

<https://doi.org/10.25208/0042-4609-2018-94-5-9-25>

# Основные задачи развития дерматовенерологической помощи населению Российской Федерации на период до 2024 года. Результаты деятельности медицинских организаций по оказанию дерматовенерологической помощи населению Российской Федерации в 2017 году

Кубанова А. А., Мелехина Л. Е.<sup>\*</sup>, Кубанов А. А.

Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
107076, Российская Федерация, г. Москва, ул. Короленко, д. 3, стр. 6

В статье проанализировано состояние эпидемиологической ситуации по инфекциям, передаваемым половым путем, и дерматозам, динамика заболеваемости сифилисом, заболеваемость сифилисом среди мигрантов, заболеваемость дерматозами в Российской Федерации за период 2013–2017 гг.

**Ключевые слова:** заболеваемость и структура дерматозов и ИППП, заболеваемость сифилисом, врожденный сифилис, болезни кожи и подкожной клетчатки, диспансеризация, коечный фонд, стационарная и амбулаторная медицинская помощь населению

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

Для цитирования: Кубанова А. А., Мелехина Л. Е., Кубанов А. А. Основные задачи развития дерматовенерологической помощи населению Российской Федерации на период до 2024 года. Результаты деятельности медицинских организаций по оказанию дерматовенерологической помощи населению Российской Федерации в 2017 году. Вестник дерматологии и венерологии. 2018;94(5):9–25. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2018-94-5-9-25>



# Key objectives of dermatovenerological assistance to the Russian Federation population for the period up to 2024. Results of the activities of medical organizations in providing dermatovenerological assistance to the Russian Federation population in 2017

Anna A. Kubanova, Lidia E. Melekhina\*, Alexey A. Kubanov

---

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

This article analyses the epidemiological situation concerned with sexually transmitted infections and dermatoses, as well as the dynamics of syphilis incidence, incidence of syphilis among migrants, incidence of dermatoses in the Russian Federation during the 2013–2017 period.

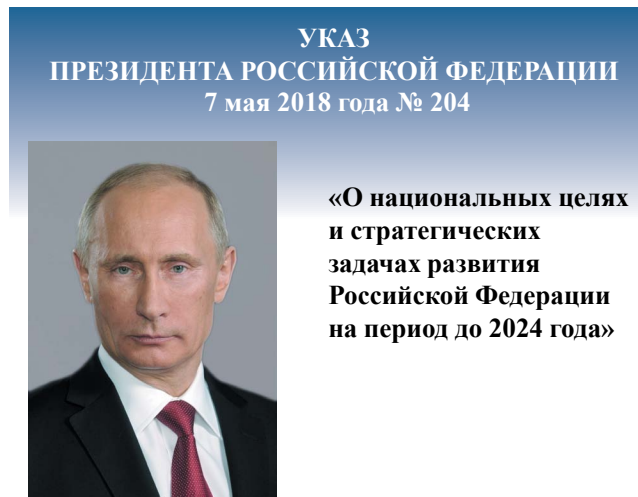
**Keywords:** incidence and structure of dermatosis and STIs, incidence of syphilis, congenital syphilis, skin and subcutaneous tissue diseases, clinical examination, hospital beds, inpatient and outpatient medical care

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

For citation: Kubanova A. A., Melekhina L. E., Kubanov A. A. Key objectives of dermatovenerological assistance to the Russian Federation population for the period up to 2024. Results of the activities of medical organizations in providing dermatovenerological assistance to the Russian Federation population in 2017. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2018;94(5):9–25. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2018-94-5-9-25>

---

■ Майский Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» определил национальные цели развития России до 2024 года. В указе установлены основные ключевые направления социально-экономического развития нашей страны, по которым должны быть разработаны национальные проекты (программы).



Одними из ключевых направлений майского указа Президента обозначены демография и здравоохранение. Первоочередными задачами в здравоохранении являются качество и доступность медицинской помощи населению, особенно это касается отдаленных населенных пунктов, переориентация системы здравоохранения на профилактику, сокращение дефицита медицинских кадров и цифровизация здравоохранения. Кадровый дефицит должен быть восполнен квалифицированными специалистами. Взаимодействие медицинских организаций определено государственной информационной медицинской системой в сфере здравоохранения и использованием цифровых технологий. Основная работа по качеству и доступности оказания медицинской помощи должна начинаться на уровне медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Согласно пункту 3 данного указа Правительству Российской Федерации при разработке национальной программы в сфере демографического развития и здравоохранения необходимо исходить из того, что к 2024 году необходимо обеспечить достижение следующих целей и целевых показателей:

**(в сфере демографии)**

- увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 67 лет;
- увеличение суммарного коэффициента рождаемости до 1,7;
- увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни, а также увеличение до 55 % доли граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом;

**(в сфере здравоохранения)**

Правительству Российской Федерации при разработке национального проекта в сфере здравоохранения исходить из того, что к 2024 году необходимо обеспечить:

**а) достижение следующих целей и целевых показателей:**

- снижение показателей смертности населения трудоспособного возраста (до 350 случаев на 100 тыс. населения), смертности от болезней системы кровообращения (до 450 случаев на 100 тыс. населения), смертности от новообразований, в том числе от злокачественных (до 185 случаев на 100 тыс. населения), младенческой смертности (до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей);
- ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;
- обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год;
- обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;
- оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации, упрощение процедуры записи на прием к врачу;
- увеличение объема экспорта медицинских услуг не менее чем в четыре раза по сравнению с 2017 годом (до 1 млрд долларов США в год);

**б) решение следующих задач:**

- завершение формирования сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения с использованием в сфере здравоохранения геоинформационной системы с учетом необходимости строительства врачебных амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов в населенных пунктах с численностью населения от 100 до 2 тысяч человек, а также с учетом использования мобильных медицинских комплексов в населенных пунктах с численностью населения менее 100 человек;
- завершение формирования сети национальных медицинских исследовательских центров;
- создание механизмов взаимодействия медицинских организаций на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения;
- внедрение инновационных медицинских технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов;
- обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами, включая внедрение системы непрерывного образования медицинских работников, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий;
- внедрение клинических рекомендаций и протоколов лечения и их использование в целях формирования тарифов на оплату медицинской помощи;
- разработка и реализация программ борьбы с онкологическими заболеваниями, сердечно-сосудистыми заболеваниями, развития детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям;
- формирование системы защиты прав пациентов;
- совершенствование механизма экспорта медицинских услуг.

**Организация оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология»**

По результатам проведенного анализа деятельности медицинских организаций дерматовенерологического профиля за период 2013–2017 годы установлено: оптимизация медицинских организаций продолжается, сокращается число кожно-венерологических диспансеров, увеличивается число центров специализированной медицинской помощи, расширяется число кожно-венерологических отделений и кабинетов при других медицинских организациях (при республиканских, краевых, областных больницах и т. д.).

Оказание медицинской помощи населению Российской Федерации по профилю «дерматовенерология» в 2017 году осуществлялось на базе 123 кожно-венерологических диспансеров, 8 центров специализированной медицинской помощи и 3243 отделений и кабинетов (рис. 1).

За период 2013–2017 годов число кожно-венерологических диспансеров в целом по Российской Федерации сократилось на 15,2 % на фоне увеличения числа центров специализированной медицинской помощи (+14 %). Сокращение числа кожно-венерологических диспансеров повлекло за собой уменьшение числа физических лиц врачей-дерматовенерологов, занятых в государственных и муниципальных организациях здравоохранения. В 2017 году численность врачей-дерматовенерологов в Российской Федерации составила 8332 против 9298 в 2013 году. Уменьшение числа специалистов составило более 10 %, в основном за счет врачей, занятых в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Обеспеченность населения врачами-дерматовенерологами была на уровне 0,57 на 10 000 населения, снизившись более чем на 12 % по отношению к 2013 году (0,65 на 10 000 населения).

Несмотря на снижение показателей обеспеченности населения врачами-дерматовенерологами, укомплектованность медицинских организаций специалистами данного профиля в 2017 году в Российской Федерации составила в целом по организациям 87 % (рис. 2, 3).

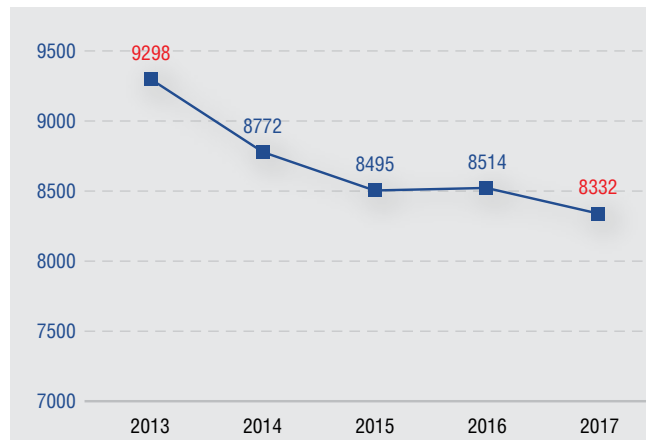


Рис. 2. Число физических лиц врачей-дерматовенерологов в РФ в 2013–2017 годы  
Fig. 2. The number of dermatovenerologists in the Russian Federation, 2013–2017

