

## ПРОБЛЕМНАЯ СТАТЬЯ

© Коллектив авторов, 2012

Н.С. АНИСИМОВА, Г.А. ШИПУЛИН, В.В. ПОКРОВСКИЙ

ПРОБЛЕМЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ИНФЕКЦИЯМИ,  
ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва

*Учет выявленных случаев инфекционных заболеваний зависит от целого ряда факторов, среди которых наибольшее значение имеет совершенство нормативно-правовой базы, регламентирующей организационные аспекты эпидемиологического надзора, количество лечебных учреждений, проводящих выявление и регистрацию инфекционных заболеваний, а также качество лабораторной диагностики. Проведен анализ организационных аспектов системы наблюдения за инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), с целью разработки предложений по ее совершенствованию. Существующие показатели заболеваемости ИППП, отражающие стабилизацию и снижение активности эпидемического процесса, свидетельствуют лишь о снижении эффективности регистрации новых случаев ИППП.*

**Ключевые слова:** инфекции, передаваемые половым путем, система эпидемиологического надзора, молекулярно-биологические методы диагностики, учетные формы.

N.S. ANISIMOVA, G.A. SHIPULIN, V.V. POKROVSKY

PROBLEMS OF EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE  
OVER SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS

Central Research Institute of Epidemiology, Russian Inspectorate for the Protection of Consumer Rights and Human Welfare, Moscow

*Notification of cases of infectious diseases depends on a variety of factors, among which the sophistication of the normative legal base that regulates the organizational aspects of epidemiological surveillance; the number of health care facilities that detect and register infectious diseases; and the quality of laboratory diagnosis are of the greatest importance. The organizational aspects of a sexually transmitted infections (STI) monitoring system have been analyzed to elaborate its improvement proposals. The existing STI morbidity rates reflecting the stabilization and decreased activity of an epidemic process are suggestive of only the lower efficiency of notification of new STI cases.*

**Key words:** sexually transmitted infections, epidemiological surveillance system, molecular biological diagnostic methods, registration forms.

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), — это группа социально значимых инфекций, оказывающих крайне негативное влияние на репродуктивное здоровье человека. По данным ООН, во всем мире каждый год среди молодых людей до 25 лет происходит более 100 млн новых заражений ИППП. Важно отметить, что большая часть ИППП протекает в виде вялотекущих и бессимптомных форм, что определяет их наибольшую эпидемиологическую опасность. Результатами перенесенных ИППП могут стать такие тяжелые осложнения, как хронические

заболевания органов малого таза, бесплодие, внематочная беременность, рак шейки матки, преждевременные роды и смерть новорожденных [1]. Все это определяет значимость проведения эпидемиологического надзора, на основании которого разрабатываются и проводятся профилактические мероприятия.

Ключевым элементом эпидемиологического надзора за ИППП является система учета и регистрации случаев ИППП, а также поэтапная передача этих данных между заинтересованными ведомствами и учреждениями. Задачами системы учета является получение объективной эпидемиологической информации о случаях ИППП, а также своевременное осведомление санитарно-эпидемиологических учреждений и вышестоящих органов здравоохранения [2].

Свое формирование система эпидемиологического надзора и профилактики ИППП начинает с

**Для корреспонденции:**

Анисимова Наталья Сергеевна, аспирант, врач-эпидемиолог отд. молекулярной диагностики и эпидемиологии ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора  
Адрес: 11123, Москва, ул. Новогиреевская, д. 3а  
Телефон: (8-495)974-96-46, доб.1171  
E-mail: natalia.anisimova@pcr.ru

1917 г., когда создаются первые кожно-венерологические диспансеры (КВД), отделы организации борьбы с венерическими и кожными болезнями, вводится карточный учет каждого вновь выявленного больного всеми формами венерических заболеваний по единой форме извещения, а также отчетная деятельность лечебной и профилактической работы кожно-венерологических учреждений. Впоследствии, при жесткой вертикали власти нормативные правовые документы союзного Министерства здравоохранения принимались на основании постановлений Совета Министров СССР и в обязательном порядке дублировались в союзных республиках, что обеспечивало повсеместное выполнение вновь вводимых профилактических мероприятий [3].

