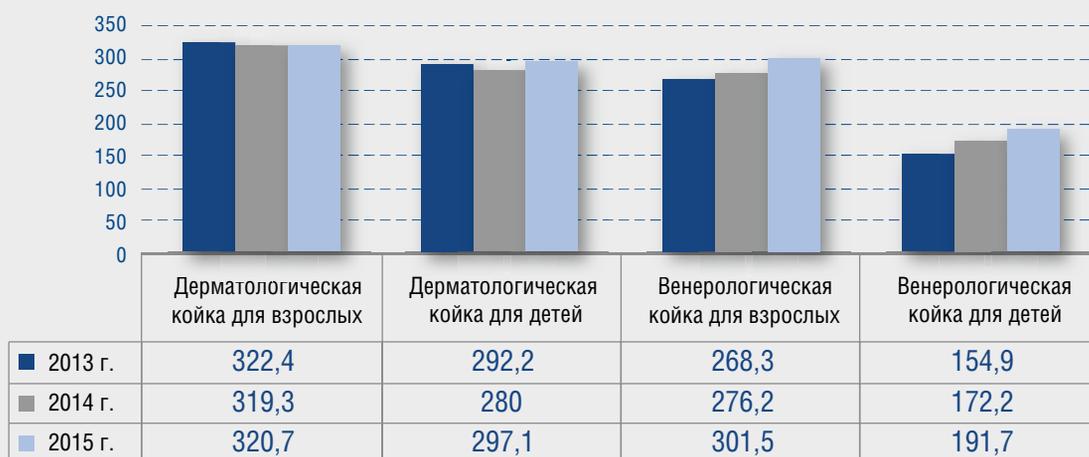


Рис. 6. Работа дерматовенерологической койки в Российской Федерации (дней), 2013—2015 гг.

В 2015 г. на койках венерологического профиля было пролечено 43 614 пациентов. Из них на койки данного профиля для взрослых пациентов поступили 42 265 больных, в том числе 951 ребенок. На койках для детей, больных ИППП, лечение получили 1349 пациентов в возрасте 0—17 лет.

Таким образом, 186 501 взрослый и 35 380 детей, страдающих дерматозами и ИППП, получили специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в медицинских организациях, имеющих в своем составе дерматовенерологические койки. При этом по сравнению с 2013 г. число пролеченных пациентов снизилось на 8,5%, что, скорее всего, связано с сокращением коечного фонда круглосуточных стационаров на 17,1%. При относительном уменьшении числа пролеченных пациентов, в 2 раза превышающем снижение числа коек (2:1), можно предполагать, что имелось избыточное число дерматовенерологических коек, так как показатель работы койки был низким.

Общее число поступивших в стационары медицинских организаций всех профилей больных болезнями кожи и подкожной клетчатки (L00—L98) в 2015 г. составило 626 473 (рис. 7). Среди всех поступивших больных в возрасте 18 лет и старше 15,1% были госпитализированы с хроническими и тяжелыми дерматозами, такими как пузырчатка, псориаз, буллезный пемфигоид, дерматит герпетический Дюринга, локализованная склеродермия, дискоидная красная волчанка, среди детей в возрасте 0—17 лет — 3,4%. Анализируя полученные данные, можно предполагать, что только часть пациентов, страдающих болезнями кожи и подкожной клетчатки, получили лечение на дерматовенерологических койках.

Как видно из данных форм федерального статистического наблюдения за 2015 г., госпитализация 47% взрослых и 58% детей по поводу болезней кожи и подкожной клетчатки (L00—L98) была проведена по экстренным показаниям. Вероятно, такой высокий процент госпитализации по экстренным показаниям обусловлен заболеваниями этого класса (флегмона, карбункул, рожистое воспаление, васкулиты и др.), требующими госпитализации в стационары другого профиля, где может быть оказана необходимая экстренная или неотложная помощь, ввиду того, что кожно-венерологические диспансеры, где развернута большая часть дерматовенерологических коек, как правило, проводят госпитализацию в плановом порядке.

Как определено концепцией развития здравоохранения в Российской Федерации, одними из основных направлений повышения эффективности использования коечного фонда являются внедрение малозатратных технологий и развитие стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи населению, чем и являются в настоящее время дневные стационары. На протяжении последних 3 лет в дерматовенерологической службе при оказании специализированной медицинской помощи населению стали более широко использовать дневные стационары. К 2015 г. коечная мощность дневных стационаров составила 6809 коек дерматовенерологического профиля, что почти в 1,5 раза выше аналогичного показателя 2013 г. (табл. 2).

Снизилось соотношение числа круглосуточных коек по отношению к койкам дневного пребывания: если в 2013 г. на 1 койку дневного пребывания приходилось 2,7 круглосуточных (1:2,7), то в 2015 г.

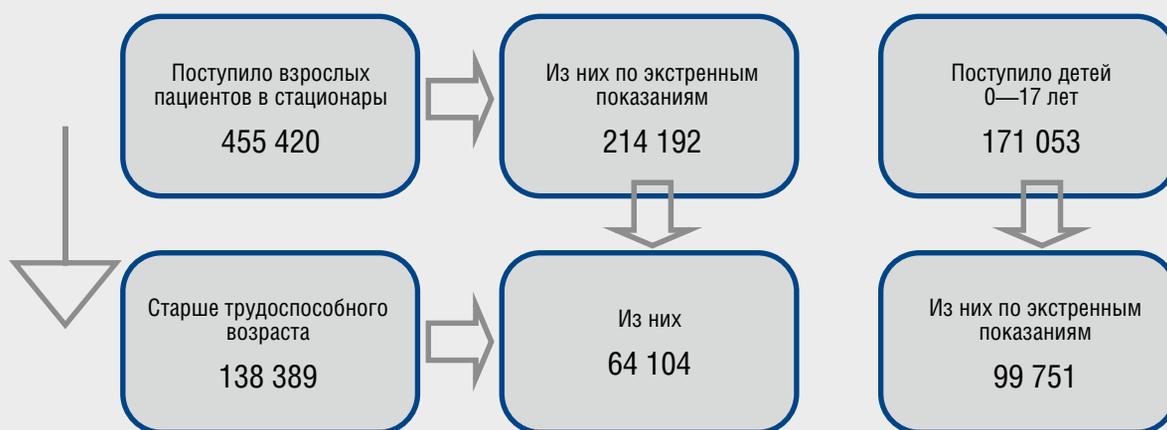


Рис. 7. Число больных болезнями кожи и подкожной клетчатки, поступивших в стационары всех профилей