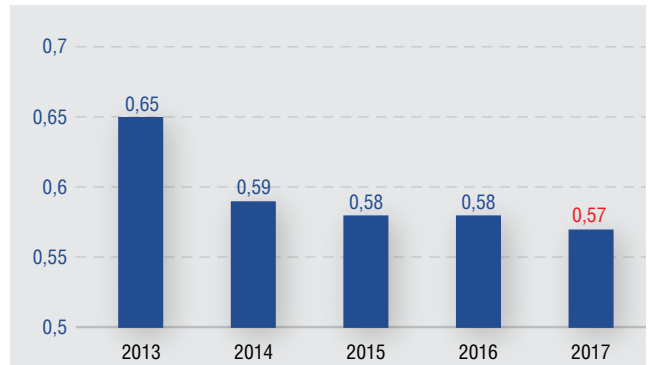


Рис. 3. Обеспеченность населения врачами-дерматовенерологами в РФ в 2013–2017 годы (на 10 000 населения)  
Fig. 3. Provision of the population with dermatovenerologists in the Russia Federation, 2013–2017 (per 10,000 of the population)

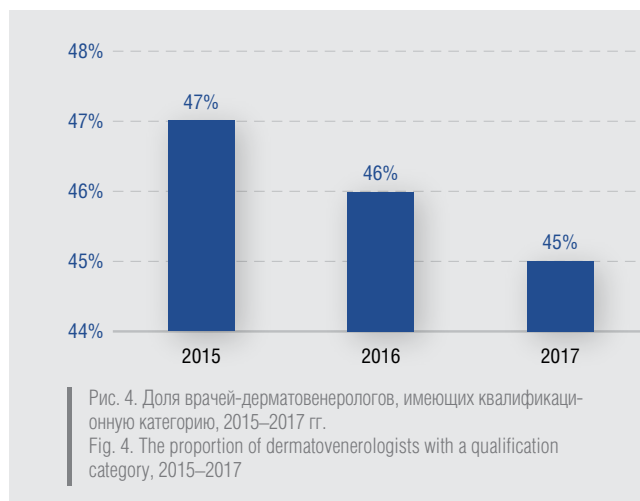


Рис. 1. Число медицинских организаций дерматовенерологического профиля в РФ в 2013 г., 2017 г. (абс. число)  
Fig. 1. The number of medical organizations of a dermatovenerological specialization in the Russian Federation in 2013, 2017 (abs. number)

Из общего числа физических лиц врачей-дерматовенерологов 8332, работавших в медицинских организациях дерматовенерологического профиля в 2017 году, квалификационную категорию имели 45 % (рис. 4). Квалификационные категории среди специалистов-дерматовенерологов распределились следующим образом: доля врачей, имеющих высшую категорию, составила 29 % (2452 специалиста), первую категорию — 11,5 % (957 специалистов), вторую — 4,5 % (384 специалиста). Доля врачей, не имеющих никакой категории, составила 55 % (4539 специалистов) (рис. 5).

Доля врачей, имеющих квалификационную категорию, в целом по Российской Федерации за последние три года снизилась (рис. 4).

Объемы оказания медицинской помощи населению в амбулаторно-поликлинических условиях по профилю «дерматовенерология» характеризуются следующими показателями. Общее число посещений, включая профилактические посещения, сделанные пациентами к врачам-дерматовенерологам, в целом по Российской Федерации в 2017 году составило 42 818 448, в том числе по поводу заболеваний — 25 095 784, профилактических — 17 722 664, что по сравнению с 2013 годом ниже на 5,7 % (2013 г. — 45 423 735).



В структуре посещений 2017 года обращения среди взрослых составляют 74 % (31 493 779), из них по поводу заболеваний 19 315 084 (45 %), профилактических — 12 178 695 (28 %). Доля посещений, сделанных детскими пациентами в возрасте 0–17 лет, составила 26 % от общего числа посещений (11 324 669). Из них по поводу заболеваний — 5 780 700 (14 %), профилактических — 5 543 969 (13 %). Таким образом, из общего числа посещений 59 % приходится на посещения по поводу заболеваний, из них среди взрослых 45 %, у детей 14 %. Общая доля профилактических посещений составила 41 %: среди взрослых 28 %, у детей 13 % (рис. 6, 7).

В 2017 году в Российской Федерации стационарная медицинская помощь пациентам дерматовенерологического профиля, требующим по своему состоянию круглосуточного наблюдения, была оказана на 9615 дерматовенерологических койках. В структуре круглосуточного коечного фонда число коек, развернутых для пациентов с болезнями кожи и подкожной клетчатки, составило 7378 (76 %), из них 6251 койка для взрослых пациентов и 1127 коек для детей. Из общего числа развернутых коек на 2237 (24 %) койках была оказана медицинская помощь пациентам инфекциями, передающимися половым путем, в том числе 2164 койки для взрослого контингента и 73 койки для детского (табл. 1).

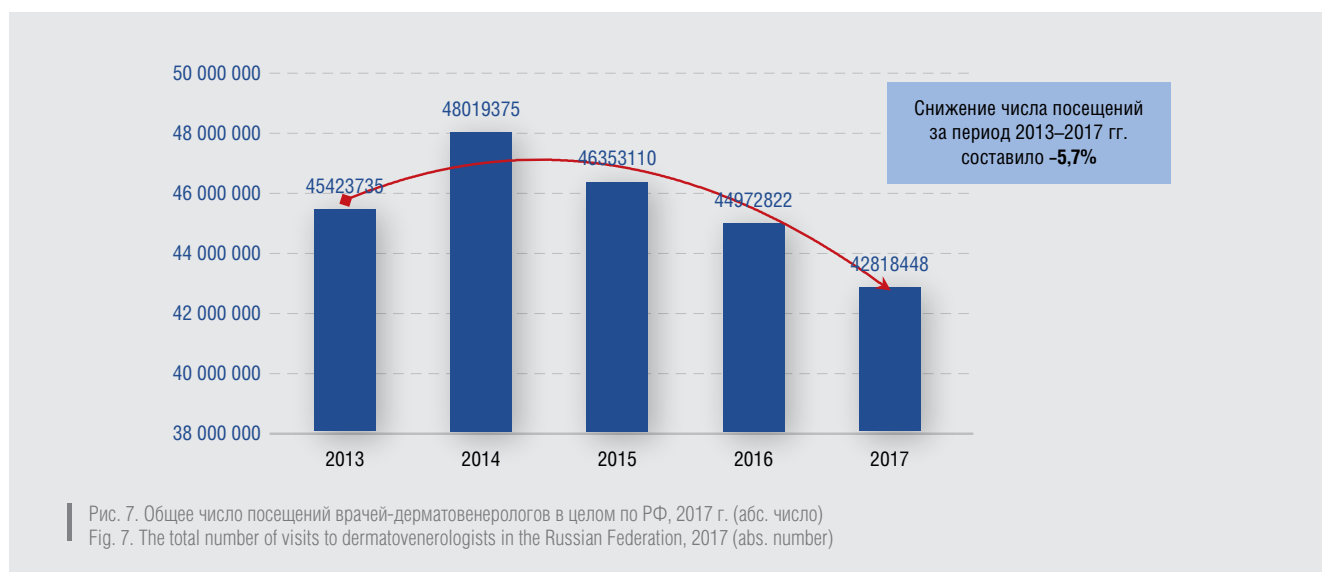
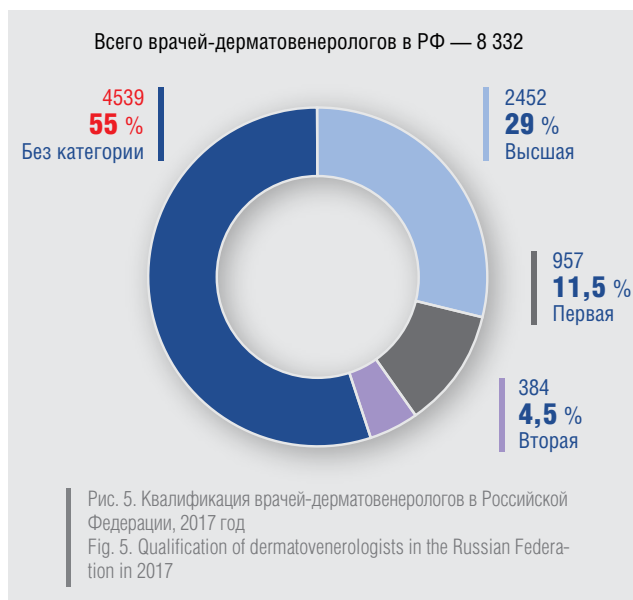


Таблица 1. Число дерматовенерологических коек, развернутых в 2017 году в целом по РФ, абс. число  
Table 1. The number of new dermatovenerological hospital beds in the Russian Federation in 2017, abs. number

Всего круглосуточных дерматовенерологических коек 9615			
из них			
дерматологических 7378		венерологических 2237	
для взрослых 6251	для детей 1127	для взрослых 2164	для детей 73

Число развернутых дерматовенерологических коек в круглосуточных стационарах в 2017 году по отношению к 2013 году сократилось более чем на ¼ часть, составив 26 % (2013 г. — 12 992 койки, 2017 г. — 9615 коек). Обеспеченность населения Российской Федерации круглосуточными койками составила 0,65 на 10 000 населения против 0,91 в 2013 году. В 2017 году большая часть дерматовенерологических коек — 7307 коек, что составило 76 % круглосуточного коечного фонда, была развернута в кожновенерологических диспансерах. В центрах специализированной медицинской помощи функционировало 740 дерматовенерологических коек (7,7 %). В клиниках научных организаций и вузов была развернута 691 койка (7,2 %). В отделениях краевых, республиканских, окружных и областных больниц — 138 коек (1,4 %). Число дерматовенерологических коек в городских больницах составило 363 (3,8 %), в центральных районных и районных больницах — 363 койки (3,8 %), в специализированных больницах — 13 коек (0,1 %).

Рациональное перераспределение ресурсов в дерматовенерологической службе в целом по Российской Федерации в последние пять лет позволило к 2017 году интенсифицировать работу круглосуточной дерматовенерологической койки на 3,6 %, увеличив среднюю длительность занятости койки в году с 305 (2013 г.) до 314 дней в 2017 году (рис. 8).