В настоящее время в РФ действует ряд нормативно-правовых документов, которые определяют основы системы учета и регистрации [4–12]. Стремительно развивающиеся технологии, реформы в системе здравоохранения, меняющийся порядок оказания медицинской помощи требуют соответствующего развития и актуализации нормативно-правовой базы. К сожалению, в РФ порядок издания нормативных документов отстает от современных условий.

Задача нашего исследования – проанализировать организационные аспекты системы наблюдения за ИППП с целью разработки предложений по ее совершенствованию.

### Материалы и методы

Были проанализированы нормативно-методические документы по организации выявления и учета ИППП, изданные в период 1993–2010 гг. Минздравсоцразвития России, Федеральной службой государственной статистики, Роспотребнадзором, а также формы государственного статистического наблюдения № 9 и 34. Проведен анализ материалов базы данных ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора (ЦНИИЭ) по выявленным случаям ИППП за 2005–2009 гг.

### Результаты и обсуждение

В РФ первичным звеном в системе регистрации является учетная форма №089/у-кв, заполнение которой должно производиться при выявлении и лабораторном подтверждении случаев ИППП медицинским персоналом, выявившим случай заболевания. В этой форме содержатся анкетные данные, сведения о путях передачи, способах выявления, которые необходимы для эпидемиологического анализа и постановки эпидемиологического диагноза. Существует 4 формы федерального статистического наблюдения: форма № 9 «Сведения о заболеваниях, передаваемых половым путем, грибковых кожных заболеваниях и чесоткой», форма № 34 «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми кожными болезнями и

чесоткой», формы № 1 и 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях». Данные формы заполняются для предоставления в вышестоящие органы с целью формирования свода данных по эпидемиологической ситуации.

Порядок сбора и передачи статистических данных и формирования материалов государственной статистической отчетности по оказанию дерматовенерологической помощи (на примере Москвы) представлен на схеме (см. на вклейке).

К структурам, которые должны взаимодействовать в рамках системы учета и регистрации ИППП, относятся КВД в округе, учреждения здравоохранения (ЛПУ, женские консультации, родильные дома, частнопрактикующие врачи и врачи общей практики, поликлиники, врачебные здравпункты, учреждения здравоохранения других ведомств), организационно-методический отдел по дерматовенерологии Департамента здравоохранения города Москвы, отдел регистрации и учета инфекционных болезней (ОРУИБ), территориальный отдел Управления Роспотребнадзора в округе, Управление Роспотребнадзора (по субъекту РФ, в частности, по Москве), Федеральный центр гигиены и эпидемиологии, орган управления здравоохранением федерального значения, орган государственной статистики, Минздравсоцразвития России, Госкомстат РФ.

В любом лечебно-диагностическом учреждении при выявлении пациента с ИППП медицинский персонал должен оформить и направить учетную форму № 089/у-кв в территориальный КВД по месту жительства пациента. Второй экземпляр учетной формы направляется в организационно-методический отдел по дерматовенерологии Департамента здравоохранения города Москвы. Территориальным КВД на основании полученных извещений и извещений, составленных в своем диспансере, ежегодно формируется отчет по форме № 9. Также оформляется статистическая форма № 34, отражающая сведения о больных, которые подлежат лечению и наблюдению в данном ЛПУ или КВД. Суммарные сведения о вновь выявленных больных венерическими заболеваниями передаются из КВД в территориальный отдел Управления Роспотребнадзора и в ОРУИБ. На основании полученных данных формируются статистические формы № 1 и 2, а далее эти формы передаются «по вертикали» в структурах Роспотребнадзора. Также в установленном порядке организационно-методический отдел по дерматовенерологии направляет отчетные формы в орган государственной статистики и Минздравсоцразвития России. На основании полученных материалов формируются сведения о заболеваемости и распространенности ИППП. Таким образом, Минздравсоцразвития России и Роспотребнадзор должны быть обеспечены информацией о случаях ИППП.