Таблица 2

Динамика коечного фонда дневных стационаров дерматовенерологического профиля в Российской Федерации

Профиль койки	Дневные стационары в РФ (число коек)			
	2013 г.	2014 г.	2015 г.	% изменения 2013 г./2015 г.
Дневные стационары медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях				
Дерматологическая для взрослых	2770	2854	2744	+12,6%
Венерологическая для взрослых		299	374	
Дерматологическая для детей	187	257	328	+ 80,7%
Венерологическая для детей		8	10	
Всего	2957	3418	3456	+16,9%
Дневные стационары медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях				
Дерматологическая для взрослых	1686	2703	2823	+90,2%
Венерологическая для взрослых		323	384	
Дерматологическая для детей	127	121	130	+15,0%
Венерологическая для детей		19	16	
Всего	1813	3166	3353	+84,9%
Общее число коек	4770	6584	6809	+42,7%

этот показатель составил 1:1,6. В процессе создания дневных стационаров видны также и внутренние преобразования коечного фонда, обусловленные потребностью в них, уровнем заболеваемости болезнями кожи и ИППП.

Исходя из изложенного выше можно видеть, что процесс реструктуризации коечного фонда продолжается. Идет расширение коечного фонда дневных стационаров. В 2015 г. по сравнению с предыдущим годом на 8,9% увеличилось общее число поступивших больных, составив 165 898 (в 2014 г. — 151 101). Это может свидетельствовать о перенаправлении потока больных, которые ранее получали медицинскую помощь в круглосуточных стационарах, в дневные. Увеличился оборот койки, составив в среднем 24,3 человека (в 2013 г. — 22,4), снизилось среднее число дней пребывания больного на койке до 12,3 (в 2013 г. — 13,7). Общая загруженность койки в 2015 г. незначительно снизилась, в дальнейшем следует интенсифицировать ее работу (табл. 3).

Следует отметить, что интенсивность работы койко-мест дневных стационаров медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значимо лучше, чем в круглосуточных (табл. 3).

Оценивая результаты проведенного анализа эффективности использования коечного фонда в медицинских организациях, оказывающих медицинскую

помощь по профилю «дерматовенерология», можно видеть изменение подхода к стационарному лечению. Следствием этого явилось более рациональное преобразование коечного фонда — сокращение его избыточной части, перераспределение части коек из дорогостоящих круглосуточных стационаров в менее затратные дневные, в результате чего наметились позитивные изменения показателей работы коечного фонда.

Другими, не менее важными, показателями работы медицинских организаций являются показатели заболеваемости населения, так как медицинские организации должны не только оказывать доступную и качественную медицинскую помощь пациентам, но и обеспечивать профилактическую работу среди населения.

В 2015 г. уровень заболеваемости ИППП в целом по Российской Федерации составил 180,7 на 100 000 населения из расчета 264 842 случая вновь выявленных заболеваний, что ниже аналогичных показателей 2013 г. и 2014 г. на 22,6 и 11,2% соответственно. Учитывая, что за последние 10 лет уровень заболеваемости данными инфекциями уменьшился в 2,8 раза, и опираясь на ретроспективный анализ эпидемиологического состояния заболеваемости ИППП, проводимый в течение ряда лет, можно наблюдать устойчивую прогрессивную тенденцию ее снижения и прогнози-

Таблица 3 Деятельность дневных стационаров дерматовенерологического профиля в Российской Федерации

Профиль койки	Деятельность дневного стационара в целом по России								
	2013 г.			2014 г.			2015 г.		
	работа койки	оборот койки	средняя длительность пребывания	работа койки	оборот койки	средняя длительность пребывания	работа койки	оборот койки	средняя длительность пребывания
Дневные стационары медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях									
Дерматологическая для взрослых	307	20,0	14,6	304,8	21,9	13,9	299,6	22,9	13,1
Дерматологическая для детей				325,2	23,0	14,1	302,6	23,8	12,7
Венерологическая для взрослых				258,4	20,9	15,1	261,7	18,8	13,9
Венерологическая для детей				117,8	9,9	11,9	80,5	8,2	9,8
Дневные стационары медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях									
Дерматологическая для взрослых	327,5	25,4	12,9	308,2	25,2	12,2	304,4	26,9	11,3
Дерматологическая для детей				239,0	19,6	12,2	307,2	25,5	12,0
Венерологическая для взрослых				288,3	21,4	13,5	284,0	24,7	11,5
Венерологическая для детей				358,1	28,0	12,8	325,0	22,2	14,6
Общая работа койки	308,1	22,4	13,7	302,7	22,2	13,6	298,7	24,3	12,3



Рис. 8. Динамика заболеваемости ИППП в Российской Федерации (на 100 000 населения), 2005—2015 гг.

ровать в дальнейшем благоприятное развитие эпидемического процесса (рис. 8).

Заболеваемость ИППП в Российской Федерации в 2015 г. была зарегистрирована на уровне (на 100 000 населения): сифилисом — 23,5, гонококковой инфекцией — 18,5, трихомонозом — 62,8, хламидийными инфекциями — 41,3, аногенитальной герпетической вирусной инфекцией — 13,5 и аногенитальными венерическими бородавками — 21,2 (рис. 9).

Снижение заболеваемости каждой нозологией в 2015 г. по сравнению с аналогичными показателями 2013 г. составило: сифилисом — 18,7%, гонококковой инфекцией — 37,9%, трихомонозом — 23,4%, хламидийными инфекциями — 23,7%, аногенитальной герпетической вирусной инфекцией — 14,3% и аногенитальными венерическими бородавками — 12,2%.

Одним из наиболее значимых заболеваний среди ИППП является сифилис. Обращает внимание, что



удельный вес заболеваемости сифилисом в структуре всех ИППП растет, в 2015 г. он составил 13%. За период 2014—2015 гг. заболеваемость сифилисом снизилась на 6%, т.е. темп снижения заболеваемости по сравнению с периодом 2013—2014 гг. (12,8%) уменьшился более чем в 2 раза.

