

дении и порядке ведения форм статистического учета и отчетности по реализации государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет ассигнований федерального бюджета». В 2009 г. разработан и внедрен программно-аппаратный комплекс Минздравсоцразвития России, который позволяет контролировать все этапы оказания ВМП больному с последующей реабилитацией по его возвращении по месту жительства либо направлением самим федеральным медицинским центром в учреждение для оказания реабилитационной помощи. В рамках этого комплекса создана единая по стране сквозная нумерация талона на оказание ВМП и сформирован единый Лист ожидания высокотехнологичной медицинской помощи, а также ведется сбор электронных заявок от органов управления здравоохранением субъектов РФ на оказание больным ВМП. Данной системой предусмотрен переход на электронную форму отчетности как для органов управления здравоохранения субъектов РФ, так и для медицинских учреждений, работающих по программе ВМП.

Взаимодействие с регионами по направлению больных на оказание ВМП предлагается вести на основании отдельных соглашений с субъектами РФ. В этих соглашениях в каждом регионе определены конкретные медицинские учреждения, в которых в соответствии с их заявками планируется оказание ВМП. Это позволяет в течение года увеличивать объемы ВМП как для «хорошо работающих субъектов», так и для востребованных учреждений. При этом согласно письму Минздравсоцразвития РФ от 22 сентября 2009 г. № 26-1-7124 возможен автоматический перевод данных пациента с листа ожидания в активную форму талона-направления, планируется также перераспределение квот как субъектов РФ, так и медицинских учреждений, не выполняющих объемы государственного задания, с последующим принятием управленческих решений со стороны Минздравсоцразвития РФ.

## **РОЛЬ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПРОФИЛАКТИКА ИППП У ПОДРОСТКОВ**

*М. А. Захаров  
Уральская государственная медицинская академия,  
г. Екатеринбург*

По определению экспертов ВОЗ, здоровый образ жизни – это все, что в поведении и деятельности человека благотворно влияет на его здоровье. Здоровый образ жизни предполагает умение заботиться о своем здоровье и контролировать свою собственную жизнь. Именно на таком высоком уровне

в настоящее время воспринимается общественное здравоохранение и на таком же уровне понимается значение профилактики инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), для сохранения репродуктивного здоровья нации.

Международная глобальная стратегия профилактики ИППП с 2006 по 2015 г., разработанная ВОЗ, предусматривает пропаганду безопасного полового поведения и содействие раннему обращению за медицинской помощью. Данные изыскания представлены разнообразными региональными программами профилактики ИППП. Эти программы реализованы в той или иной степени в отдельных регионах и имеют определенные показатели эффективности. Однако программы первичной профилактики несут рекомендательный характер и осуществляются благодаря инициативе и заинтересованности руководителей и специалистов дерматовенерологических учреждений на местах. Отсутствуют централизованная регламентация и критерии качества проведения первичной профилактики как функции дерматовенерологических учреждений. В связи с этим возникла необходимость не только повсеместного внедрения системы первичной профилактики ИППП, но и ее стандартизации.

Нами разработана технология реализации первичной профилактики ИППП с применением специальных индикаторов качества. Роль дерматовенерологической службы при этом заключается в постановке прикладных задач первичной профилактики, а также в организационном обеспечении этих решений. Дерматовенерологу при управлении качеством профилактики ИППП следует учитывать такие данные, как результаты мониторинга заболеваемости сифилисом по возрастам на данной территории; результаты скрининга подростковых коллективов в виде социометрических исследований с получением угрозомерических индикаторов рискованного сексуального поведения. Благодаря полученным результатам дерматовенеролог рассчитывает объем профилактического вмешательства, который зависит от количественных показателей индикаторов рискованного поведения подростков и предусматривает применение соответствующей программы профилактического вмешательства. Программы профилактического вмешательства должны иметь градацию в зависимости от степени риска или угрозы развития эпидемического состояния.

Стандарт профилактического вмешательства должен быть утвержден и подготовлен к исполнению дерматовенерологической службой. Стандартом должны быть определены место и взаимоотношения различных служб (педагогическая, психологическая) по организации профилактических вмешательств. Программы первичной профилактики ИППП, разработанные в регионах, могут быть рекомендованы к реализации на конкурсной основе. Дерматовенеролог должен наблюдать за качеством исполнения стандарта профилактики. Актуальность профилактических вмешательств в коллективе учащихся с целью предупреждения ИППП требует повсеместного внедрения новых организационных мер. Качество проводимых профилактических мероприятий может быть достигнуто только применением определенных инструментов управления. К инструментам управления качеством профилактики ИППП среди молодежи могут быть отнесены индикаторы риска

сексуального поведения. Собственно, осуществление профилактического вмешательства невозможно без участия психолога, педагога, специалиста по санитарной пропаганде и просвещению. Место и роль этих специалистов должны быть четко определены и закреплены в стандарте. Определяющим блоком в профилактике ИППП является индивидуальное консультирование подростков. И это осуществляется только врачом-дерматовенерологом.

Таким образом, задачей дерматовенерологической службы России и обязанностью врача-дерматовенеролога является проведение профилактических мероприятий и санитарное просвещение среди населения по предупреждению ИППП, особенно среди подростков. Учитывая современное состояние вопроса, роль дерматовенеролога должна быть пересмотрена, а его функция как организатора первичной профилактики ИППП должна быть трансформирована в осуществление стандартизированной медицинской технологии.

## **СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В РЕГИОНАХ УРАЛА, СИБИРИ И ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА**

*Н. В. Кунгуров, Н. П. Евстигнеева, Е. А. Чигвинцева, Н. М. Герасимова  
Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии,  
г. Екатеринбург*

Одной из проблем в условиях современного реформирования здравоохранения является неэффективность использования ресурсной базы кожно-венерологических учреждений, что несомненно оказывает влияние на качество специализированной медицинской помощи пациентам. Среди многочисленных факторов, влияющих на уровень заболеваемости генитальными герпесвирусными инфекциями (ГВИ), немаловажную роль играет качество диагностической помощи, ее доступность, адекватность, своевременность, результативность, постоянное совершенствование диагностических исследований. Лабораторная диагностика ГВИ является ключевым моментом, выявляющим этиологический фактор заболевания, влияющим на назначение противовирусной терапии.

Современная эпидемиологическая ситуация по заболеваемости аногенитальным герпесом в Российской Федерации характеризуется намечающейся тенденцией к увеличению заболеваемости, обусловленной распространением бессимптомных и недиагностированных форм генитального герпеса. Регистрируемый в официальной статистике уровень заболеваемости, по мнению ведущих ученых и практикующих специалистов, не отражает истинного состояния проблемы.

Проведенный анализ состояния специализированной медицинской помощи пациентам с ГВИ в 28 дерматовенерологических учреждениях