Как видно на схеме, система выявления, учета и регистрации ИППП характеризуется сложностью в организации информационных потоков, допускает потерю данных, отсутствие регулярного и полноценного информационного обмена между заинтере-

Таблица 1. Динамика выявления нозологических форм ИППП в Москве и ЦНИИЭ

Нозологическая форма	Число случаев ИППП									
	2005 г.		2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 г.	
	Москва	ЦНИИЭ	Москва	ЦНИИЭ	Москва	ЦНИИЭ	Москва	ЦНИИЭ	Москва	ЦНИИЭ
Сифилис	4996	5	4694	4	4867	10	4115	20	3284	15
Гонококковая инфекция	3495	74	2908	70	2367	229	1810	326	1434	310
Трихомоноз	7769	75	7098	68	5349	218	4674	347	3883	542
Хламидиоз	7373	826	6977	823	6270	2166	5807	3550	4573	4453
Герпес уrogenитальный	3026	163	2861	159	2802	400	3130	722	2325	1195

ресованными участниками. Наибольшее значение в этом имеет несовершенство нормативно-правовой базы, регламентирующей организационные аспекты системы учета и регистрации ИППП.

Ранее действующий приказ Минздрава России № 286 от 07.12.93 «О совершенствовании контроля за заболеваниями, передаваемыми половым путем» ввел новые положения, которые позволяют заниматься диагностикой, лечением и профилактикой ИППП врачам акушерам-гинекологам и урологам, а не только дерматовенерологам, как было ранее. Принятый позднее приказ Минздрава России № 91 от 27.03.98 «О неотложных мерах по предупреждению распространения заболеваний, передаваемых половым путем» внес коррективы в отчетную деятельность лечебных учреждений, оказывающих диагностическую и лечебную помощь больным ИППП. Он обязывает учитывать больных не только по форме № 089/у-кв, но и заполнять формы № 9 и 34, как было установлено в КВД. Указанные выше приказы, определяющие порядок учета и регистрации ИППП, были отменены без четкой альтернативы, а в действующем на сегодняшний день приказе № 291 от 30.07.01 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем» отсутствуют указания по организации учета ИППП врачами других специальностей. Важно отметить, что на региональном уровне также не определены четкие положения об учете ИППП врачами акушерами-гинекологами и урологами. Так, например, в приказе Департамента здравоохранения города Москвы и Центра госсанэпиднадзора в Москве № 20/9 от 13.01.04 есть указание, что учет сифилиса и гонококковой инфекции должен проводиться врачами-дерматовенерологами; врачи какой специальности должны учитывать остальные ИППП, не разъясняется.

Укрепление и активное развитие коммерческой медицинской помощи больным ИППП в сочетании с отсутствием четких указаний по организации учета этих инфекционных заболеваний являются основной причиной утраты части информации о случаях ИППП. Таким образом, как и

раньше, основной вклад данных в официальную статистику вносят КВД, но необходимо отметить, что за период с 2005 по 2009 г. число КВД сократилось почти в 1,5 раза [13].

Эффективность лабораторного выявления возбудителей ИППП является еще одним аспектом, отражающимся на объективности данных по эпидемиологической ситуации по ИППП. Доказательством неполного выявления и учета случаев ИППП может послужить анализ данных, полученных в ЦНИИЭ. По данным форм государственного статистического наблюдения, в субъектах Российской Федерации, в частности в Москве, в последние годы отмечается тенденция к снижению заболеваемости большинством ИППП [14, 15]. В то же время за 2005–2009 гг. количество проб от пациентов, ежегодно обращающихся с жалобами, связанными с ИППП, в коммерческие медицинские учреждения, направляемых в диагностическую лабораторию ЦНИИЭ, увеличилось с 17 204 до 99 403. Гендерный состав пациентов за пятилетний период изменился в сторону более частого обращения женщин с целью обследования на ИППП. Соотношение между мужчинами и женщинами в 2005 г. составило 1:1,9 ( $p=0,05$ ), в 2009 г. — 1:3,9 ( $p=0,05$ ). Отмечается четкая тенденция к увеличению числа ежегодно выявляемых ИППП в лаборатории ЦНИИЭ, а также тенденция к росту процента выявления случаев ИППП среди обследуемых лиц. В то время как в Москве число регистрируемых случаев ИППП уменьшается с каждым годом (табл. 1, 2).