В 2015 г. в Российской Федерации всего было зарегистрировано 34 426 вновь выявленных случаев сифилиса, заболеваемость составила 23,5 на 100 000 населения. На фоне продолжающегося снижения заболеваемости ранними формами сифилиса (в 2013 г. — 23,0 на 100 000 населения, в 2014 г. — 18,7, в 2015 г. — 16,0) отмечается рост заболеваемости поздними формами (в 2013 г. — 3,5 на 100 000 населения, в 2014 г. — 3,7, в 2015 г. — 3,9), что характерно для эпидемиологии заболеваемости сифилисом в целом. Следует отметить, что при наблюдающемся за анализируемый период снижении заболеваемости ранними формами сифилиса на 30,4% и росте заболеваемости поздними формами на 52,1% отмечается

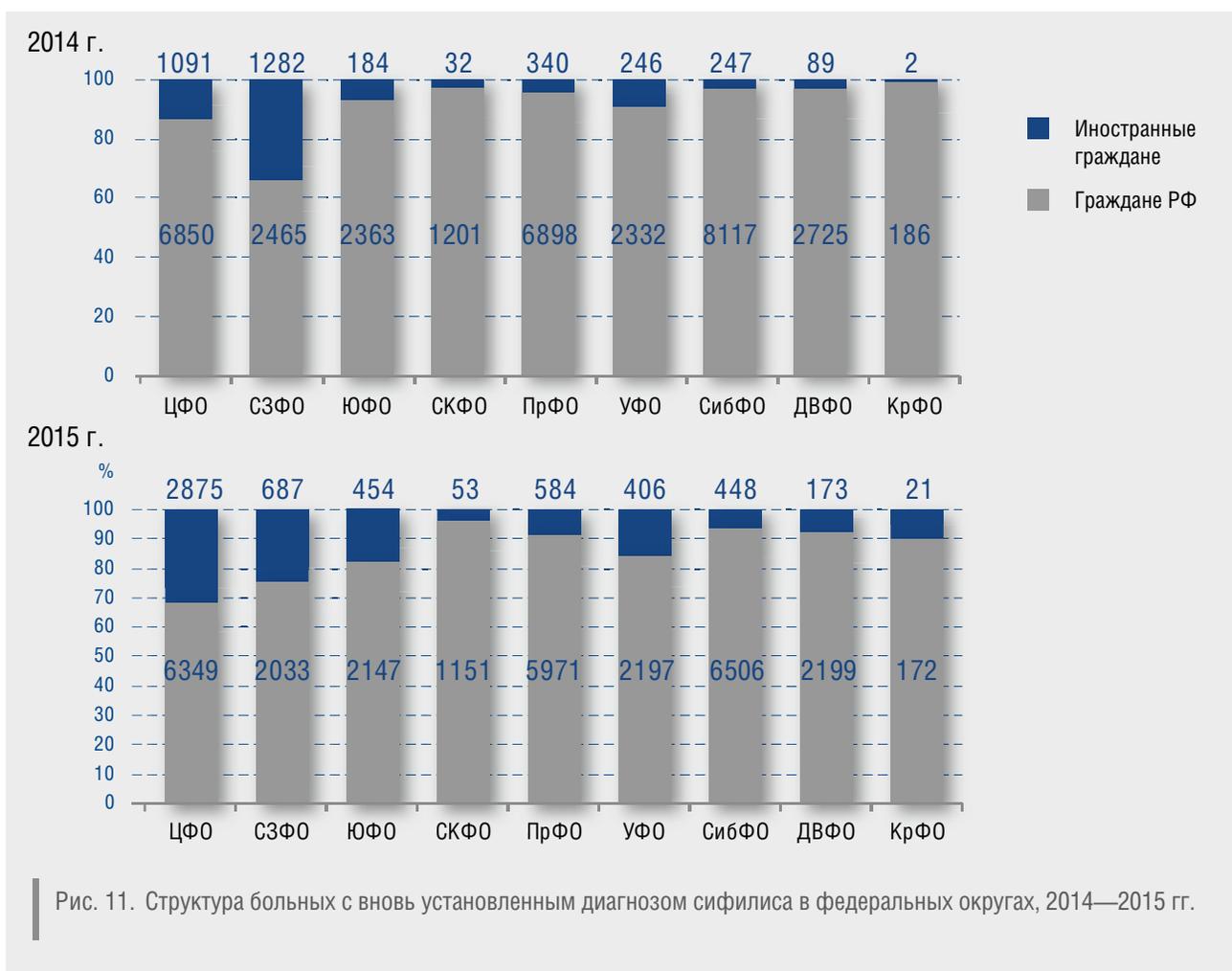
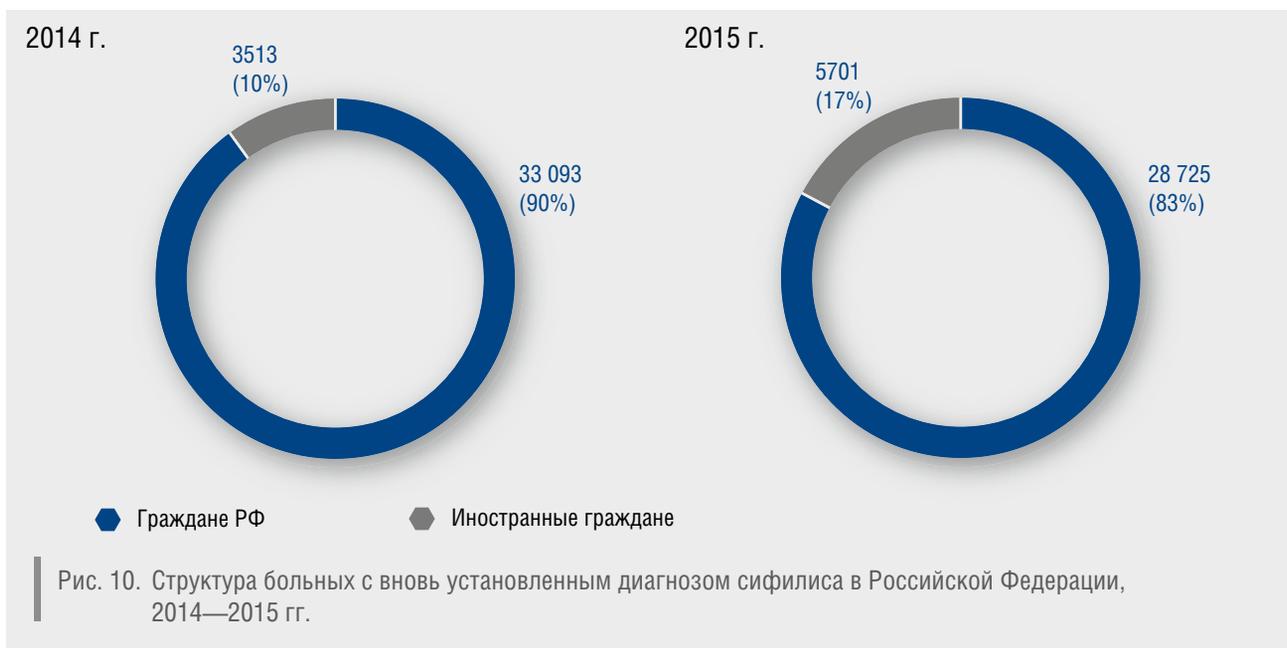
рост заболеваемости другими и неуточненными формами сифилиса на 39,4%. В соответствии с этими изменениями в структуре заболеваемости приобретенными формами сифилиса доля ранних форм снизилась с 75% в 2014 г. до 68,3% в 2015 г. Доля поздних форм увеличилась с 14,8 до 16,7%, доля других и неуточненных форм сифилиса — с 10,2 до 15,0%. Кроме этого, необходимо обратить внимание на ежегодное незначительное увеличение доли больных сифилисом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, которая составила 3,7% среди вновь зарегистрированных в 2015 г. заболеваний.