Работа дерматовенерологической койки по отдельным профилям в целом по Российской Федерации в 2017 году варьировала в разных пределах. В среднем 316 дней койка была занята больными болезнями кожи и подкожной клетчатки. Дерматологическая койка для взрослых пациентов работала 314 дней в году, для дет-

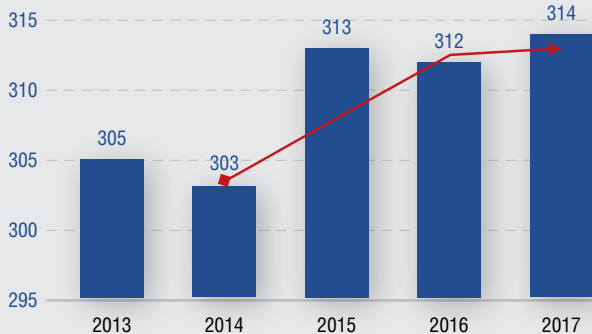


Рис. 8. Динамика работы дерматовенерологических круглосуточных коек (дней) в целом по РФ, 2013–2017 годы  
Fig. 8. Dynamics of overnight dermatovenerological hospital beds in the Russian Federation, 2013–2017

ских пациентов 324 дня. Сравнительная характеристика интенсивных показателей работы дерматологической койки 2013 года по отношению к 2017 году показала интенсификацию работы койки для детского контингента, прирост койко-дней составил 11 % и отрицательный баланс — 2,5 % в работе койки дерматологического профиля для взрослых пациентов (табл. 2).

Сокращение избыточного числа коек, предназначенных для пациентов инфекциями, передающимися половым путем, способствовало увеличению работы койки венерологического профиля в целом за анализируемый период, с 263 дней в 2013 году до 309 дней в 2017 году, прирост составил 17,5 %. Работа венерологической койки для взрослых пациентов увеличилась на 15,9 % в (2013 г. — 268,3, в 2017 г. — 309 дней), для детей — 62,0 % (2013 г. — 154,9, в 2017 г. — 251 день) (табл. 2).

Несмотря на наметившуюся положительную тенденцию работы дерматовенерологической койки в целом по Российской Федерации, требуется дальнейшая рационализация коечного фонда круглосуточного стационара дерматовенерологического профиля с учетом потребности населения в койках данного профиля.

Немаловажную роль в интенсификации работы койки играет показатель средней длительности пребывания больного на койке. Снижение числа дней пребывания больного на койке приводит к увеличению показателя оборота койки (число пролеченных больных). В 2017 году показатель средней длительности пребывания больного на дерматовенерологической койке в Российской Федерации составил 14,5 дня, что на 8,2 % ниже аналогичного показателя 2013 года (2013 — 15,8 дня). В среднем в 2017 году показатель средней длительности пребывания больного на койке сократился на 3 дня по отношению к 2013 году. Это привело к увеличению числа пролеченных больных на 16,0 % (2013 г. — 18,7, 2017 г. — 21,7) (табл. 3).

Анализ статистических данных по средней длительности занятости круглосуточной дерматовенерологической койки в 2017 году в разрезе федеральных округов по сравнению с показателями 2013 года продемонстрировал аналогичную тенденцию интенсификации работы койки практически по всем округам. Диапазон прироста показателя работы койки был в пределах от 0,3 % в Приволжском федеральном округе до 27,6 % в Уральском федеральном округе. Показатель работы дерма-

Таблица 2. Работа дерматовенерологической койки в Российской Федерации, 2013–2017 гг.  
Table 2. The efficiency of dermatovenerological beds in the Russian Federation, 2013–2017

Профиль койки	Работа койки, дней		Изменение показателя, %
	2013 г.	2017 г.	
Дерматовенерологическая	305	314	+3,0 %
Дерматологическая	317,5	316	-
в том числе для взрослых	322	314	-2,5 %
для детей	292	324	+11,0 %
Венерологическая	263	309	+17,5 %
в том числе для взрослых	268,3	311	+15,9 %
для детей	154,9	251	+62,0 %

Таблица 3. Оборот и средняя длительность пребывания больного на круглосуточной койке, 2016–2017 гг.  
Table 3. Turnover and average duration of stay in dermatovenerological departments, 2016–2017

Профиль койки	Оборот койки, больных		Изменение показателя, %	Средняя длительность пребывания, дней		Изменение показателя, %
	2013	2017		2013	2017	
Дерматовенерологическая	18,7	21,7	+16,0	15,8	14,5	-8
Дерматологическая для взрослых	20,0	22,1	+10,5	16,2	14,2	-12,3
Дерматологическая для детей	17,3	23,1	+33,5	16,9	14,0	-17,2
Венерологическая для взрослых	16,5	20,1	+21,8	16,0	15,5	-3,1
Венерологическая для детей	11,1	18,3	+65,0	14,0	13,7	-2,1

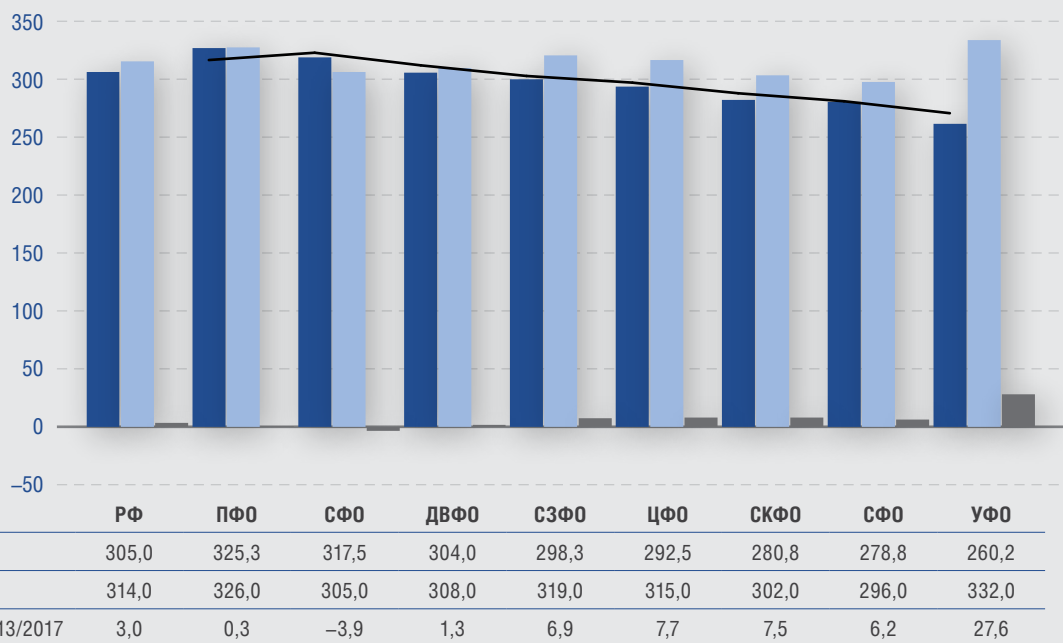


Рис. 9. Показатель работы дерматовенерологической койки в разрезе федеральных округов и в РФ, 2013 г., 2017 г. (в днях)  
Fig. 9. Work of dermatovenerological hospital beds in the RF Federal districts and in the Russian Federation on the whole, 2013, 2017 (in days)