При сравнении абсолютных значений ИППП, зарегистрированных в Москве, и инфекций, выявленных в диагностической лаборатории ЦНИИЭ, установлено, например, что в 2009 г. хламидийная инфекция была выявлена у 4453 человек, в то время как всего в Москве было зарегистрировано 4573 случая этой инфекции. По-видимому, результаты исследований, которые направлялись в лечебные учреждения из лаборатории ЦНИИЭ, не вошли в зарегистрированные случаи ИППП. Важно отметить, что аналогичных по объемам исследова-

Таблица 2. Частота выявления ИППП в ЦНИИЭ среди обследуемых лиц (в %)

Нозологическая форма	Годы				
	2005	2006	2007	2008	2009
Сифилис	0,26	0,13	0,2	0,25	0,2
Гонококковая инфекция	1,37	0,99	1,48	1,17	0,92
Трихомоноз	0,99	0,72	1,1	1	1,32
Хламидиоз	5,31	4,39	5,31	4,88	4,94
Герпес уrogenитальный	2,1	1,52	1,8	1,79	2,5

ний лабораторий, осуществляющих диагностику ИППП, в Москве около 10, а значит, число неучтенных случаев может быть на порядок больше.

Необходимо отметить, что в ЦНИИЭ диагностика ИППП проводилась молекулярно-биологическими методами (ПЦР) с использованием наборов реагентов, зарегистрированных в установленном порядке. Качество диагностических наборов подтверждено Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, все наборы прошли государственную регистрацию, имеют регистрационное удостоверение и могут быть использованы в клинической лабораторной практике. Однако в отличие от большинства развитых европейских стран, где применение молекулярно-биологических методов регламентировано стандартами оказания медицинской помощи пациентам с ИППП, в РФ применение вышеуказанных методов для верификации диагноза не регламентировано [16].

В РФ, согласно нормативным документам, диагностика ИППП проводится низкокчувствительными методами (микроскопия, реакция прямой иммунофлюоресценции и др.). Применение низкокчувствительных, но регламентированных методов диагностики ИППП, описанных в протоколах ведения больных, не обеспечивают полного выявления всех форм носительства и/или бессимптомного течения заболевания [17].

Как отмечено выше, в РФ основным источником данных для официальной статистики ИППП являются государственные учреждения кожно-венерологического профиля (КВД), однако обеспеченность КВД оборудованием для ПЦР-исследований и процент использования этих методов, по данным национального исследования, очень низкие [18]. В то время как лечебные учреждения не кожно-венерологического профиля (многопрофильные клиники), частнопрактикующие врачи, которые осуществляют диагностику и лечение ИППП, используют преимущественно молекулярно-биологические методы диагностики.

Таким образом, на дефицит информационного обеспечения о случаях ИППП могут влиять:

- неконтролируемая система регистрации ИППП в клиниках, осуществляющих диагностику и лечение ИППП (помимо КВД);

- применение низкокчувствительных методов диагностики в КВД, в которых налажена система учета и регистрации ИППП.

Таким образом, существующие показатели заболеваемости ИППП, отражающие стабилизацию и улучшение эпидемического процесса, свидетельствуют лишь о снижении эффективности регистрации новых случаев ИППП.

Для того, чтобы повысить качество и эффективность ЭН и проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий, необходимы обновление системы надзора за ИППП в направлении унификации современных протоколов диагностики, лечения и учета случаев инфекции, замена устаревших методов диагностики ИППП на высокоэффективные методы, а также актуализация нормативных документов, регулирующих организационные аспекты системы учета и регистрации ИППП.