Результаты анализа структуры «категория больного» выявили, что в 2015 г. по сравнению с 2014 г. доля иностранных граждан среди больных сифилисом с вновь установленным диагнозом увеличилась почти в два раза (с 10% в 2014 г. до 17% в 2015 г.) на фоне снижения числа случаев сифилиса, зарегистрированных среди граждан Российской Федерации (с 90% в 2014 г. до 83% в 2015 г.; рис. 10).

Такая динамика наблюдается во всех федеральных округах, кроме Северо-Западного (СЗФО), а в пяти федеральных округах (Центральный — ЦФО, Южный — ЮФО, Северо-Кавказский — СКФО, Крымский — КрФО и Уральский — УФО) она сопровождалась увеличением заболеваемости среди населения этих округов в целом (рис. 11). Сложившийся эксцесс привел не только к замедлению темпа снижения заболеваемости в целом по Российской Федерации, но и к увеличению показателя заболеваемости сифилисом, так как при исключении из общей заболеваемости случаев, зарегистрированных среди иностранных граждан, показатель заболеваемости в 2015 г. составил бы 19,6 на 100 000 населения.

Активное выявление больных сифилисом специалистами медицинских организаций различных профилей оказывает непосредственное влияние на уровень заболеваемости и является индикатором качества профилактической работы. Как показал анализ, в 2015 г. снизилось число больных сифилисом, обратившихся самостоятельно за медицинской помощью, отмечается интенсификация профилактической работы: увеличилась доля больных, выявленных специалистами всех профилей при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, — с 59,9% в 2013 г. до 62,4% в 2015 г.; повысилась выявляемость больных сифилисом при всех видах медицинских осмотров — с 18,3% в 2013 г. до 26,8% в 2015 г. Такие показатели, как количество больных, выявленных в стационарных условиях, и число обследованных контактов на одного зарегистрированного больного сифилисом остались на прежнем уровне, составив соответственно 16,8 и 1,4%.

Несколько иное положение наблюдается в динамике заболеваемости сифилисом в детской возрастной группе 0—14 лет, где складывается более благоприятная



ятная ситуация. В 2015 г. снизилось число зарегистрированных заболеваний сифилисом на 96 случаев по сравнению с 2013 г. (в 2013 г. — 324; в 2015 г. — 228). За трехлетний период заболеваемость всеми формами сифилиса среди детей в возрасте 0—14 лет снизилась на 36% (в 2013 г. — 1,4 на 100 000 соответствующего населения; в 2015 г. — 0,9), ежегодный темп ее снижения составил в среднем 20%.

В 2015 г. в общей структуре заболеваемости сифилисом среди детской возрастной популяции 0—14 лет было зарегистрировано 63 случая врожденного сифилиса, в том числе 21 случай сифилиса раннего врожденного с симптомами, 41 случай сифилиса раннего врожденного скрытого и 1 случай позднего врожденного сифилиса. Снижение числа случаев врожденного сифилиса за анализируемый период составило 46,7% (в 2013 г. — 116 случаев). При этом более чем в 3 раза снизилось число раннего врожденного сифилиса с симптомами (с 71 в 2013 г. до 21 случая в 2015 г.), число раннего врожденного скрытого сифилиса на протяжении последних 3 лет остается постоянным (40 случаев в 2013 г., по 41 случаю в 2014 г. и 2015 г.). Заболеваемость врожденным сифилисом в 2015 г. составила 0,3 на 100 000 детей 0—14 лет.

Во всех федеральных округах в 2015 г. были зарегистрированы случаи врожденного сифилиса. Наибольшее число случаев врожденного сифилиса было зарегистрировано в ЦФО — 19 случаев, в Приволжском (ПрФО) и Сибирском федеральных округах (СибФО) по 11 в каждом, в СКФО — 9 случаев, в СЗФО — 4 случая, в ЮФО и Дальневосточном ФО (ДВФО) — по 3 случая, в УФО — 2 случая и в КрФО — 1 случай. Наиболее высокие показатели заболеваемости врожденным сифилисом в 2015 г. наблюдались в СКФО (0,4 на 100 000 соответствующего населения), а самые низкие — в ЮФО и УФО (0,1 на 100 000 соответствующего населения). Следует отметить, что в СибФО число случаев врожденного сифилиса снизилось более чем в 2 раза (26 случаев в 2014 г., 0,6 на 100 000 соответствующего населения, 11 случаев в 2015 г., 0,3 на 100 000 соответствующего населения).

Среди субъектов Российской Федерации максимальное число случаев врожденного сифилиса было зарегистрировано в Московской области (6 случаев), в Москве и Республике Татарстан (по 5 случаев), а также в Республике Северной Осетии — Алании и Чеченской Республике (по 4 случая).