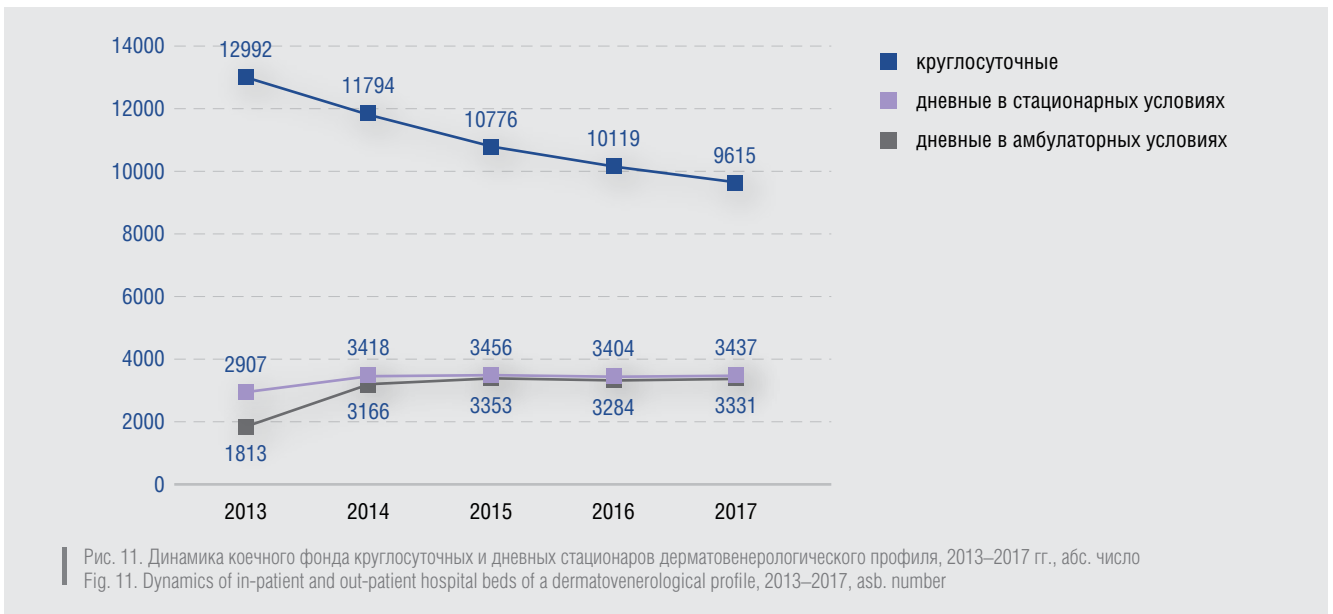
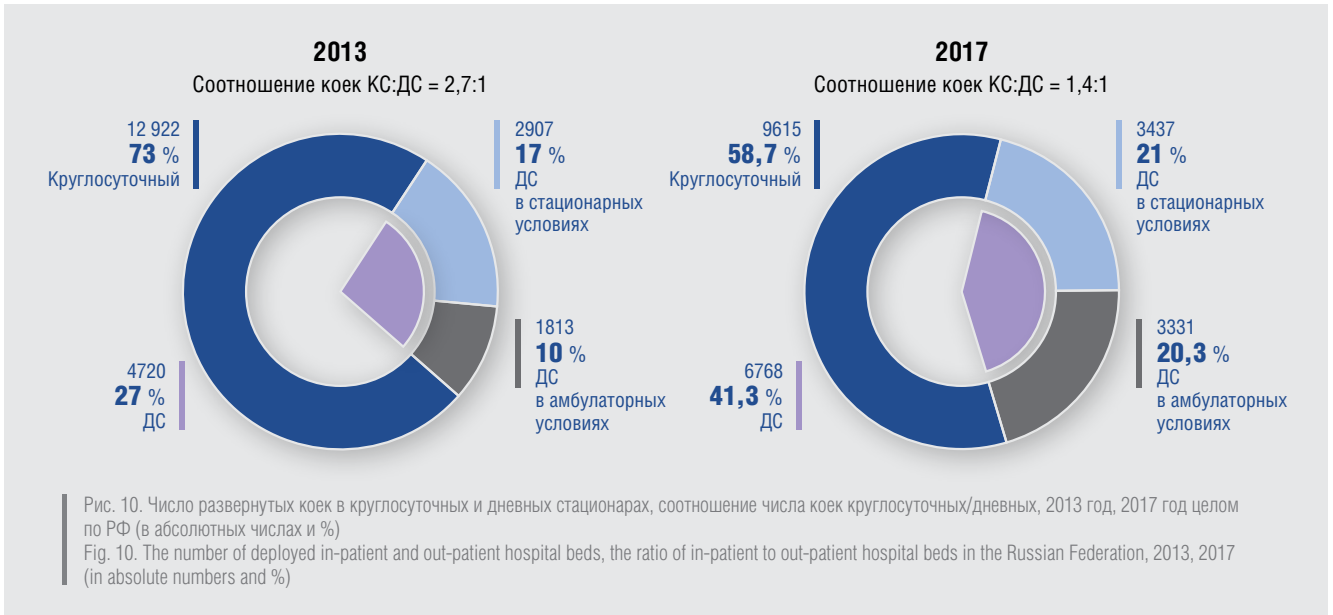
товенерологической койки в Сибирском федеральном округе снизился на 3,9 % (рис. 9).

В 2017 году показатели работы дерматовенерологической койки выше среднероссийского показателя (314 дней) наблюдались в Уральском (332 дня), Приволжском (326 дней) и Северо-Западном (319) федеральных округах. Ниже среднероссийского уровня отмечаются в Северо-Кавказском (302 дня), Сибирском (305 дней) и Дальневосточном (308 дней) федеральных округах. Самая низкая работа дерматовенерологической койки была зарегистрирована в Южном федеральном округе (296 дней).

Как отмечалось выше, структурные преобразования коечного фонда в дерматовенерологической службе продолжают, на фоне сокращения числа коек круглосуточных стационаров идет активное развитие дневных стационаров с увеличением коек и койко-мест. В 2017 году в Российской Федерации всего было развернуто 6768 коек и койко-мест в дневных стационарах медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных и в амбулаторных условиях, что на 43,4 % больше, чем в 2013 году (4720). Доля коек

дневных стационаров в общем коечном фонде круглосуточных и дневных стационаров дерматовенерологического профиля (16 383 — общий коечный фонд круглосуточных и дневных стационаров) составила 41 % (2013 год — 27 %), а соотношение коек дневных и круглосуточных стационаров — 1:1,4, 2013 год — 2,7:1. Более активно идет развертывание коек дневных стационаров при стационарных условиях, число которых к 2017 году за анализируемый период времени увеличилось почти в 2 раза. Менее интенсивно формируется коечный фонд дневных стационаров, развернутых в амбулаторных условиях, прирост коек составил всего +18,2 % (рис. 10).

Коечный фонд дневных стационаров обоих типов формировался неравномерно. Наибольший прирост коек дневных стационаров наблюдался в 2014 году. Число коек дневного стационара, развернутого при больничных условиях, выросло на 17,5 %, а при амбулаторных условиях число койко-мест увеличилось на 74,5 %. В дальнейшем расширение коечного фонда идет более медленно, а 2016 году отмечается отрицательный прирост. Это может свидетельствовать



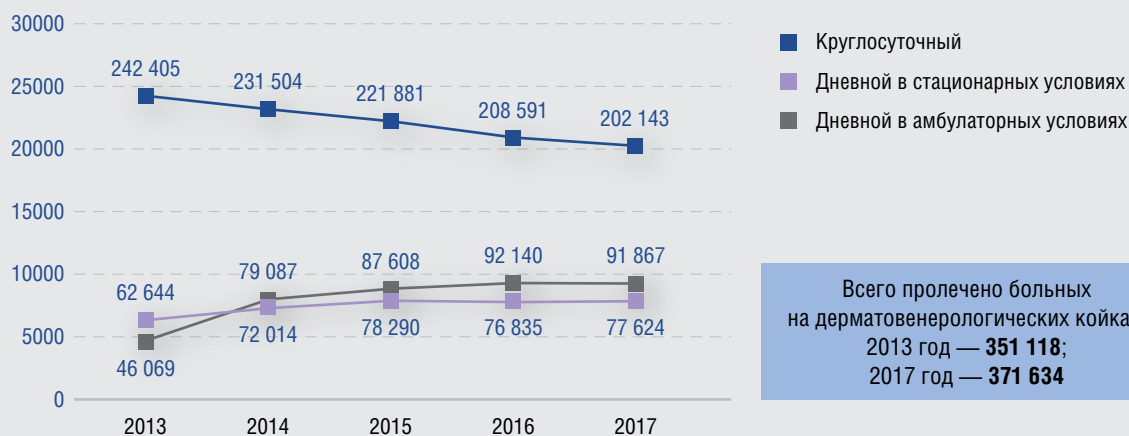
о том, что реструктуризация коечного фонда продолжается, что в какой-то степени негативно отражается на работе коек и койко-мест. Показатель работы койки и койко-места остается на низком уровне (рис. 11, табл. 4).

Проведенный анализ работы медицинских организаций по оказанию специализированной медицинской помощи в условиях стационара пациентам дерматовенерологического профиля показал, что общее число пролеченных больных на круглосуточных и дневных койках увеличилось и составило в 2017 году 371 634, в 2013 — 351 118 пациентов в целом по Российской Федерации. Число больных, пролеченных на койках в круглосуточных стационарах, за данный период сократилось на 40 262 (17 %). В то же время число больных, пролеченных на койках дневных стационаров, увеличилось на 56 % (на 60 778). Таким образом, общий объем медицинской помощи, оказанный населению в условиях круглосуточного и дневного стационара по профилю

Таблица 4. Работа койки и койко-места в дневных стационарах в целом по РФ, 2017 г.  
Table 4. Work of hospital beds in out-patient departments in the Russian Federation, 2017

Профиль койки	Работа койки и койко-места в дневных стационарах, развернутых при стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях 2017 год (дней)	
	Койка	Койко-место
Дерматовенерологическая	287	299
Дерматологическая для взрослых	290	303
Дерматологическая для детей	298	272
Венерологическая для взрослых	252	287
Венерологическая для детей	121	191





Всего пролечено больных на дерматовенерологических койках:  
2013 год — 351 118;  
2017 год — 371 634

Рис. 12. Число пациентов, которым оказана медицинская специализированная дерматовенерологическая помощь в различных типах медицинских организаций, в динамике, 2013–2017 гг. (абс. число)  
Fig. 12. Dynamics of the patient number having received specialized dermatovenerological assistance in various medical organizations, 2013–2017, (abs. number)

«дерматовенерология», не сократился, а к 2017 году вырос на 6 % (рис. 12).

#### Состояние эпидемиологического благополучия по ИППП и болезням кожи и подкожной клетчатки

По последним официальным статистическим данным, в 2017 году в Российской Федерации зарегистрировано всего 206 963 вновь выявленных случаев инфекций, передающихся половым путем. Заболеваемость ИППП в целом составила 140,9 на 100 000 тысяч населения, что почти на 40 % ниже аналогичного показателя 2013 года (2013 г. — 233,4).

Ежегодный темп снижения заболеваемости в среднем на 11–12 % за анализируемые 2013–2017 годы сохраняется (рис. 13).

Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, в федеральных округах регистрировалась в пределах от 93,4 до 204,2 на 100 000 населения. Ниже среднероссийского показателя (140,9) она наблюдалась в Северо-Кавказском (93,4), Южном (103,5) и Центральном (104,1) федеральных округах. В остальных пяти округах показатели заболеваемости инфек-

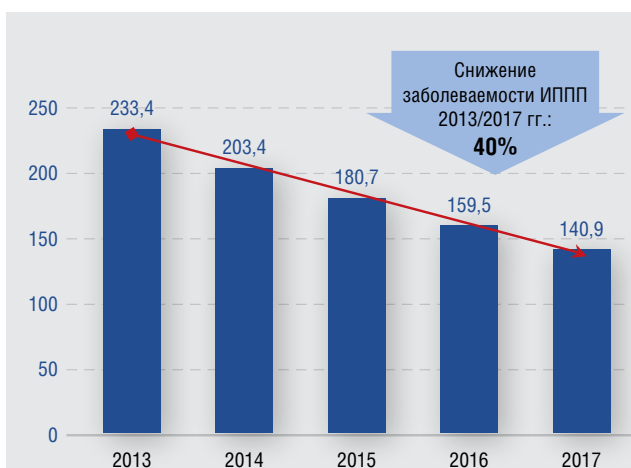


Рис. 13. Динамика заболеваемости ИППП в целом по РФ, 2013–2017 гг.  
Fig. 13. Dynamics of STI incidence in the Russian Federation on the whole, 2013–2017



Рис. 14. Динамика заболеваемости ИППП в целом по РФ и федеральным округам в 2017 году, на 100 тысяч населения  
Fig. 14. Dynamics of STI incidence in the Russian Federation and RF Federal districts in 2017, per 100,000 of the population

циями, передаваемыми половым путем, были выше среднероссийского показателя. Высокие показатели по сравнению другими федеральными округами сохраняются в Сибирском (193,3) и Дальневосточном (204,2) федеральных округах, превышая среднероссийский показатель на 37,2 и 44,9 % соответственно.

Из общего числа зарегистрированных случаев инфекций, передающихся половым путем, в 2017 году в Российской Федерации было зарегистрировано: 28 639 вновь выявленных случаев сифилиса, показатель заболеваемости составил 19,5 на 100 тысяч населения, гонококковой инфекции — 11,1 (16 312 случаев), трихомоноза — 48,0 (70 520 случаев), хламидийных инфекций — 30,4 (44 571 случаев), аногенитальной герпетической вирусной инфекции — 12,2 (17 866 случаев) и аногенитальных вирусных бородавок — 19,8 (29 055 случаев). Как и в предыдущие годы, самая высокая активность снижения заболеваемости за 2013–2017 годы отмечается у гонококковой инфекции, составляя 62,8 %. Темп ее снижения был наивысшим среди всех инфекций, передающихся половым путем, и был в среднем равен 12,6 %, в результате в ранговом распределении ИППП заболеваемость гонококковой инфекцией занимает последнее место. В федеральных округах уровень заболеваемости гонококковой

инфекцией был неравнозначным. Низкий показатель регистрировался в Центральном федеральном округе: 4,8 на 100 тысяч населения, ниже среднероссийского показателя в 2,3 раза и в 7 раз ниже самого высокого показателя Дальневосточного федерального округа (33,8 на 100 тысяч населения) (рис. 15).

На 42,8 и 41,5 % снизилась заболеваемость хламидийными инфекциями и трихомонозом соответственно, заболеваемость сифилисом — на 32,5 %, аногенитальная герпетическая вирусная инфекция — на 20,8 % и аногенитальные бородавки — на 16,5 % (рис. 16).

В 2017 году в структурном разрезе заболеваемости сифилисом заболеваемость ранними формами отмечалась на уровне 11,2 на 100 тысяч населения, поздними формами — 4,7, другими и неуточненными формами сифилиса — 3,6 (рис. 17).

Среди ранних форм сифилиса заболеваемость первичным сифилисом составила — 0,8, вторичным — 2,7, ранним нейросифилисом — 0,2, сифилисом ранним скрытым — 7,6 на 100 тысяч населения. Заболеваемость ранними формами сифилиса по сравнению с показателем 2013 года снизилась на 51,3 %. Продолжается рост заболеваемости поздними и другими и неуточненными формами сифилиса. В 2017 году, по отношению к 2013 году, заболеваемость поздними

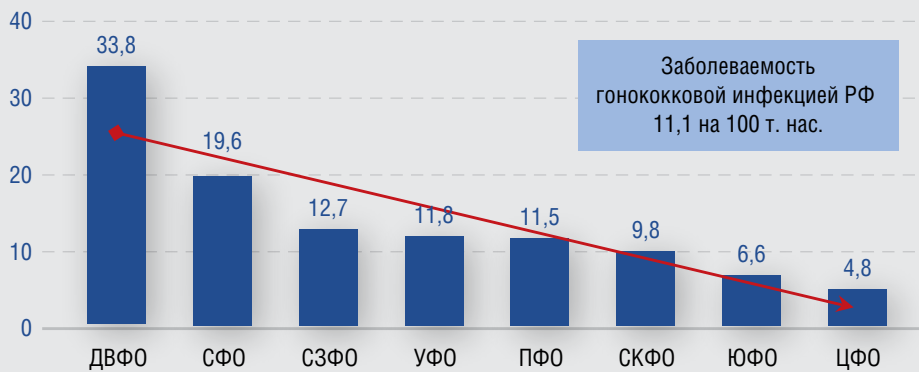


Рис. 15. Заболеваемость гонококковой инфекцией в ФО, на 100 тыс. нас., 2017 год  
Fig. 15. Incidence of gonococcal infections in the RF Federal districts, 2017, per 100,000 of the population

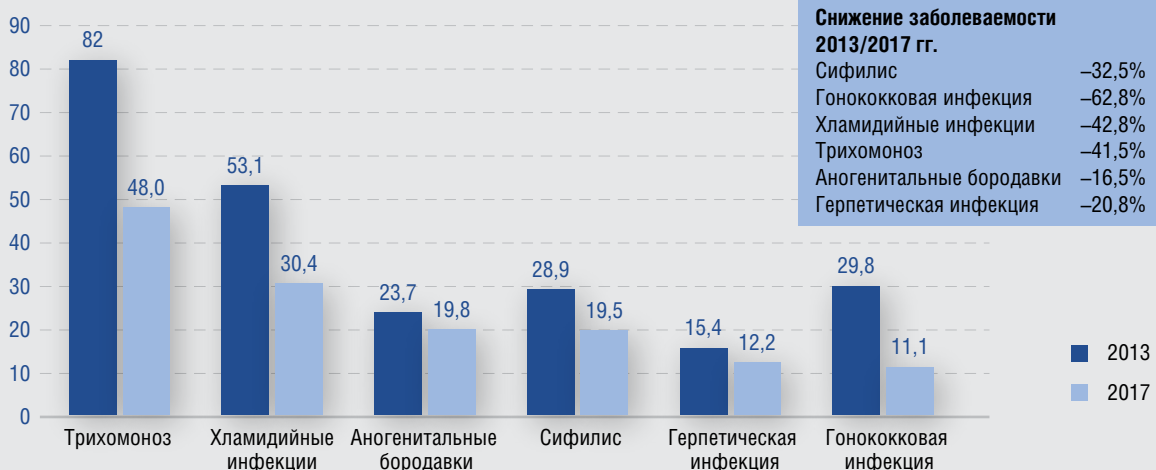


Рис. 16. Заболеваемость по нозологиям в структуре ИППП на 100 тысяч населения, 2013 г., 2017 г.  
Fig. 16. The structure of STI in 2013, 2017, per 100,000 of the population.

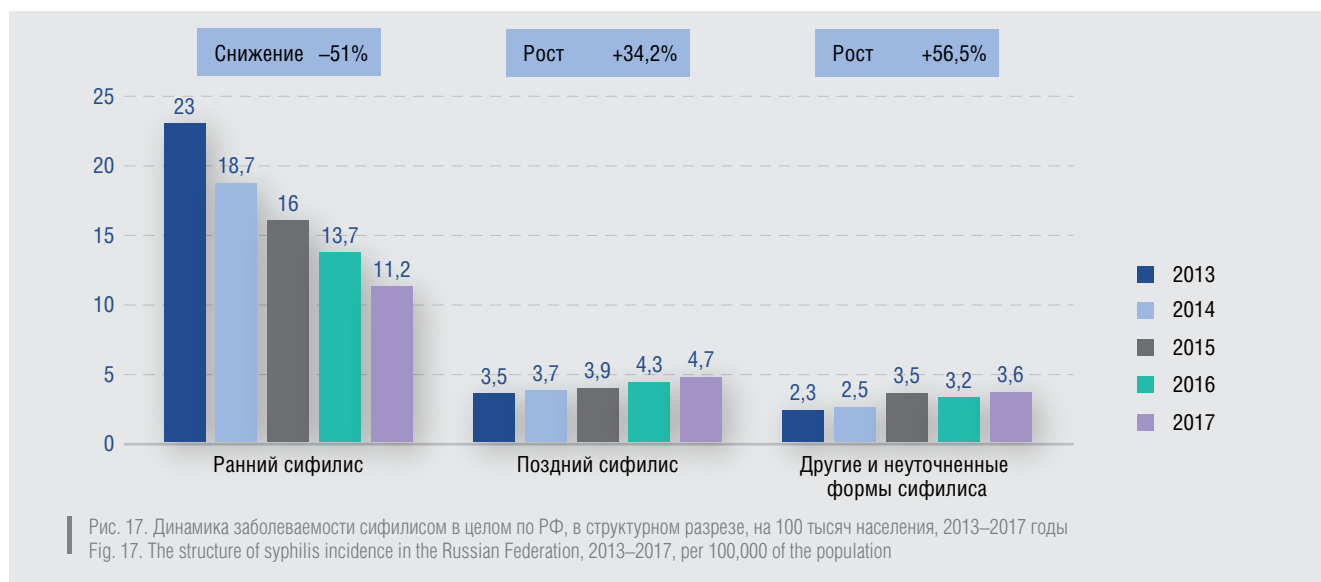


Рис. 17. Динамика заболеваемости сифилисом в целом по РФ, в структурном разрезе, на 100 тысяч населения, 2013–2017 годы  
Fig. 17. The structure of syphilis incidence in the Russian Federation, 2013–2017, per 100,000 of the population

Таблица 5. Изменение показателя заболеваемости различными формами сифилиса, на 100 тысяч населения, 2013–2017 гг.  
Table 5. Variation in the incidence rate of various syphilis forms, 2013–2017, per 100,000 of the population

Форма сифилиса	Заболеваемость (на 100 тысяч населения)		Изменение показателя заболеваемости, %
	2013 год	2017 год	
<b>Ранний сифилис:</b>	<b>23,0</b>	<b>11,2</b>	<b>- 51,3</b>
первичный сифилис	2,4	0,8	- 66,7
вторичный сифилис	7,0	2,7	- 61,4
ранний нейросифилис	0,2	0,2	-
сифилис ранний скрытый	13,5	7,6	- 43,7
<b>Поздний сифилис:</b>	<b>3,5</b>	<b>4,7</b>	<b>+ 34,3</b>
поздний нейросифилис	0,7	0,9	+ 28,6
сифилис поздний скрытый	2,7	3,6	+ 33,3
<b>Другие и неуточненные формы сифилиса</b>	<b>2,3</b>	<b>3,6</b>	<b>+ 56,5</b>

ми формами увеличилась на +34,3 %, а другими и неуточненными формами на +56,5 % (табл. 5).

