

- tis in spondyloarthropathy. *Curr. Opin. Rheumatol.*, 1999, 11, 244-250.
15. Moll J.M.N., Haslock I., MacRae I.F., Wright V. Association between ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, Reiter's disease, the intestinal arthropathies and Behcet-syndrome. *Medicine*, 1974, 53, 343-364.
 16. Moll J.M.N. Pathogenic mechanism of 27 related polyarthritis: interplay between genetic and environmental factors. *Clin. Exp. Rheumatol.*, 1987, 5, 7-14.
 17. Peters N.D., Ejsrup L. Intravenous methylprednisolone pulse therapy in ankylosing spondylitis. *Scand. J. Rheumatol.*, 1992, 21, 134-138.
 18. Piro M.N., Cash J.M. Treatment of refractory psoriatic arthritis. *Rhem. Dis. Clin. North. Amer.*, 1995, 21, 129-149.
 19. Remy V., Bertin Ph., Bonnet C. et al. Short term estimation of CT-guided corticosteroid injection of the sacroiliac joint in spondyloarthropathies. *Rheumatol. in Europe*, 1995, 24, suppl. 3, 89, B 49.
 20. Salvarani C., Olivieri I., Cantini F. et al. Psoriatic arthritis. *Curr. Opin. Rheumatol.*, 1998, 10, 299-305.

Summary.

The article regards general principles of seronegative spondyloarthritides therapy by glucocorticosteroids. Reasons for relatively low efficacy of the systemic glucocorticosteroids treatment in specific nosologic forms and specific indices to application of such kind of treatment for idiopathic ankylosing spondyloarthritis and psoriatic arthritis. The postulate of the necessity of local glucocorticoid application in Beherev's disease, psoriatic and reactive arthritis intraarticularly as well as into damaged entheses. Possible approaches to the intensive therapy of seronegative spondyloarthritides including glucocorticosteroids.

Key words: *glucocorticosteroids, ankylosing spondyloarthritis, psoriatic arthritis, reactive arthritis.*

Поступила 10.02.01.

УДК: 617.559-616.8-009.7-07-08

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЙ
В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ.**

Н.А. Шостак

Кафедра факультетской терапии им. акад. А.И.Нестерова, РГМУ

Под синдромом боли в нижней части спины (БНС) (low back pain, люмбалгия) понимают боль, локализирующуюся между XII парой рёбер и ягодичными складками.

В МКБ X пересмотра БНС отнесена к рубрике "Болезни костно – мышечной системы" (XIII класс), что свидетельствует о том, что данная патология находится в компетенции врача – ревматолога.

МКБ X пересмотра
XIII класс. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

М 42 Остеохондроз позвоночника
М 42.0 Юношеский остеохондроз позвоночника

Болезнь Кальве
Болезнь Шейермана

М 42.1 Остеохондроз позвоночника у взрослых
М 42.9 Остеохондроз позвоночника неуточнённый
М 43.0 Спондилолиз
М 54.5 Боль внизу спины
Поясничная боль
Напряжение внизу спины
Люмбаго
М 54.6 Боль в грудном отделе позвоночника исключена: вследствие поражения межпозвоночного диска

В настоящее время синдром БНС широко распространён во всем мире, а в развитых странах, по данным экспертов ВОЗ, достиг размеров эпидемии, что в большинстве случаев связывается с возрастающими нагрузками на человека. Экономический ущерб, обусловленный нетрудоспособностью пациентов с БНС, оценивается как огромный, например, в шта-

Адрес для переписки:

Н.А. Шостак,

117869, Москва, ул. Островитянова, 1, РГМУ

кафедра факультетской терапии,

тел.: (095) 237-69-48.

те Калифорния, США, он составил 200 миллионов долларов в год.

Согласно наиболее принятой в настоящее время классификации Kuritsky выделяют первичный и вторичный синдромы БНС.

Главными причинами *первичного синдрома БНС* являются механические факторы:

1. дисфункция мышечно – связочного аппарата,
2. спондилез (в зарубежной литературе это синоним остеохондроза позвоночника),
3. грыжа межпозвоночного диска.

Причины *вторичного синдрома Kuritsky* объединил в 6 групп, представленных на таблице 1.