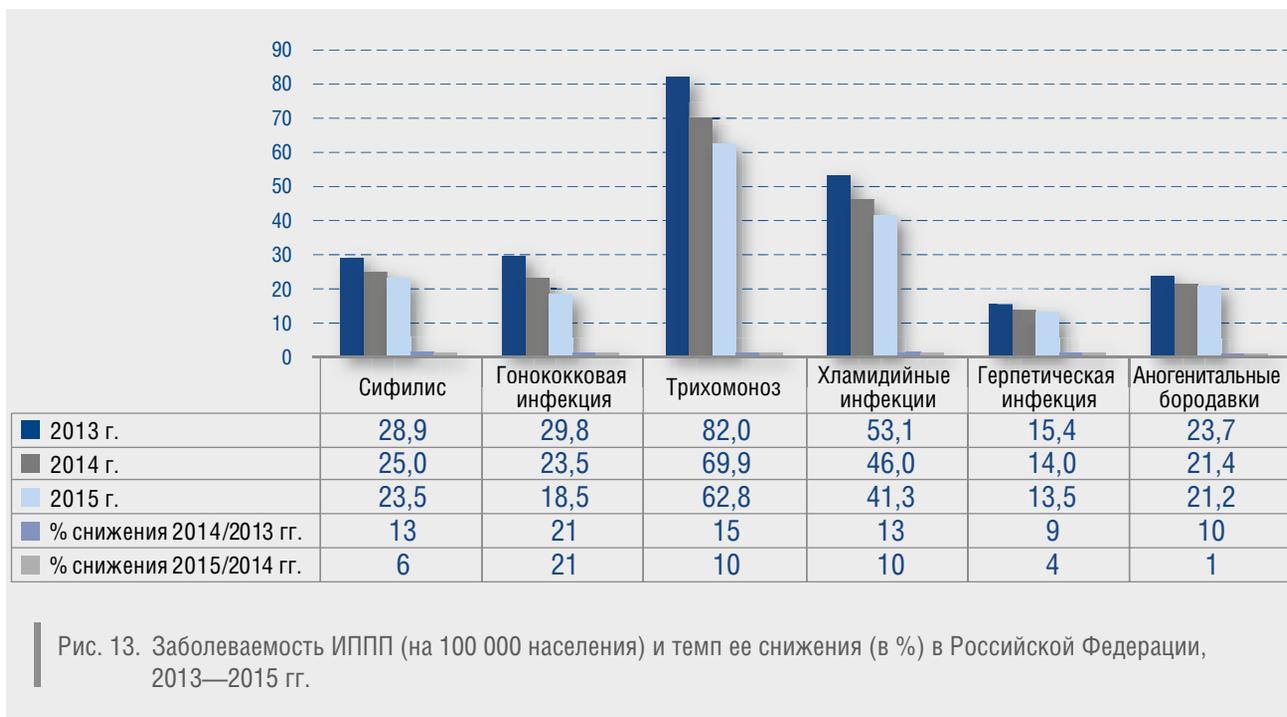
В детской возрастной группе 15—17 лет в 2015 г. наблюдалось выраженное снижение заболеваемости сифилисом — в 2 раза: с 18,6 (783 случая) в 2013 г. до 9,9 на 100 000 соответствующего населения (391 случай) в 2015 г. (рис. 12). Снижение заболеваемости было обусловлено преимущественно уменьшением числа ранних форм сифилиса.



Рис. 12. Динамика заболеваемости сифилисом и гонококковой инфекцией в возрастной группе 15—17 лет (на 100 000 соответствующего населения), 2013—2015 гг.

Как отмечалось выше, тенденция к снижению заболеваемости наблюдается по всем нозологическим формам ИППП. Наибольший темп снижения заболеваемости в 2015 г. зарегистрирован для гонококковой инфекции, составляя, как и в предыдущие годы, в среднем 20%, число зарегистрированных случаев гонококковой инфекции в целом по Российской Федерации составило 27 056, что соответствует показателю заболеваемости 18,5 на 100 000 населения. Заболеваемость гонококковой инфекцией в 2015 г. в возрастных группах зарегистрирована на уровне (на 100 000 соответствующего населения): среди детей в возрасте 0—14 лет — 0,4, среди детей в возрасте 15—17 лет — 18,2, среди взрослых 18 лет и старше — 22,2. По сравнению с 2013—2014 гг. за рассматриваемый период увеличился темп снижения заболеваемости гонококковой инфекцией среди взрослых 18 лет и старше, составив 22,6% (в 2013—2014 гг. — 19,4%), а также среди детей в возрасте 0—14 лет, составив 24,5% (в 2013—2014 гг. — 20,8%). В возрастной группе 15—17 лет темп снижения заболеваемости гонококковой инфекцией остается прежним (в 2013—2014 гг. — 17,2%, в 2014—2015 гг. — 17,6%).

В 2015 г. показатель заболеваемости трихомонозом составил 62,8 на 100 000 населения, хламидийными инфекциями — 41,3, аногенитальными (венерическими) бородавками — 21,2, аногенитальной герпетической инфекцией — 13,5. За период 2014—2015 гг. в целом по Российской Федерации снижение заболеваемости трихомонозом и хламидийными инфекциями составило 10,2%, аногенитальной гер-



петической вирусной — 3,6%. Заболеваемость аногенитальными бородавками в целом по Российской Федерации остается на прежнем уровне (снижение заболеваемости менее 1%). По сравнению с периодом 2013—2014 гг. отмечается замедление темпа снижения заболеваемости всеми ИППП (за исключением гонококковой инфекции), а особенно вирусными инфекциями (рис. 13).

Вторым большим и не менее важным разделом в дерматовенерологии являются болезни кожи и подкожной клетчатки.

Распространенность болезней кожи и подкожной клетчатки в Российской Федерации довольно высока. В 2013—2015 гг. она оставалась приблизительно на одном и том же уровне, составляя в среднем 6100 на 100 000 населения (рис. 14), колебания показателя за период 2014/2013 гг. и 2015/2014 гг. составили +1,2 и –3,8% соответственно.

По результатам анализа распространенности болезней кожи и подкожной клетчатки в возрастных группах населения выявлено, что самые высокие показатели наблюдались среди подростков в возрасте 15—17 лет (в 2015 г. — 11 624,2 на 100 000 соответствующего населения), несколько ниже — среди детей в возрасте 0—14 лет (в 2015 г. — 9944,7 на 100 000 соответствующего населения) (рис. 15).