В структуре раннего сифилиса обращает на себя внимание заболеваемость ранним нейросифилисом, которая остается на прежнем уровне, несмотря на активное снижение первичного и вторичного сифилиса. Поздний нейросифилис продолжает расти, прирост за пятилетний период составил почти 30 %, увеличившись на одну треть по сравнению с аналогичным показателем 2013 года. Более медленное снижение ранних скрытых форм сифилиса по сравнению с другими ранними формами и рост позднего и неуточненных форм сифилиса может негативно отразиться на эпидпроцессе и привести к его активизации.

Не менее важное значение имеет проблема с врожденным сифилисом, которая по настоящее время остается открытой. В 2017 году всего было зарегистрировано 38 случаев раннего врожденного сифилиса, практически в каждом федеральном округе (в 23 субъектах Российской Федерации) и 1 случай позднего врожденного сифилиса в Чеченской Республике.

Наибольшее число случаев врожденного сифилиса зарегистрировано в Приволжском (12 случаев), Цен-

Таблица 6. Число случаев и заболеваемость врожденным сифилисом в целом по РФ и ФО, 2013 г., 2017 г., в абс. числе и на 100 тысяч населения  
Table 6. The number of cases and incidence of congenital syphilis in the Russian Federation as a whole and its Federal districts, 2013, 2017, in abs. numbers and per 100,000 of the population

Федеральный округ	Врожденный сифилис			
	2013 г.		2017 г.	
	абсолютное число	на 100 тысяч детского населения	абсолютное число	на 100 тысяч детского населения
<b>Российская Федерация</b>	<b>47</b>	<b>0,19</b>	<b>38</b>	<b>0,15</b>
Центральный	14	0,2	9	0,15
Северо-Западный	3	0,1	3	0,14
Южный	5	0,2	2	0,07
Северо-Кавказский	4	0,2	7	0,31
Приволжский	9	0,2	12	0,23
Уральский	1	0,04	2	0,09
Сибирский	9	0,2	4	0,11
Дальневосточный	2	0,2	0	0,00

тральном (9 случаев) и в Северо-Кавказском (7 случаев) федеральных округах. В Сибирском федеральном округе — 4 случая, Северо-Западном — 3 случая, Южном и Уральском федеральных округах по 2 случая (табл. 6).

Заболеемость врожденным сифилисом напрямую связана с дородовым наблюдением беременных женщин в женских консультациях. Женщины, не наблюдающиеся в женских консультациях в период беременности или встающие на учет на поздних сроках, как правило, рожают детей, больных врожденным сифилисом, в связи с отсутствием или не успев получить специфического лечения. Часто стали встречаться случаи необоснованного отказа беременных женщин, больных сифилисом, от лечения, продолжают иметь место случаи некорректного ведения беременных, несвоевременного выявления у них заболевания. Все это негативно отражается не только на исходах беременности, но и приводит к рождению детей, больных врожденным сифилисом.

Из приведенных данных видно, что заболеваемость сифилисом снизилась за данный период времени на 31 %. В то же время число женщин, больных сифилисом, сократилось на 40 %, что, соответственно,

изменило соотношение числа больных мужчин и женщин, сместившись в сторону мужчин (2013 г. — 1м:1ж; 2017 г. — 1м:0,7ж). Из общего числа беременных женщин с вновь установленным диагнозом «сифилис» в 2017 году не получили лечения до исхода беременности 7,8 % против показателя 2013 года — 7,2 %, выявлены в период родов — 6 % (2013 год — 6,4 %), не получили лечения по окончании родового периода — 1,7 % (2013 год — 1,9 %) (табл. 7). В 2017 году не было зарегистрировано ни одного случая мертворождений с морфологически подтвержденным диагнозом «сифилис» (2013 год — 4), и число умерших детей с врожденным сифилисом сократилось до 2 случаев (2013 год — 3). Учитывая сложившуюся динамику показателей, все же можно предполагать, что наметилась тенденция к корригированию ситуации с беременными женщинами, больными сифилисом.

Несмотря на высокий процент снижения заболеваемости сифилисом детей 0–14 лет, который составил почти 40 %, и снижение уровня заболеваемости к 2017 году до 0,55 на 100 тысяч населения детей данного возраста по сравнению с 2013 годом (2013 г. — 1,4), некоторые проблемы, которые непосредственно влияют на уровень заболеваемости детей сифилисом, остаются открытыми. Так, заболеваемость сифилисом среди детей 0–14 лет могла бы снизиться, если бы не было усугубляющих обстоятельств. Одна четвертая часть показателя заболеваемости сифилисом детей 0–14 лет приходится на врожденный сифилис и три четверти на приобретенный. В связи с этим следует обратить внимание на источники заражения сифилисом детей данного возраста. В 2017 году по сравнению с 2013 годом число детей, инфицированных трансплацентарным путем, снизилось на 67 %, половым — 76,2 %, неуточненным путем — 57,1 % и бытовым путем — 56,5 %. Однако доля детей, инфицированных бытовым путем, по отношению ко всем зарегистрированным детям, больным сифилисом, увеличилась с 49 % в 2013 году до 63,2 % в 2017 году. В возрастной группе 0–1 года бытовой путь увеличился с 8 до 13,5 %, в группе 2–14 лет с 41,4 до 50 %. Прирост показателя бытового пути заражения составил 13,8 %. Кроме того, «процент» снижения инфицирования детей бытовым путем оказался наименьшим, а по сравнению с предыду-

Таблица 7. Сравнительные данные о женщинах и беременных женщинах с вновь установленным диагнозом «сифилис» в целом по РФ, 2013 г., 2017 г., абс. число, %  
Table 7. Comparative data on new syphilis diagnoses among women and pregnant women in the Russian Federation, 2013, 2017, abs. number, %

Сифилис у беременных женщин	2013 год	2017 год	Изменение показателя, %
Число женщин с вновь установленным диагнозом «сифилис»	19 842	11 921	-40
Число беременных женщин с вновь установленным диагнозом «сифилис»	3847	1863	-51,6
Не получили лечения до исхода беременности	278	145	-52,2
Выявлены в период родов	245	111	-54,7
Не получили лечения по окончании родов	72	31	-57

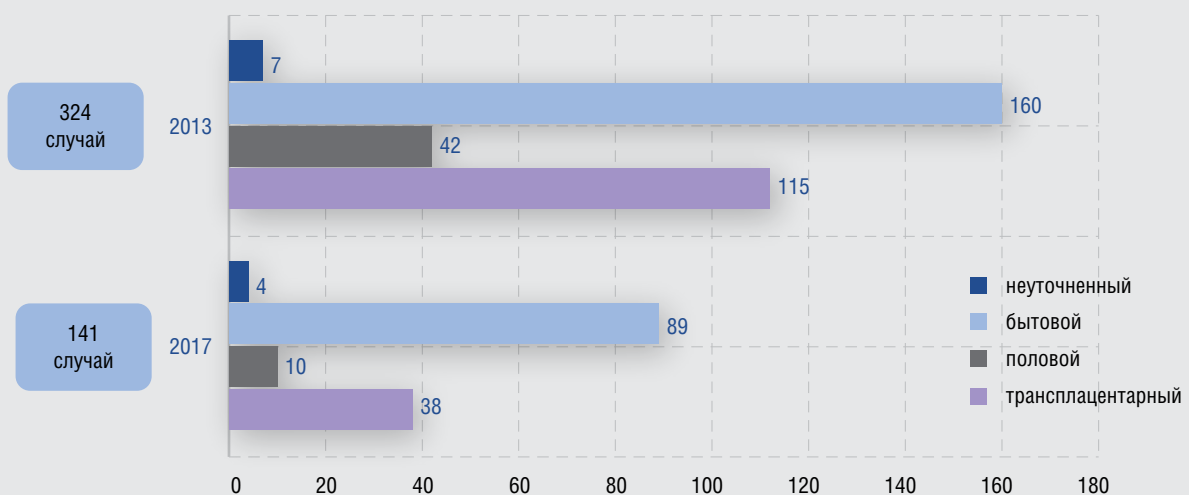


Рис. 18. Пути инфицирования детей сифилисом в целом по РФ, 2013 г., 2017 г., абс. число  
Fig. 18. Pathways of infecting children with syphilis in the Russian Federation, 2013, 2017, abs. number

щим, 2016 годом наблюдается даже его рост на 12,7 %. В 2017 году было всего 89 случаев приобретенного бытовым путем сифилиса детей 0–14 лет (возрастной ценз: 0–1 года — 19; 2–8 лет — 63; 9–12 лет — 7), что составило 63,1 % от всех 141 зарегистрированного случая. В связи с этим необходимо проводить целевые исследования для решения выявленных проблем (рис. 18).