К указанной классификации, на наш взгляд, необходимо внести некоторые дополнения. Следует обратить особое внимание, что БНС может быть единственным клиническим признаком опухолей позвоночника (первичных и метастатических). При этом боль не проходит в покое, усиливается ночью и при перкуссии. Для опухолей позвоночного канала, которые необходимо дифференцировать с грыжами межпозвоночного диска, характерна острая боль радикулярного типа. Кроме злокачественных новообразований позвоночника, необходимо помнить об опухолеподобных заболеваниях позвонков (кисты, хондромы). Опухоли другой локализации также являются источником болей в спине. Так, например, опухоль поджелудочной железы, особенно хвоста или тела, гипернефрома, рак простаты весьма часто проявляются болями в нижней части спины.

Наиболее частым источником люмбалгии хронического типа у женщин являются гинекологические заболевания: опущение матки, миомы, эндометрит, ад-

нексит, рак матки, эндометриоз. Варикозное расширение вен таза – малознакомая врачам патология, нередко являющаяся причиной боли. При этих состояниях боль чаще локализуется в крестце и усиливается при длительном стоянии.

Кроме этого, следует отдельно выделить группу больных, жалующихся на боль в копчике, которая может возникать вследствие падения на ягодицы, блокады крестцово-копчикового сочленения у женщин после родов. Нередко копчиковая боль имеет отражённый характер и связана с грыжей нижних поясничных

Таблица I

Основные причины вторичного синдрома БНС (Kuritsky, 1997).

<p>1. Врождённые аномалии</p> <ul style="list-style-type: none"> – spina bifida – спондилолистез <p>2. Травма</p> <ul style="list-style-type: none"> – переломы позвонков – протрузия межпозвоночных дисков – повреждение межпозвоночных дисков <p>3. Артриты, в т. ч.</p> <ul style="list-style-type: none"> – ювенильный хронический артрит* – анкилозирующий спондилит – реактивный артрит* – серонегативная спондилоартропатия* <p>4. Другие заболевания</p> <ul style="list-style-type: none"> – опухоли – инфекции (туберкулёз, остеомиелит, гнойный дисцит, эпидуральный абсцесс, нагноившаяся гематома забрюшинного пространства**) – нарушения метаболизма (болезнь Педжета) – боль «слабой осанки» – психические заболевания – метаболические (остеопороз, остеомалация) – неврологические (дебют диффузного заболевания нервной системы*) <p>5. Проекционная боль при заболеваниях внутренних органов</p> <ul style="list-style-type: none"> – язва или опухоль задней стенки желудка – воспаление, киста или опухоль поджелудочной железы – расслаивающаяся аневризма брюшного отдела аорты – опухоли, дивертикулиты, воспаление толстой кишки <p>6. Заболевания мочеполовых органов</p> <ul style="list-style-type: none"> – альгодисменоррея – опухоль и нарушение расположения мочеочников – опухоль и воспаление простаты – мочекаменная болезнь
--

* – собственные наблюдения автора

** – в нашем наблюдении БНС острого течения и ограничение подвижности позвоночника были единственным проявлением болезни в течение 3–4 дней у молодой женщины 20 лет.

дисков, опухолью позвоночника, аноректальной инфекцией.

Одной из важных причин болей в спине является остеопороз, нередко встречающийся у женщин в климактерическом периоде. Факторами риска остеопороза являются:

1. Генетические/антропометрические
 - пожилой возраст
 - этническая предрасположенность (европеоидная и монголоидная расы)
 - низкая масса тела
 - полиморфизм гена рецептора витамина D (ВВ генотип)
 - полиморфизм гена рецепторов эстрогенов
2. Гормональные
 - женский пол
 - ранняя менопауза
 - позднее начало менструаций
 - аменорея
 - бесплодие
3. Стиль жизни/особенности питания
 - курение
 - низкая физическая нагрузка
 - злоупотребление кофеином
4. Сопутствующие заболевания
 - эндокринные
 - ревматические
 - гематологические/опухолевые
 - другие
5. Лекарства/хирургические операции
 - овариоэктомия
 - гормоны щитовидной железы
 - ГКС
 - химиотерапия и др.