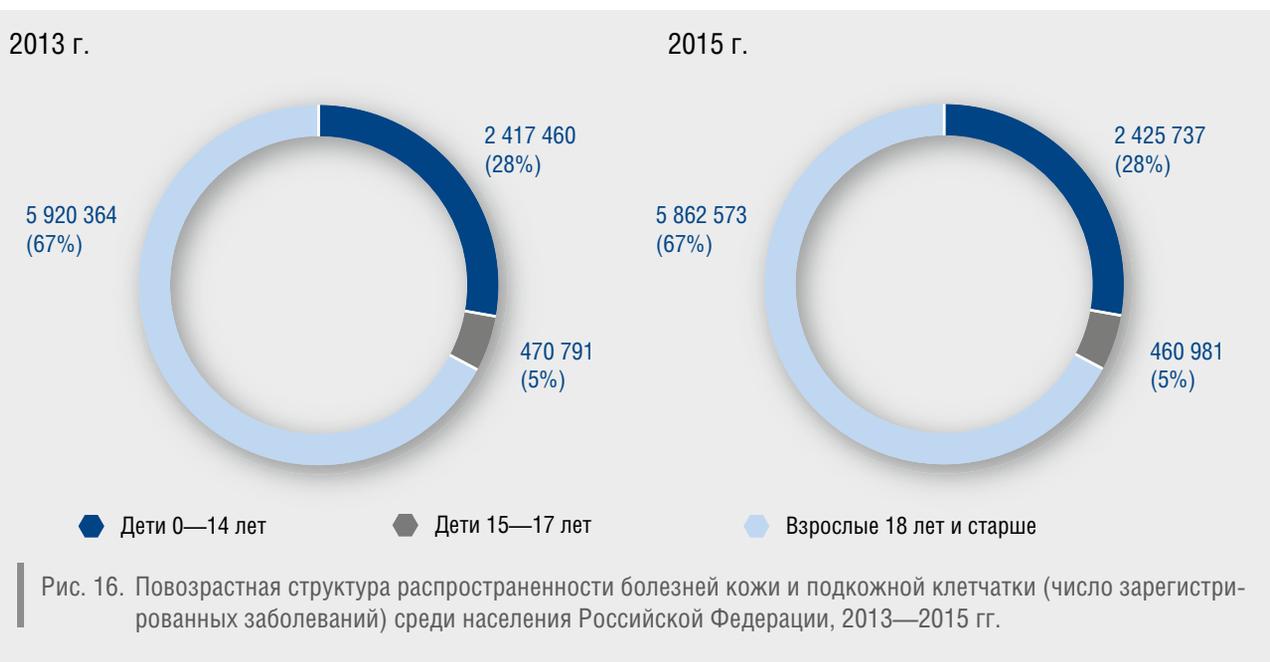
Повозрастная структура больных дерматозами в 2015 г. по отношению к 2013 г. не изменилась: доля больных в возрасте 0—14, 15—17 лет и взрослых как в 2013 г., так и в 2015 г. составляла 28, 5 и 67% соответственно (рис. 16).

Заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки населения Российской Федерации в 2015 г. была на 6,6% ниже аналогичных показателей 2013 и 2014 гг. и составила в целом 4400,7 на 100 000 населения.

Наибольший процент снижения заболеваемости в 2015 г. по отношению к предыдущему году



Рис. 14. Распространенность и заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки в Российской Федерации (на 100 000 населения), 2013—2015 гг.



был зафиксирован в детских возрастных группах: 10—14 лет — на 9,5%; 15—17 лет — на 9,3%; в данных возрастных категориях в 2015 г. зарегистрированы максимальные показатели заболеваемости: среди детей 15—17 лет — 8134,0 на 100 000 соответствующего населения, среди детей 0—14 лет — 7737,0 на 100 000 соответствующего населения. Заболеваемость болезнями кожи и подкожной клет-

чатки взрослого населения более чем в 2 раза ниже аналогичного показателя у детей (рис. 17).

При оценке распространенности болезней кожи и подкожной клетчатки в федеральных округах максимальный показатель в 2015 г. отмечался в СЗФО (7359,4 на 100 000 населения), показатели выше среднероссийского наблюдались в УФО, ПрФО и ДВФО. В КрФО в 2015 г. распространенность болезней кожи



и подкожной клетчатки была самой низкой по сравнению со среднероссийским показателем и в 2 раза ниже максимального значения, зарегистрированного в СЗФО (рис. 18).

Одним из наиболее часто встречающихся дерматозов является атопический дерматит, распространенность которого среди всего населения Российской Федерации в 2015 г. составила 436,2 на 100 000 населения, заболеваемость — 209,6 на 100 000 населения. На протяжении анализируемого периода (2013—2015 гг.) показатели остаются приблизительно на одном, достаточно высоком уровне (рис. 19).

Структура заболеваемости атопическим дерматитом остается постоянной: большая часть заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом приходится на возрастную категорию детей 0—14 лет (71% в 2013 г., 65% в 2015 г.), 1/4 часть заболеваний диагностируется среди взрослого населения 18 лет и старше (~24%), около 5,5% заболеваний — среди детей в возрасте 15—17 лет. Структура распространенности атопического дерматита несколько иная: 65% заболеваний приходится на возрастную категорию 0—14 лет, 7% — на возрастную категорию 15—17 лет, 28% — на возрастную группу взрослых (рис. 20).

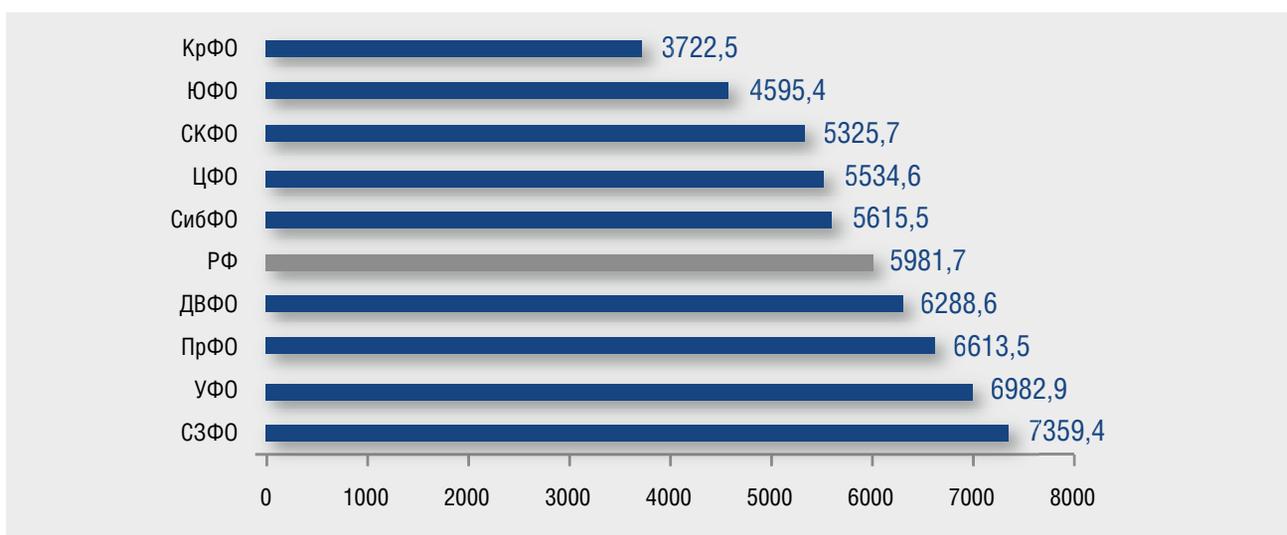


Рис. 18. Распространенность болезней кожи и подкожной клетчатки в Российской Федерации и в федеральных округах (на 100 000 населения), 2015 год

