

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

Урала, Сибири и Дальнего Востока показал, что средние интенсивные показатели заболеваемости генитальным герпесом варьируют в диапазоне от 36,0 в Уральском федеральном округе (ФО) до 16,1–17,7 в Приволжском, Сибирском, Дальневосточном федеральных округах (коэффициент варибельности 2,4–2,2) при среднероссийском 22,1 на 100 тыс. населения. Это отражает не столько различия в истинной заболеваемости, сколько свидетельствует о состоянии организации диагностики урогенитальной ГВИ в различных регионах. Показатели заболеваемости в значительной степени определяются качеством диагностических исследований на всех этапах проведения. Необходимыми условиями для надлежащего качества являются наличие исправного оборудования, регулярная его поверка, квалификация специалистов, соблюдение правил забора и хранения клинического материала, достаточные материальные ресурсы (наборы реагентов, стандартизированные по чувствительности и специфичности), контроль качества выполнения методик (внешний и внутрилабораторный контроль).

Наибольший темп прироста заболеваемости аногенитальным герпесом отмечался в территориях Уральского ФО – 69,0 %, по сравнению с Сибирским (24,6 %) и Дальневосточным (2,9 %), при среднероссийском 21,4 %. Из 8 территорий с отрицательным темпом прироста заболеваемости, который варьирует в диапазоне от – 4,5 % (Республика Бурятия) до – 72,1–77,7 % (Республика Алтай, Магаданская область), в 6 территориях (75,0 %) ПЦР-диагностика не внедрена. Из 19 территорий Урала, Сибири и Дальнего Востока, где положительные темпы прироста в диапазоне от 5,8–6,9 % (Кемеровская область, Ямало-Ненецкий АО) до 80,6 – 82,1–93,6 % (Республика Тыва, Камчатский край, Томская область), в 12 (63,2 %) ПЦР-диагностика проводится, в 7 (36,8 %) территориях отсутствует. Соотношение территорий, где осуществляется ПЦР-диагностика ГВИ и регистрируются положительные темпы прироста заболеваемости ГВИ, и регионов с отсутствием ПЦР-диагностики 1,7 : 1. Отмечена прямая зависимость показателей заболеваемости от состояния лабораторной диагностики. Лабораторная диагностика ГВИ организована в 87,5 % КВУ Урала, в 75,0 % КВУ Сибири и в 62,5 % КВУ Дальнего Востока. Анализ представленных данных показал, что ПЦР-диагностика ГВИ проводится в 53,3 % КВУ УрФО, в 44,4 % КВУ Дальневосточного ФО и лишь в 18,2 % КВУ Сибирского ФО. В 17,6 % КВУ при наличии ПЦР-лаборатории диагностику ГВИ молекулярно-генетическими методами не проводят.

В КВУ Сибирского, Дальневосточного и Уральского федеральных округов преобладает серологическая диагностика выявления антител ГВИ (55,5–64,0 %).

Одновременное применение двух и более методов для верификации урогенитальной ГВИ осуществляется в 53,8 % КВУ Уральского ФО, в 66,7 % КВУ Дальневосточного ФО, в 37,5 % КВУ Сибирского ФО.

Анализ материалов, представленных из регионов, показал, что лицензирование и сертификация лабораторий, осуществляющих диагностику инфек-

ций, передаваемых половым путем (ИППП), проводится в соответствии с действующим законодательством и в установленном порядке. Метрологическая поверка, сервисное обслуживание оборудования проводится в сроки во всех КВУ. Следует отметить высокий уровень оснащенности (83,3 %) современным высокотехнологичным оборудованием ПЦР-лабораторий КВУ, позволяющим проводить молекулярно-генетическую диагностику вирусных инфекций в режиме Real-Time.

Анализ состояния основного оборудования иммунологических лабораторий позволил установить, что износ свыше 50 % отмечается в каждом третьем КВУ Урала, Сибири и Дальнего Востока (33,0–38,1 %). В ходе анализа материального обеспечения наборами реагентов для исследований на ГВИ методом ПЦР и ИФА в регионах Урала, Сибири и Дальнего Востока отмечено увеличение расходования сумм в 2–6,8 раза в 2008 г. по сравнению с 2006 г.

Проведенный нами анализ специализированной медицинской помощи пациентам с генитальной ГВИ показал, что все необходимые условия для качественной диагностики: оборудование, суммы, выделяемые на приобретение тест-систем и расходных материалов, своевременная квалификация дерматовенерологов и специалистов лабораторной службы, соблюдение лицензионных требований руководителями КВУ Урала, Сибири и Дальнего Востока – имеются в достаточном объеме.

На наш взгляд, одной из основных проблем на сегодняшний день является отсутствие протоколов ведения больных ГВИ, единых подходов к диагностике, что диктует необходимость разработки и внедрения медицинских технологий, на своевременность которых указали 63,6 % дерматовенерологов КВУ Урала, Сибири и Дальнего Востока.

## **СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ В РЕГИОНАХ УРАЛА, СИБИРИ И ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА**

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

В первом квартале 2009 г. нами проведен анализ состояния специализированной медицинской помощи пациентам с герпесвирусными инфекциями на основе данных, предоставленных главными специалистами областных, краевых и республиканских КВУ Урала, Сибири и Дальнего Востока. С целью