Синдром БНС чаще всего развивается в возрасте 20 – 50 лет (пик заболеваемости в возрасте от 35 до 45 лет). Именно в этой возрастной группе обычно диагностируют первичный (механический) синдром БНС, тогда как у больных моложе 20 лет и старше 50 лет преобладает вторичный синдром БНС. Заболевание может протекать остро (до 3 недель), подостро (3 – 12 недель) и хронически (более 12 недель или до 25 эпизодов в год).

При клиническом обследовании врачу необходимо установить не только характер и локализацию боли, но и провоцирующие факторы. Провоцирующими факторами острого и подострого течения БНС могут быть травма, подъем непосильного груза, неподготовленные движения, длительное пребывание в нефизиологической позе, переохлаждение. В этих слу-

чаях боль чаще локализуется только в спине, если нет поражения нервного корешка, и может быть связана как с поражением позвоночника (иногда это первое проявление формирующейся протрузии диска), так и с поражением мягких тканей – спазм и растяжение мышц, растяжение связок. Особенно следует уделять внимание выявлению причин хронической боли в спине, в частности, исключению вторичного характера БНС.

Хроническая боль может возникать как после регресса острой боли, так и независимо от неё. Наиболее частыми причинами хронической люмбагии являются:

1. Нестабильность позвоночно-двигательного сегмента на разных стадиях межпозвонкового остеохондроза, приводящая к избыточной нагрузке на фасеточные суставы и мышцы.
2. Миофасциальный синдром.
3. Артроз фасеточных суставов.
4. Спондилолистез.

При нестабильности позвоночного сегмента, приводящей к избыточной нагрузке на фасеточные суставы и мышцы, боль обычно двухсторонняя, усиливающаяся при наклонах и облегчающаяся в покое. Движения в поясничном отделе позвоночника не ограничены, но отмечается болезненность при разгибании. Боль может иррадиировать в крестцово-подвздошные сочленения и крыло подвздошной кости, но не в ягодицы и бедро. При пробе Ласега отмечаются двухсторонние умеренные боли только в пояснице.

При артрозе фасеточных суставов, который является одной из самых частых причин хронической боли спины у пожилых, боль также двухсторонняя, но локализуемая в отличие от дискогенной паравертебрально, а не по средней линии, усиливающаяся при длительном стоянии и разгибании и уменьшающаяся при ходьбе и сидении.

Миофасциальный синдром в паравертебральных мышцах развивается чаще на фоне остеохондроза, но изредка самостоятельно (при хронической микротравматизации, перерастяжении или сдавлении мышц при травме и длительной иммобилизации).

Алгоритм диагностики и лечения болей в спине.

I. Danny C. Williams рекомендует при обследовании больного задать следующие основные вопросы, для лучшего запоминания которых,

можно использовать мнемоник "P-Q-R-S-T".

P(provocative factors) – провоцирующие и облегчающие боль факторы:

1. Усиливается ли боль при сгибании или разгибании?
2. Усиливается или ослабляется боль в положении лежа, сидя, стоя?
3. Что усиливает и ослабляет боль?
4. Усиливается ли симптоматика при кашле, чихании?

Q(quality of pain) – характер боли:

1. Боль тупая, острая, жгучая; сопровождается покалыванием, онемением?

R(radiation of pain) – иррадиация боли:

1. Иррадирует ли боль в конечности?
2. Есть ли нарушения функции кишечника, мочеиспускания?

S(severity) – тяжесть боли и других системных симптомов:

1. Вынуждает ли боль спокойно лежать на спине или пациент корчится от боли?
2. Имеются ли лихорадка, похудание?

T(timing of pain) – время появления боли:

1. Когда началась боль?
2. Есть ли боли ночью?
3. Были ли раньше травмы спины?

II. Использование рекомендованных ВОЗ опросников, позволяющих объективизировать состояние больных (оценка боли по ВАШ, тест Шобера, опросник Освестри, индекс физической нетрудоспособности Вадделя и др.).

III. Рентгенография позвоночника в прямой и боковой проекциях.

Показания к рентгенологическому обследованию включают:

1. Острое начало болей у пациента моложе 15 лет и старше 50 лет без данных о травме в анамнезе;
2. Сильная боль;
3. Боль в спине после травмы;
4. Боль, не уменьшающаяся в положении лежа;
5. Больные с опухолевыми процессами, способными метастазировать в кости (опухоли предстательной железы, молочной железы, почек, легких, щитовидной железы);
6. Жалобы на лихорадку, похудание.

