

**Информация
о состоянии заболеваемости сифилисом и другими инфекциями,
передаваемыми половым путем, населения Уральского Федерального
округа в 2011 году**

В 2011 году заболеваемость сифилисом в Уральском Федеральном округе (УФО) по сравнению с 2010 годом снизилась на 16,6% и составила 35,8 сл. на 100 тыс. населения (табл. 1).

Таблица 1

Общая заболеваемость сифилисом населения Уральского ФО в 2011 г.

Субъект РФ	Абс. число случаев в 2011г.	Число случаев на 100 тыс. населения		Темп прироста ИП в % относительно 2010 г.
		2010	2011	
Свердловская область	1932	55,2	46,8	- 15,2
Челябинская область	1092	42,6	32,0	- 25,0
Курганская область	383	48,1	40,4	- 16,4
Тюменская область	428	40,2	31,9	- 20,6
Ханты-Мансийский АО	324	23,8	20,9	-12,2
Ямало-Ненецкий АО	169	27,6	32,2	+16,7
УрФО	4329	42,9	35,8	- 16,6

Из шести территорий УФО наиболее высокие темпы снижения заболеваемости сифилисом отмечены в Челябинской области (-25%), наиболее низкие – в Ханты-Мансийском автономном округе (-12,2%). В Ямало-Ненецком автономном округе заболеваемость сифилисом возросла на 16,7%.

В 2011 г. удельный вес мигрантов среди впервые зарегистрированных больных варьировал от 0 (Курганская область) до 37,6% (Челябинская область) (табл. 2).

Таблица 2

Удельный вес мигрантов, среди впервые зарегистрированных больных сифилисом в УФО в 2011 г.

Субъект РФ	Удельный вес мигрантов
Свердловская область	15,3%
Челябинская область	37,6%

Курганская область	0
Тюменская область	2,1%
Ханты-Мансийский АО	4,6
Ямало-Ненецкий АО	0,4%

Рост заболеваемости сифилисом детской популяции наблюдался в Челябинской области (на 68,8%). В Тюменской и Свердловской областях заболеваемость детей сифилисом снизилась на 33,3% и 42,5% соответственно. В Ханты-Мансийском автономном округе этот показатель остался без изменений (0,7 сл. на 100 тыс. детского населения). Наиболее высокие показатели заболеваемости сифилисом детей (0-14 лет) регистрировались в Курганской области. Вместе с тем, доля заболевших детей в 2011 г. по сравнению с 2010 г. в этой области снизилась в 2 раза (-50,7%). В отчетном году не зарегистрировано новых случаев заболеваемости детей от 0 до 14 лет лишь в Ямало-Ненецком автономном округе (табл. 3)

Таблица 3

Заболеваемость сифилисом детей 0-14 лет в УФО в 2011 г.

Субъект РФ	Число случаев на 100 тыс. населения		Темп прироста ИП в % относительно 2010 г.
	2010г.	2011г.	
Свердловская область	4,0	2,3	- 42,5
Челябинская область	1,6	2,7	+ 68,8
Курганская область	6,9	3,4	-50,7
Тюменская область	1,35	0,9	- 33,3
Ханты-Мансийский АО	0,7	0,7	=
Ямало-Ненецкий АО	0	0	0

Заболеваемость сифилисом подростковой популяции в 2011 году характеризовалась положительной динамикой (табл. 4). Темп снижения заболеваемости составил 17,2-47,6%. В Ямало-Ненецком автономном округе в течение последних двух лет заболеваемости сифилисом среди лиц 15-17 лет не регистрировалось.

Таблица 4

Заболеваемость сифилисом подростков 15-17 лет в УФО в 2011 г.

Субъект РФ	Число случаев на 100 тыс. населения		Темп прироста ИП в % относительно 2010 г.
	2010г.	2011г.	
Свердловская область	28,4	23,5	- 17,2
Челябинская область	25,8	26,4	+ 2,3
Курганская область	54,2	28,7	- 47,6
Тюменская область	4,0	2,6	- 35,0
Ханты-Мансийский АО	14,3	10,7	-25,2
Ямало-Ненецкий АО	0	0	0

В 2011 году в целом по УФО отмечено 6 случаев врожденного сифилиса (по 3 случая в Свердловской и Челябинской областях). В целом по УФО заболеваемость врожденным сифилисом снизилась на 40,0%. В других территориях УФО новых случаев врожденного сифилиса не зарегистрировано (табл. 5).

Таблица 5

Заболеваемость врожденным сифилисом в УФО в 2011 г.