## Литература

1. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006-2015 гг. Женева: ВОЗ, 2007.
2. *Фельдблюм И.В.* Эпидемиологический надзор за инфекционными заболеваниями: теория и практика. Эпидемиол. и инфекц. бол. 2009; 3: 46-49.
3. *Батыршин Р.Ф.* Инфекции, передаваемые половым путем. Клиника, диагностика, лечение. М.: ОАО Издательство «Медицина», 2006. — 631 с.
4. Федеральный Закон 52-ФЗ от 30 марта 1999 г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». М., 1999.
5. Санитарные правила СП 3.1./3.2.1379-03 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний». М., 2003.
6. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы и Центра госсанэпиднадзора в г. Москве № 20/9 от 13 января 2004 г. Инструкция «О порядке специального

- учета инфекционных и паразитарных заболеваний в Москве». М., 2004.
7. Приказ Федеральной службы государственной статистики № 482 от 31.12.2010 «Об утверждении статистического инструментария для организации Роспотребнадзором федерального и статистического наблюдения за заболеваемостью населения инфекционными и паразитарными болезнями и профилактическими прививками». М., 2010.
  8. Постановление государственного комитета РФ по статистике № 175 от 10.09.2002 «Об утверждении форм государственного статистического наблюдения за заболеваемостью населения, профилактическими прививками, деятельностью медицинских учреждений». М., 2002.
  9. Постановление государственного комитета РФ по статистике № 88 от 07.10.2003 «Об утверждении форм федерального государственного статистического наблюдения для организации Минздравом России статистического наблюдения за заболеваемостью населения». М., 2003.
  10. Приказ Роспотребнадзора № 718 от 02.12.09 (ред. от 22.12.09) «Об утверждении форм отраслевого статистического наблюдения и инструкций по заполнению форм». М., 2009.
  11. Приказ Министерства здравоохранения РФ от № 403 12.08.03 «Об утверждении и введение в действие учетной формы № 089/у-кв «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса урогенитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки». М., 2003.
  12. Порядок сбора статистических данных и формирования форм государственной статистической отчетности по оказанию дерматовенерологической помощи населению: Метод. рекомендации МР № 5761-РХ от 01.11.06. М., 2006.
  13. Аналитический обзор по заболеваемости, ресурсам и деятельности кожно-венерологических учреждений 2005–2009: Стат. материалы Минздравсоцразвития России, ФГУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения. <http://www.mednet.ru/ru/statistika/dermatovenerologicheskaya-sluzhba.html>
  14. Иванова М.А., Виноградова С.А., Вартапетова Н.В. и др. Анализ заболеваемости населения Российской Федерации инфекциями, передаваемыми половым путем, за период с 1997 по 2008 гг. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/138/27/>
  15. Ладная Н.Н., Иванова М.А. ВИЧ-инфекция и инфекции, передающиеся половым путем, в РФ в 1993–2008 гг. Эпидемиол. и инфекц. бол. 2010; 3: 4–11.
  16. Европейские стандарты диагностики и лечения заболеваний, передаваемых половым путем. М., 2006: 83–100.
  17. Рыжих П.Г., Гуцин А.Е., Савочкина Ю.А. Сравнительная оценка аналитической чувствительности методов микроскопии (нативного и окрашенного препаратов) и амплификации нуклеиновых кислот (ПЦР и НАСБА в реальном времени) при обнаружении *T.vaginalis*. Клини. дерматол. и венерол. 2011; 2: 28–35.
  18. Фриго Н.В., Ротанов С.В., Лесная И.Н. и др. Лабораторная диагностика ИППП в РФ. Результаты национального исследования. Вестн. дерматовенерол. 2008; 5: 33–40.

Поступила 13.02.12

### Сведения об авторах:

- Покровский Вадим Валентинович**, акад. РАМН, д-р мед. наук, проф., зам. дир. по научной работе
- Шипулин Герман Александрович**, канд. мед. наук, зав. отд. молекулярной диагностики и эпидемиологии