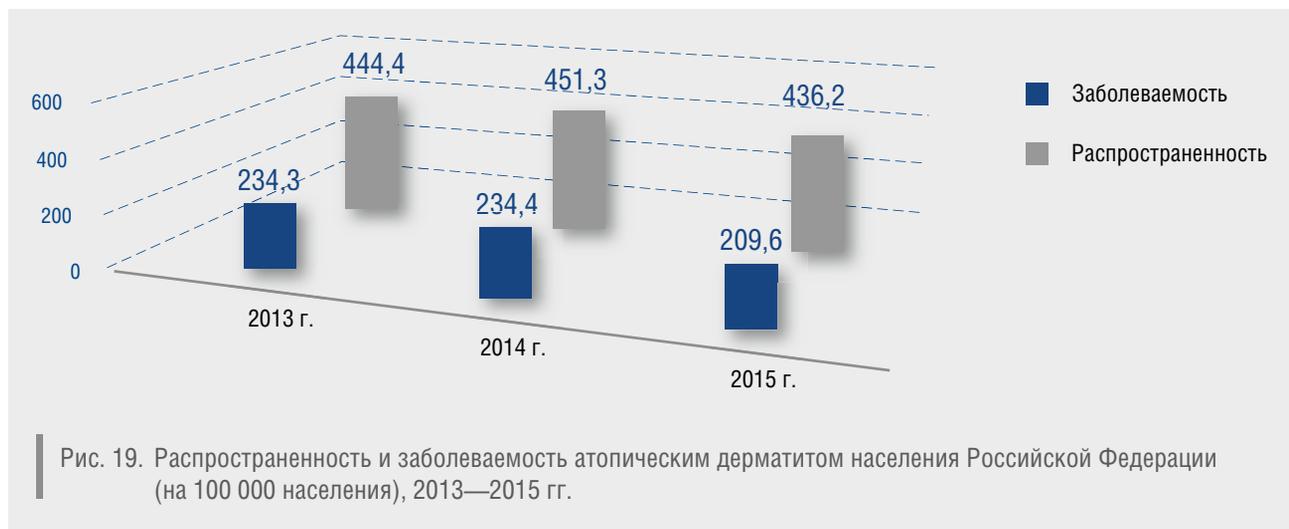


Рис. 19. Распространенность и заболеваемость атопическим дерматитом населения Российской Федерации (на 100 000 населения), 2013—2015 гг.



Рис. 20. Повозрастная структура больных атопическим дерматитом в Российской Федерации, 2015 г.

Наивысшие показатели распространенности и заболеваемости атопическим дерматитом в Российской Федерации регистрируются у детей в возрасте 0—14 лет (1690,5 и 889,4 на 100 000 соответствующего населения соответственно в 2015 г.), несколько ниже — у подростков (1150,0 и 426,3 на 100 000 соответствующего населения соответственно в 2015 г.) (рис. 21).

Распространенность псориаза в Российской Федерации в 2015 г. составила 233,4 на 100 000 населения (табл. 4). По-прежнему самые высокие показатели распространенности и заболеваемо-

сти псориазом регистрируют в детской возрастной группе 15—17 лет (в 2015 г.: распространенность — 310,2, заболеваемость — 99,3 на 100 000 соответствующего населения), самые низкие — у детей 0—14 лет (в 2015 г.: распространенность — 70,4, заболеваемость — 24,0 на 100 000 соответствующего населения).

Распространенность дискоидной красной волчанки на протяжении анализируемого периода не претерпела значительных изменений, составив в 2015 г. 5,1 на 100 000 населения, заболеваемость имела ста-