Субъект РФ	Абс. число случаев в 2011г.	Число случаев на 100 тыс. соотв. населения		Темп прироста ИП в % относительно 2010 г.
		2010г.	2011г.	
Свердловская область	3	0,7	0,7	0
Челябинская область	3	0,4	0,57	+ 42,5
Курганская область	0	2,7	0	0
Тюменская область	0	0	0	0
Ханты-Мансийский АО	0	0	0	0
Ямало-Ненецкий АО	0	0	0	0
УрФО	6	0,53(10 сл.)	0,3	- 40,0

Показатели заболеваемости гонококковой инфекцией в территориях УФО либо снизились в диапазоне 1,9-17,8%, либо стабилизировались. Исключение составила Свердловская область, где заболеваемость в 2011 году возросла на 10,3% (табл. 6).

Таблица 6

Заболеваемость населения УФО гонококковой инфекцией в 2011 г.

Субъект РФ	Число случаев на 100 тыс. населения		Темп прироста ИП в % относительно 2010 г.
	2010г.	2011г.	
Свердловская область	53,1	58,6	+ 10,3
Челябинская область	35,2	35,5	+ 0,9
Курганская область	42,3	41,5	- 1,9
Тюменская область	72,3	64,1	- 11,3
Ханты-Мансийский АО	60,8	50,0	- 17,8
Ямало-Ненецкий АО	52,9	51,2	- 3,2

Заболеваемость гонококковой инфекцией детей 0-14 лет в 2011 г. значительно снизилась в Курганской, Челябинской областях и ХМАО (на 62,0-90,0%), возросла – в Свердловской области (+52,2%) и ЯНАО (+20,0%). В этих же территориях отмечен и рост заболеваемости гонококковой инфекцией в подростковой популяции соответственно на 34,1% и 90,0% (табл. 7).

Таблица 7

Заболеваемость гонококковой инфекцией детского населения УФО в 2011 г.

Субъект РФ	Дети 0-14 лет			Дети 15-17 лет (подростки)		
	Число случаев на 100 тыс. соответств. населения.		Темп прироста ИП в % относительно 2010 г.	Число случаев на 100 тыс. соответств. населения		Темп прироста ИП в % относительно 2010 г.
	2010г.	2011г.		2010г.	2011г.	
Свердловская область	1,1	2,3	+ 52,2	28,4	43,1	+34,1

Челябинская область	1,5	0,57	- 62,0	25,8	33,3	- 29,0
Курганская область	6,9	0,69	- 90,0	54,2	25,5	- 52,9
Тюменская область	0,45	0	- 45,0	15,3	15,9	=
Ханты-Мансийский АО	1,0	0,3	-70,0	13,6	17,9	-41,1
Ямало-Ненецкий АО	0	0,2	+20,0	0	0,9	+ 90,0

Во всех субъектах Федерации УФО зафиксировано снижение заболеваемости трихомониазом (табл. 8).

Таблица 8

Заболеваемость населения УФО трихомониазом в 2011 г.

Субъект РФ	Число случаев на 100 тыс. населения		Темп прироста ИП в % относительно 2010 г.
	2010г.	2011г.	
Свердловская область	182,4	159,8	-12,39
Челябинская область	97,6	94,7	-2,97
Курганская область	119,7	119,1	- 0,5
Тюменская область	169,1	145,0	-14,3
Ханты-Мансийский АО	123,6	121,3	-1,86
Ямало-Ненецкий АО	90,2	82,3	-8,76

Уровень заболеваемости хламидиозом значительно возрос в Ямало-Ненецком автономном округе (+38,9%) (табл. 9). Относительно невысокий рост заболеваемости (5,5-8,6%) отмечен в Челябинской и Курганской областях. В остальных территориях уровень заболеваемости снизился.

Таблица 9

Заболеваемость населения УФО хламидиозом в 2011 г.

Субъект РФ	Число случаев на 100 тыс. населения		Темп прироста ИП в % относительно 2010 г.
	2010г.	2011г.	
Свердловская область	96,8	86,3	- 10,85

Челябинская область	69,5	73,4	+5,61
Курганская область	37,3	40,5	+ 8,58
Тюменская область	119,0	115,0	-4,0
Ханты-Мансийский АО	107,4	93,7	-12,76
Ямало-Ненецкий АО	62,0	86,1	+38,87

В 2011 г. в отмечен рост официально регистрируемой заболеваемости генитальными вирусными инфекциями (генитальный герпес, остроконечные кондиломы) в Свердловской, Тюменской областях (табл. 10, 11).

Таблица 10

Заболеваемость населения УФО генитальным герпесом в 2011 г.

Субъект РФ	Число случаев на 100 тыс. населения		Темп прироста ИП в % относительно 2010 г.
	2010г.	2011г.	
Свердловская область	42,2	46,6	+10,43
Челябинская область	11,5	9,7	-15,65
Курганская область	4,5	4,4	- 2,22
Тюменская область	25,6	30,2	+17,97
Ханты-Мансийский АО	24,0	16,5	-31,25
Ямало-Ненецкий АО	18,3	16,3	-10,93

Таблица 11

Заболеваемость населения УФО аногенитальными бородавками в 2011 г.