В ряде случаев необходимо использовать функциональные рентгенологические тесты (в состоянии максимального сгибания и разгибания), которые позволяют выявить нестабиль-

ность позвоночно-двигательного сегмента, а также ранние признаки дегенеративного поражения позвоночника. Кроме того, рентгенография позвоночника необходима всем больным, которые направляются на физиолечение и мануальную терапию.

IV. Электромиография проводится при наличии симптомов радикулопатии и неясном диагнозе; при необходимости определить тяжесть поражения нервов или анатомическое местонахождение дисков; перед предстоящим хирургическим вмешательством. Чувствительность метода составляет 92%, специфичность – 38%.

V. Радиоизотопная остеосцинтиграфия

VI. Денситометрия

VII. Компьютерная томография (чувствительность – 92%, специфичность – 88%). Выявляет патологию костной ткани, позволяет диагностировать грыжи диска, стеноз позвоночного канала.

VIII. Магнитно-резонансная томография в отличие от КТ позволяет получить изображение в любой проекции. Метод обладает наибольшей чувствительностью (93%) и специфичностью (92%). Показан для исследования не только позвоночника, но и спинного мозга, особенно при подозрении на опухоли, грыжи диска, стеноз позвоночного канала, патологию оболочек спинного мозга. Абсолютными противопоказаниями к использованию МРТ является наличие имплантированного искусственного водителя ритма, подозрение на наличие металлических осколков в жизненно важных органах (последствия ранений).

IX. При подозрении на сдавление спинного мозга или конского хвоста (если КТ или МРТ недоступны), а также при планировании оперативного вмешательства проводят миелографию.

По показаниям проводят рентгенографию легких, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, забрюшинного пространства, ректороманоскопию. У женщин обязателен осмотр гинеколога, у мужчин – уролога (по показаниям – тест на простата-специфический антиген). Все больные должны быть осмотрены невропатологом, особенно при рецидивировании болевого синдрома. Комплексное обследование включает также клинический анализ крови, общий анализ мочи, определение уровня глюкозы, электролитов, азота мочевины, креатинина, Са, Р, мочевой кислоты, электрофореза белков сыворотки, по показаниям – кислой и

щелочной фосфатазы.

Лечение БНС проводится с учётом формы заболевания и варианта его течения и включает следующие мероприятия:

1. Устранение причины.
2. Отдых в течение нескольких дней (от 2 до 5).
3. Ношение бандажа (поясничный корсет часто и в некоторых случаях с успехом используется при болях в спине, но в 1999 году сформулировано положение о том, что с точки зрения доказательной медицины не получено свидетельств о необходимости ношения бандажа).
4. Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС).
5. Миорелаксанты.
6. Локальная терапия: инъекции (анестетики, глюкокортикоиды), мази, акупунктура.
7. Мануальная терапия.
8. Тракция (с позиции доказательной медицины нет данных о ее безусловной эффективности).
9. Транскутанная электрическая нервная стимуляция.
10. Физические упражнения.
11. Хирургическая декомпрессия.
12. Обучающие программы для работы с пациентами.
13. Психологическая коррекция.

При возникновении БНС рекомендуется *отдых* (покой) в течение нескольких дней (от 2 до 5). Однако во всех исследованиях последних лет подчеркивается, что не постельный режим, а ранняя активизация больных должна быть главным компонентом программы лечения, что способствует улучшению питания межпозвонкового диска. При предполагаемом воспалительном компоненте БНС могут назначаться НПВС. Однако надо отметить, что до настоящего времени применение НПВС не решило проблему борьбы с БНС. Это связано, в частности, с тем, что необходимость использования препаратов в течение длительного времени, особенно при хроническом варианте БНС, ставит вопрос о поиске эффективного и безопасного НПВС из-за недостаточной клинической эффективности большинства НПВС и частого развития НПВС - гастропатий. Использование НПВС нового поколения, в частности, селективного ингибитора ЦОГ - 2 мелоксикама (*мовалиса*) представлено в литературе еди-

ничными работами. Наш длительный опыт применения *мовалиса при* БНС позволяет сделать заключение, что данный препарат в суточной дозе 15мг с последующим снижением дозы до 7.5мг в сутки является эффективным и безопасным средством, вызывающим значительное уменьшение болевого синдрома и повышение двигательной активности большинства пациентов.