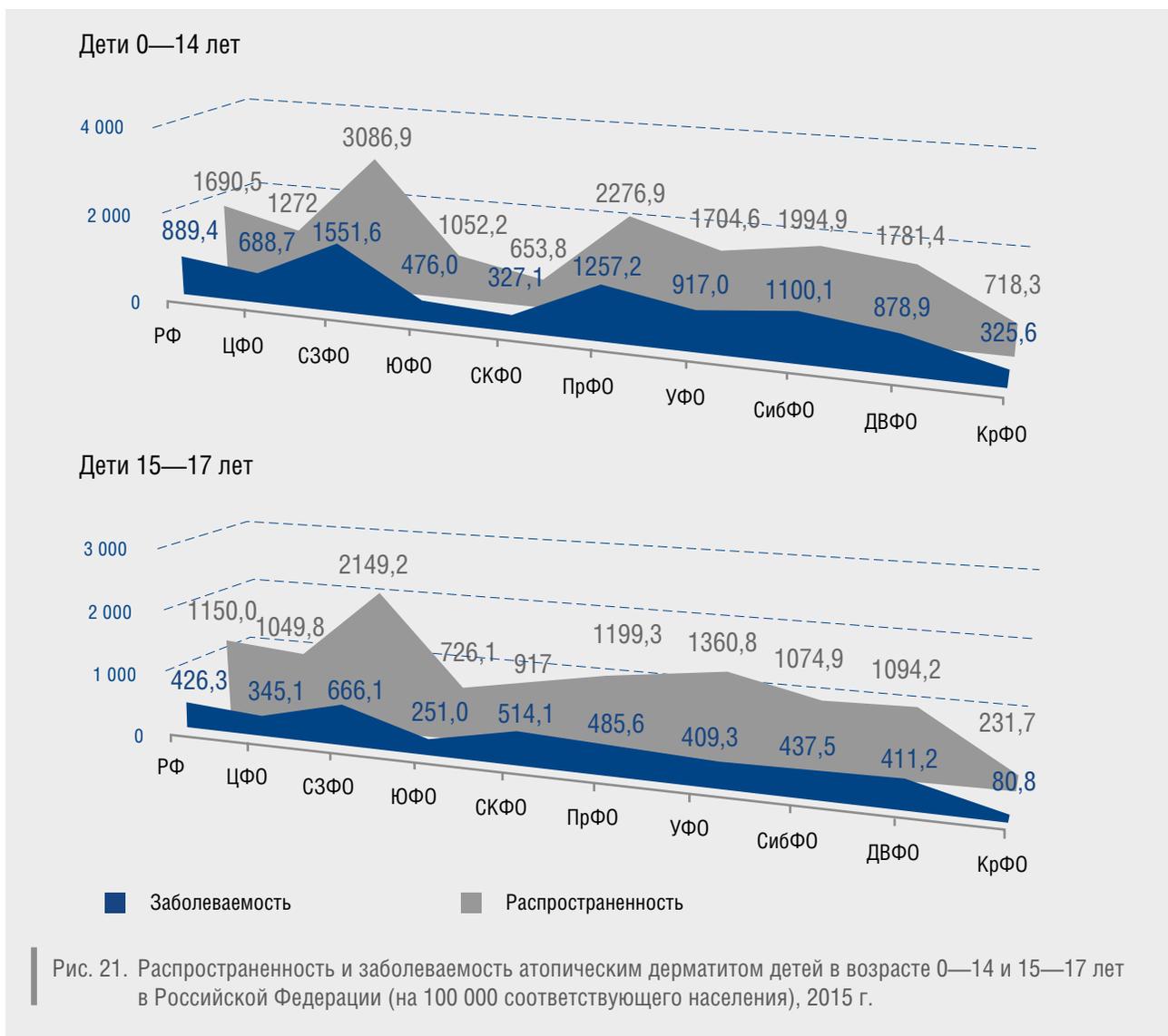


Таблица 4      Распространенность дерматозов среди населения Российской Федерации (на 100 000 населения), 2015 г.

	Все население	Дети 0—14 лет	Дети 15—17 лет	Взрослые
Псориаз	233,4	70,4	310,2	264,5
Дискоидная красная волчанка	5,1	0,3	1,6	6,2
Локализованная склеродермия	13,5	5,9	15,5	15,0

бильную тенденцию к росту (в 2013 г. — 1,0 на 100 000 населения, в 2014 г. — 1,1, в 2015 г. — 1,2).

За период 2013—2015 гг. прослеживается тенденция к некоторому увеличению распространенности локализованной склеродермии среди населения России: в 2013 г. она составила 12,1 на 100 000 населения, в 2014 г. — 12,9, а в 2015 г. — 13,5.

### Выводы

1. Обеспеченность населения Российской Федерации врачами-дерматовенерологами в целом сохраняется на достаточно высоком уровне (в среднем 0,6 на 10 000 населения).

2. Реструктуризация коечного фонда дерматовенерологического профиля привела к позитив-

ным тенденциям в показателях его работы: интенсифицировалась работа койки, увеличился оборот койки.

3. Сохраняется востребованность дневных стационаров дерматовенерологического профиля, что подтверждается увеличением числа пролеченных в них пациентов и ростом показателя оборота койки; с целью дальнейшей оптимизации показателей работы дневных стационаров продолжают их внутренние структурные преобразования.

4. Обращает на себя внимание снижение числа посещений на прием к врачам-дерматовенерологам на 3,5% в 2015 г. по сравнению с 2014 г., что требует дальнейшего мониторинга.

5. В целом по Российской Федерации сохраняется тенденция к снижению заболеваемости ИППП.

6. Ситуация с заболеваемостью сифилисом детей в возрасте 0—17 лет складывается более благоприятно, сохраняется устойчивая тенденция к ее снижению, в том числе заболеваемости врожденным сифилисом.

7. Следует обратить внимание на увеличение доли иностранных граждан среди больных сифилисом с вновь установленным диагнозом на фоне снижения числа случаев сифилиса с вновь установленным диагнозом, зарегистрированных среди граждан Российской Федерации, что негативно отразилось на темпе снижения заболеваемости в целом по стране. ■

## Литература

1. Resursy i deyatelnost meditsinskih organizatsiy dermatovenerologicheskogo profilya. Zabolevaemost infektsiyami, peredavaemyimi polovym putem, zaraznymi kozhnyimi boleznyami i boleznyami kozhi za 2013-2014 gg. [Statisticheskie materialy]. Moskva. [Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и болезнями кожи за 2013—2014 гг. [Статистические материалы]. Москва.]
2. Otchetnaya forma federalnogo gosudarstvennogo statisticheskogo nablyudeniya № 9 «Svedeniya o zabolevaniyah infektsiyami, peredavaemyimi polovym putem, i zaraznymi kozhnyimi boleznyami» za 2015 god. [Отчетная форма федерального государственного статистического наблюдения № 9 «Сведения о заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем, и заразными кожными болезнями» за 2015 г.]
3. Otchetnaya forma federalnogo gosudarstvennogo statisticheskogo nablyudeniya № 34 «Svedeniya o bolnykh zabolevaniyami, peredavaemyimi preimuschestvenno polovym putem, i zaraznymi kozhnyimi zabolevaniyami» za 2015 god. [Отчетная форма федерального государственного статистического наблюдения № 34 «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, и заразными кожными заболеваниями» за 2015 г.]
4. Otchetnaya forma federalnogo statisticheskogo nablyudeniya № 12 «Svedeniya o chisle zabolevaniy, zaregistrirrovannykh u patsientov, prozhivayuschih v rayone obsluzhivaniya meditsinskoj organizatsii» za 2015 god. [Отчетная форма федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» за 2015 г.]
5. Otchetnaya forma federalnogo statisticheskogo nablyudeniya № 30 «Svedeniya o meditsinskoj organizatsii» za 2015 god. [Отчетная форма федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» за 2015 г.]
6. Otchetnaya forma otraslevogo statisticheskogo nablyudeniya № 14ds «Svedeniya o dnevnykh statsionarah meditsinskih organizatsiy» za 2015 god. [Отчетная форма отраслевого статистического наблюдения № 14дс «Сведения о дневных стационарах медицинских организаций» за 2015 г.]
7. Otchetnaya forma federalnogo statisticheskogo nablyudeniya № 14 «Svedeniya o deyatelnosti podrazdeleniy meditsinskih organizatsiy, okazyivayuschih meditsinskuyu pomoshch v statsionarnykh usloviyakh» za 2015 god. [Отчетная форма федерального статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» за 2015 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