Субъект РФ	Число случаев на 100 тыс. населения		Темп прироста ИП в % относительно 2010 г.
	2010г.	2011г.	
Свердловская область	38,3	41,5	+8,36

Челябинская область	24,5	23,0	-6,12
Курганская область	16,9	16,6	- 5,92
Тюменская область	28,5	35,5	+24,56
Ханты-Мансийский АО	22,2	20,3	-8,56
Ямало-Ненецкий АО	19,4	19,1	-1,55

Показатели результативности противоэпидемической и профилактической работы кожно-венерологических учреждений УФО в 2011 г.

Активное выявление больных сифилисом в 2011 г. по сравнению с 2010 г. во всех территориях УФО возросло и составило 70,0-84,8%. Исключение составила лишь Свердловская область, в которой этот показатель снизился в 2011 г. с 73,3 до 64,7%. Отмечена положительная динамика индикаторного показателя, характеризующего активность противоэпидемической работы. Во всех территориях число обследованных контактов возросло в 1,2-1,5 раза и составило 1,3-2,5 контактов на 1 больного сифилисом. В ХМАО число обследованных контактов на 1 больного в 2010-2011 годах было недостаточным и составляло соответственно 1,0-0,9 контактов.

Эффективность серологического обследования населения УФО в 2011 году варьировала от 247,4 (ХМАО) до 886,0 (Тюменская область) обследованных на 1000 населения (табл. 12).

Таблица 12

Показатели результативности противоэпидемической и профилактической работы КВУ Уральского Федерального округа в 2011 г.

Субъект РФ	Индикаторы					
	Число серологических обследований на 1000 населения		Число обследованных контактов на одного больного сифилисом		Доля активно выявленных больных, %	
	2010 г.	2011 г.	2010 г.	2011 г.	2010 г.	2011 г.
Свердловская область	934	748	1,1	1,3	77,3	64,7
Челябинская область	731	695	1,7	2,5	79,4	79,2

Курганская область	382,9	514,9	1,3	1,8	60,5	70,0
Тюменская область	818	886	1,4	2,6	80,3	84,8
Ханты-Мансийский АО	1024	247,4	1,0	0,9	76,4	0,3
Ямало-Ненецкий АО	728	537	1,3	1,6	73,3	75,0

Среди женщин, больных сифилисом, в 2010-2011 годах оставался высоким удельный вес беременных: в Курганской области – 20,3-24,7%; в свердловской области – 19,3-22,7%; в Челябинской области – 19,3-21,7% (табл. 13).

Таблица 13

Удельный вес беременных от числа женщин с впервые установленным диагнозом сифилиса, в %

Субъекты РФ	Удельный вес беременных от числа женщин с впервые установленным диагнозом сифилиса, в %	
	2010	2011
Свердловская область	19,3	22,7
Челябинская область	19,3	21,7
Курганская область	20,3	24,3
Тюменская область	12,5	11,8
Ханты-Мансийский АО	12,7	15,2
Ямало-Ненецкий АО	6,6	0

При проведении экспертного анализа материально-технического и кадрового состава кожно-венерологических учреждений (КВУ) и соответствия стандартам оснащения подразделений кожно-венерологических диспансеров (КВД) в соответствии с «Порядком оказания медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля» (приказ Минздравсоцразвития России от 16.03.2010 г. № 151-н и изменениям от 29.09.2011 г.) установлено, что ни один из КВД в субъектах федерации УФО не соответствует вышеуказанному директивному документу.

Предложения

Руководителям органов исполнительной власти в сфере здравоохранения и главным врачам КВУ:

- Привести материально-техническое оснащение кожно-венерологических учреждений в соответствие с действующим «Порядком оказания медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля» (приказ Минздравсоцразвития России от 16.03.2010 г. № 151-н и изменениям от 29.09.2011 г.).

- Привести кадровый состав в соответствие с рекомендуемыми штатными нормативами медицинского персонала, оказывающего медицинскую помощь больным дерматовенерологического профиля (приказ Минздравсоцразвития России от 16.03.2010 г. № 151-н и изменениям от 29.09.2011 г.).

- Провести подготовительную работу по оперативному внедрению новой редакции (2013 год) федеральных стандартов по оказанию дерматовенерологической помощи и новых лицензионных требований.

- Составить до 15 апреля 2012 года и представить в научно-организационный отдел ФГБУ «УрНИИДВиИ» Минздравсоцразвития России план – график направления больных дерматовенерологического профиля для госпитализации ФГБУ «Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии» Минздравсоцразвития.

Директор ФГБУ «УрНИИДВиИ»
Минздравсоцразвития России,
д.м.н., профессор

Н.В.Кунгуров