Другим не менее важным обстоятельством, влияющим на уровень заболеваемости сифилисом в Российской Федерации, являются миграционные процессы.

В 2017 году число случаев сифилиса, выявленных среди иностранных граждан, составило 5820, что на 2682 случая больше, чем в 2013 году (3138). Доля иностранных граждан, больных сифилисом, в 2013 году составляла 7,5 % от всех зарегистрированных случаев сифилиса в Российской Федерации. В 2017 году она увеличилась до 20 %, почти в 3 раза. Показатель заболеваемости сифилисом в целом по России в 2013 году составлял 28,9 на 100 тысяч населения. Чистый показатель заболеваемости населения сифилисом в России, без учета

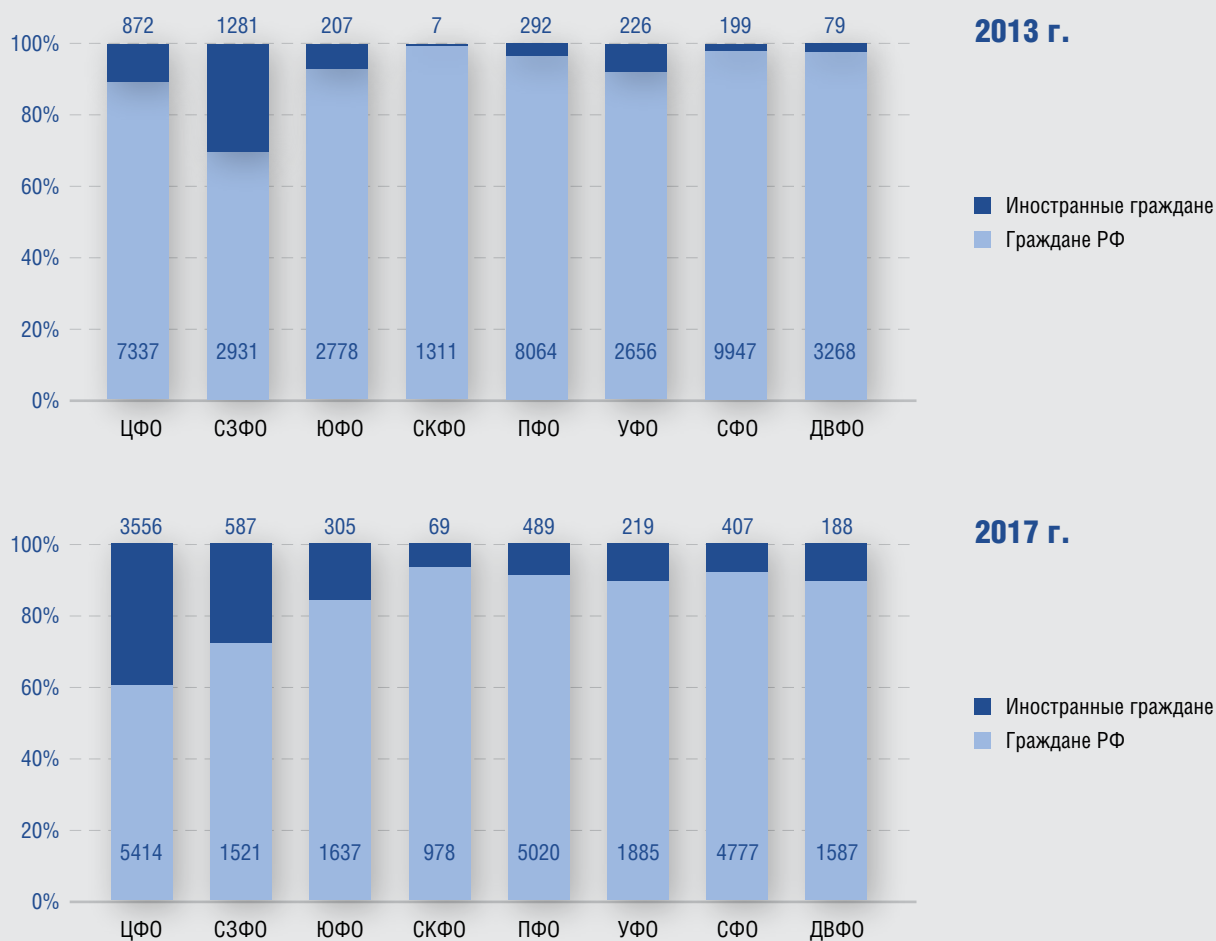


Рис. 19. Динамика зарегистрированных случаев сифилиса среди граждан Российской Федерации и иностранных граждан по федеральным округам, 2013–2017 гг.  
Fig. 19. Dynamics of registered syphilis cases among RF and foreign citizens in RF Federal districts, 2013–2017

Таблица 8. Динамика числа случаев сифилиса среди мигрантов в РФ, 2013–2017 гг., абс. число, %  
Table 8. Dynamics of the number of syphilis cases among migrants in Russian Federation, 2013–2017, abs. number, %

Год	Число случаев сифилиса среди иностранных граждан	В том числе выявлено при медицинских осмотрах			
		все формы	ранний	поздний	другие и неуточненные формы
2013	3138	2490	1375	839	276
2014	3513	2891	1347	1053	491
2015	5701	4908	2016	1083	1809
2016	6028	5488	2199	1727	1562
2017	5820	5339	1600	1987	1752
Прирост 2017/2013 гг.	85 %	114 %	16 %	137 %	535 %



мигрантов, был 26,7, в 2017 году среди всего населения — 19,5 на 100 тысяч населения, без мигрантов — 15,5. Прирост показателя за счет мигрантов к 2017 году увеличился почти в 2 раза (+85,5 %), (2013 г. — [28,9 – 26,7 = 2,2], 2017 г. — [19,5 – 15,5 = 4]).

В 2017 году по сравнению с 2013 годом доля числа случаев сифилиса, выявленных среди иностранных граждан, от числа всех зарегистрированных случаев сифилиса в каждом федеральном округе выросла: в Центральном федеральном округе — с 10 % в 2013 году до 40 % в 2017 году, в Южном — с 6,9 до 15,7 %, в Северо-Кавказском — с 0,5 до 7 %, в Приволжском — с 3,5 до 8,9 %, в Уральском — с 7,8 до 10,4 %, в Сибирском — с 2 до 8 % и в Дальневосточном — с 2,4 до 10,6 %. В Северо-Западном федеральном округе снижение показателя было незначительным, составив 27,8 % в 2017 году против 30,4 % в 2013 году. Однако в течение анализируемого времени в данном округе доля мигрантов, больных сифилисом, была и остается одной из самых высоких (рис. 19).

Как положительное можно отметить, что увеличение среди мигрантов числа случаев сифилиса, выявленного при медицинских осмотрах, может свидетельствовать об улучшении качества профилактической работы как в миграционной службе, так и в кожно-венерологических диспансерах (табл. 8).

Наиболее сложным разделом в работе дерматовенерологической службы является оказание специализированной медицинской помощи больным дерматозами. Многочисленные научные исследования как в России, так и за рубежом доказали, что на возникновение дерматозов оказывает влияние ряд различных факторов. Дерматозы в Российской Федерации распространены во всех возрастно-половых группах населения. Ежегодный прирост дерматозов в целом по России составляет в пределах 5–6 тысяч человек на 100 тысяч населения, из них более 4 тысяч пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом «дерматоз». В 2017 году распространенность и заболеваемость дерматозами в России составили: распространенность 5723, заболеваемость 4098 на 100 тысяч населения, что ниже аналогичных показателей 2013 года соответственно на 12,8 и 7 %. Показатель заболеваемости составляет 72 % от общего



показателя распространенности дерматозов в России. Такое соотношение показателей может свидетельствовать о недостатках в работе амбулаторно-поликлинического звена в медицинских организациях (рис. 20).

Заболееваемость дерматозами в настоящее время в Российской Федерации остается на достаточно высоких цифрах. В по возрастной структуре распространенности и заболеваемости соотношение числа больных дерматозами детей, подростков и взрослых остается без изменений. Болезни кожи и подкожной клетчатки более широко распространены среди детской возрастной группы 0–17 лет по сравнению с взрослым населением. Самая высокая распространенность и заболеваемость дерматозами наблюдается среди подростков, составив в 2017 году в Российской Федерации 10 556 и 7 256 на 100 тысяч подросткового населения соответственно. Среди детей 0–14 лет распространенность и заболеваемость остается на высоком уровне — 9 195 и 6 969 на 100 тысяч детей данного возраста и наимень-

## Атопический дерматит



## Псориаз



Рис. 21А. Распространенность атопического дерматита и псориаза по возрастным группам в целом по РФ на 100 тыс. соответствующего населения, охват диспансерным наблюдением в %, 2013, 2017 год  
Fig. 21A. Prevalence of atopic dermatitis and psoriasis by age groups in the Russian Federation, per 100,000 age-related population, coverage by dispensary observation, %, 2013, 2017

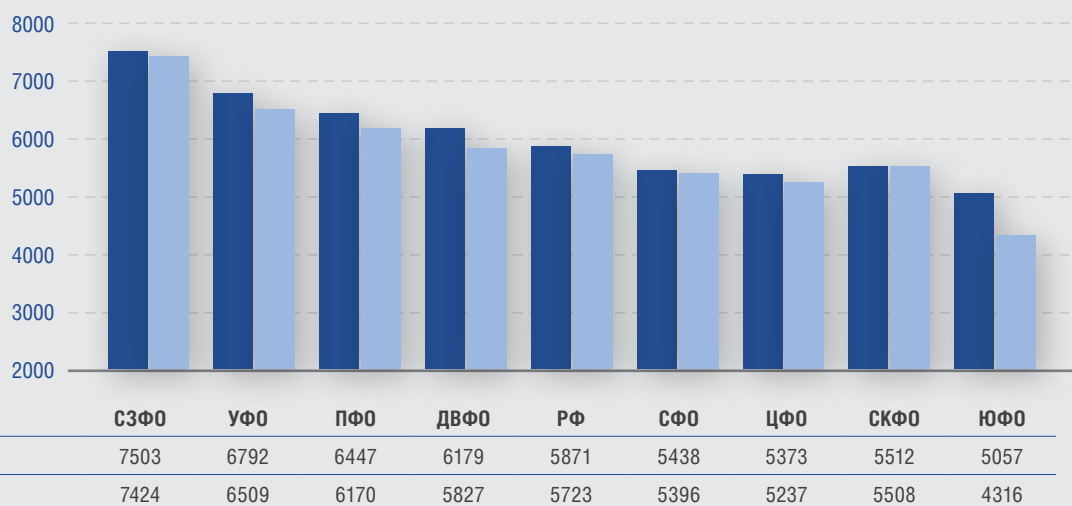


Рис. 22. Распространенность болезней кожи и подкожной клетчатки среди всего населения по федеральным округам (2016–2017 гг.), на 100 тыс. нас.  
Fig. 22. Prevalence of skin and subcutaneous tissue across the entire RF population in RF Federal districts, 2016–2017, per 100,000 population

шая среди взрослых — 4802 и 3365 на 100 тысяч взрослого населения (рис. 21, 21А). Различие в показателях распространенности и заболеваемости в федеральных округах обусловлено рядом факторов, которые присущи данному субъекту (социально-экономические, климатические, развитость промышленности и т. д.) (рис. 22). Самая высокая распространенность болез-

ней кожи и подкожной клетчатки отмечается в СЗФО (2017 г. — 7424 на 100 тысяч населения), наименьшая — в ЮФО (4316 на 100 тысяч населения).

В общей структуре заболеваний болезнями кожи и подкожной клетчатки к наиболее распространенным, сложным и тяжелым дерматозам, которые являются хроническими, часто рецидивирующими, ухудшающи-

ми качество жизни пациента, относятся атопический дерматит, различные формы экземы, псориаз, локализованная склеродермия, дискоидная красная волчанка и ряд других сложных дерматозов. Почти половина всех заболеваний (50 %), зарегистрированных во всех возрастных группах, приходится на вышеперечисленные дерматозы. В детской возрастной группе 0–14 лет доля контактного дерматита составляет 22 %, атопического — 17,5 %, экземы — 6,5 %, псориаза — 1 % и т. д. Только у детей первого года жизни в 2017 году было зарегистрировано 227 221 заболевание, впервые в жизни установленное по классу L00-98, из них 14 583 заболевания на первом месяце жизни ребенка. С увеличением возраста процентное соотношение в структуре заболеваний постепенно изменяется, и уже в возрасте 18 лет и старше доля псориаза составляет почти 6 %, экзема увеличивается до 9,5 %, контактный дерматит остается практически на прежнем уровне — 21,3 %, а атопический снижается до 3,3 %.

Высокий уровень распространенности и заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в Российской Федерации требует модернизации лечебно-профилактического процесса в медицинских организациях дерматовенерологического профиля, особенно амбулаторно-поликлиническом звене. Основным резервом в решении данного вопроса может быть оптимизация профилактической и диспансерной работы по раннему выявлению и наблюдению больных дерматозами для своевременного предупреждения активизации и рецидивов заболевания. В настоящее время работа в данном аспекте находится на недостаточном уровне. Охват диспансерным наблюдением остается низким, в то время как число посещений врачей-дерматовенерологов падает. При этом отмечается увеличение числа заболеваний у детей, особенно в возрасте до 5 лет. Вторичные обращения пациентов по поводу заболевания, зарегистрированного в предыдущие годы, составляют всего от впервые выявленных заболеваний 15–20 %. Диспансерное наблюдение пациентов с заболеваниями дерматовенерологического профиля должно проводиться в соответствии с действующими нормативно-правовыми документами: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ст. 46, ч. 5, ст. 54; приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного

наблюдения» в отношении лиц старше 18 лет, приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1348н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях»; приказ Минздрава СССР № 770 от 30.05.1986 в редакции от 09.12.1997 «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения». Понятно, что отсутствие единого подхода в данном вопросе, вызванное различием нормативно регламентированных документов и законодательных актов, определяет ряд сложностей в работе врачей-дерматовенерологов. Усиление профилактической работы позволит оказывать своевременную и качественную специализированную медицинскую помощь населению. Средства для проведения данной работы должны выделяться в рамках ОМС территориальными фондами обязательного медицинского страхования.

Таким образом, исследование показало, что проводимые структурные преобразования привели к позитивным тенденциям в дерматовенерологической службе:

- Оптимизировалась работа «стационарной» помощи населению. Показатель работы дерматовенерологической койки в целом по Российской Федерации вырос за анализируемый период на 3 % и составил в 2017 году 314 дней, снизилось число дней пребывания больного на койке, увеличился оборот койки. Продолжается разветвление дневных стационаров обоих типов. Общий объем стационарной помощи вырос на 6 %.

- Эпидемиологическая ситуация с ИППП стабилизировалась, заболеваемость по всем возрастным группам населения продолжает снижаться.

- Проблемы, связанные с хроническими дерматозами, остаются актуальными, так как их распространенность и заболеваемость во всех возрастных группах населения стабильно регистрируется на высоких цифрах. Длительность и хроническое течение дерматозов негативно сказываются на трудоспособности и качестве жизни пациентов. Поздняя обращаемость пациентов в медицинские организации и низкая активность со стороны больного по соблюдению профилактических мероприятий и медицинских работников по проведению диспансерной работы приводит к негативным последствиям. Большая роль в поддержании ремиссии у больных дерматозами должна отводиться диспансерной работе. ■

## Литература/References

1. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и болезнями кожи за 2013–2017 годы [Статистические материалы]. Москва. [Resources and activities of the medical organizations of a dermatovenerological profile. The incidence of sexually transmitted infections, infectious skin diseases and skin diseases in 2013–2017 [Statistical materials]. Moscow. (In Russ.)]
2. Формы федерального статистического наблюдения:
3. № 9 «Сведения о заболеваниях инфекциями»; № 34 «Сведения о заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем, и заразными кожными болезнями» за 2013–2017 годы; № 32 «Сведения

- о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» 2013, 2017 годы; № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации», 2013, 2017 гг.; № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях», 2013–2017 гг.; 14ДС «Сведения о деятельности дневных стационаров» 2013–2017 гг. [No. 9 "Information about the incidence of diseases"; No. 34 "Information about sexually transmitted infections and infectious skin diseases" in 2013–2017; No. 32 "Information about medical care for women in pregnancy, childbirth and in the puerperal period" 2013, 2017; No. 12 "Information about the number of diseases registered in pa-



tients living in the service area of medical organizations", 2013, 2017; No. 14 "Information about the activities of medical organization subdivisions providing in-patient medical assistance" 2013–2017; 14DS "Information on the activities of out-patient hospitals" 2013–2017. (In Russ.)]

4. Указ Президента Российской Федерации от 07.05. 2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период 2024 года». [Decree of the President of the Russian Federation from 07.05. 2018 No. 204 "About the national goals and strategic objectives of the development of the Russian Federation for the period of 2024". (In Russ.)]

5. Итоговый доклад «О задачах развития дерматовенерологической помощи населению Российской Федерации на период до 2024 года». А.А. Кубановой д.м.н., профессор, академик РАН, директор ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, на XVIII Всероссийском съезде дерматовенерологов и косметологов. М., 2018. [Report "About the objectives of dermatovenereological assistance to the population of the Russian Federation for the period up to 2024" delivered by A.A. Kubanova Dr. Sci. (Med.), Prof., Academician of the Russian Academy of Sciences, Director of the State Research Centre for Dermatovenereology and Cosmetology, at the 18th All-Russian Congress of Dermatovenereologists and Cosmetologists. Moscow, 2018. (In Russ.)]

6. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ст. 46, ч. 5, ст. 54. [Federal Law issued 21.11.2011 No. 323-FL "On the basis of the protection of public health in the Russian Federation", article 46, part 5, article 54. (In Russ.)]

7. Приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1344н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения» в отношении лиц старше 18 лет. [Order of the RF Ministry of Health dated 21.12.2012 No. 1344n "On the approval of the procedure for dispensary observation" in relation to persons over 18 years old. (In Russ.)]

8. Приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1348н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях». [Order of the RF Ministry of Health dated 21.12.2012 No. 1348n "On the approval of the procedure of dispensary adolescent observation, including during the period of training and education in educational institutions". (In Russ.)]

9. Приказ Минздрава СССР № 770 от 30.05.1986 в редакции от 09.12.1997 «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения». [Order of the RF Ministry of Health of the USSR No. 770 dated 30.05.1986 amended 09.12.1997 "On the order of the medical examination of the RF population". (In Russ.)]

### **Информация об авторах**

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

**Лидия Ефимовна Мелехина\*** — старший научный сотрудник научно-организационного отдела Государственного научного центра дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: stat@cnikvi.ru

**Алексей Алексеевич Кубанов** — д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник отдела дерматологии Государственного научного центра дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Российской Федерации

### **Information about the authors**

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

**Lidia E. Melekhina\*** — Senior Researcher, Research and Organization Department, State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Ministry of Health of the Russian Federation; e-mail: stat@cnikvi.ru

**Alexey A. Kubanov** — Dr. Sci. (Med.), Prof., Senior Researcher, Department of Dermatology, State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Ministry of Health of the Russian Federation