При стихании острой боли в программу лечения включают физические упражнения, мануальную терапию, средства, уменьшающие мышечный спазм и улучшающие состояние мышц спины и брюшного пресса. При неэффективности терапии, сохраняющемся болевом синдроме после исключения инфекции, опухоли, эрозии кости, остеопороза и некоторых других заболеваний ряд авторов рекомендует эпидуральное введение глюкокортикостероидов или анестетиков.

Широко применяющаяся тракционная терапия - сухое скелетное или подводное вытяжение - позволяет, по данным литературы, уменьшить функциональные нарушения в позвоночнике, связанные с ограничением его подвижности в двигательном сегменте или формированием его обратимого блокирования. Вместе с тем показано, что тракционная терапия эффективна лишь у 45% пациентов и имеет ряд противопоказаний к её использованию, в частности, такие широко распространенные заболевания, как гипертоническая болезнь II - III стадии, ишемическая болезнь сердца, дисциркуляторная энцефалопатия, остеофитоз в области позвонков, в связи с чем ряд авторов рекомендует ограничить ее использование. В настоящее время в нашей стране в МГТУ им. Н.Э.Баумана разработан новый тип комплексной механотерапии, основанный на комбинации естественного последовательного нагружения позвоночника под воздействием собственного веса, а также периодического массажа мышц, синхронизации их с биологическими процессами в организме.

Схемы лечения острой и хронической люмбалгии (в практике терапевта, ревматолога, врача общей практики)

Острая люмбалгия.

Острый (подострый) период

1. Постельный режим (твердая поверхность) (2-5 дней)
2. Холод или легкое сухое тепло (Криотерапия используется в первые 2-3 дня обо-

стрения в течение 10-20мин каждые 2 часа –можно использовать пакетики со льдом, спрей)

3. Корсет (несколько дней). Корсет должен лимитировать поясничный лордоз и поддерживать мышцы брюшного пресса, не ограничивая общую подвижность. Длительное применение корсета может привести к остеопорозу и ослаблению мышц брюшного пресса, которое можно избежать, применяя физические упражнения, направленные на вытяжение мышц. Пациентов следует убедить снимать корсет, когда боль терпима и сохраняется подвижность в поясничном отделе позвоночника. В таких случаях предпочтительнее рекомендовать поддерживающий эластический пояс.

4. НПВП, диклофенак 150 мг/сутки
мовалис 15 мг/сутки

5. Миорелаксанты:

Клоназепам 1-2 мг/сутки

Сирдалуд 4-8 мг/сутки

(не более 2 недель)

Диазепам 10-30 мг/сутки

6. Финалгон местно - на 3-5 день

7. По показаниям - блокада местными анестетиками

После стихания остроты:

• ЛФК

• Массаж

• ФЭТ

• Мануальная терапия (Абсолютные противопоказания к проведению мануальной терапии:

1. Опухоли позвоночника;

2. Метастатические поражения позвоночника;

3. Спондилит;

4. Остеопороз.

Относительные противопоказания:

1. Грыжи дисков;

2. Гиперлордоз поясничного и шейного отделов позвоночника;

3. “Плоская” спина –отсутствие физиологического кифоза в грудном отделе позвоночника;

4. Врожденная дисплазия костно-хрящевой части позвоночника и связочно-сумочного аппарата).

Хроническая лумбалгия.

При обострении:

1. НПВП

2. Локальная терапия

3. Аналгетики

4. Миорелаксанты

При стихании:

1. Увеличение двигательной активности больного

2. Немедикаментозные методы лечения

3. Коррекция психологического статуса

4. Обучение больного, в том числе двигательному стереотипу.

Однако, несмотря на определенные успехи медикаментозной терапии и немедикаментозной реабилитации больных, БНС в ряде случаев прогрессируют даже на фоне лечения. В этих случаях необходимо пересмотреть концепцию лечения: а) провести тщательный поиск причины БНС (исключить ее вторичный характер); б) оценить показания к хирургической декомпрессии позвоночника; в) изучить психологический статус пациента.

По концепции Вадделя, боль и вред не являются синонимами, но боль и длительная, необоснованная иммобилизация вызывают психологические расстройства, когда пациенты с хронической болью ощущают свою неполноценность в трудоустройстве, в финансовом отношении, а часто и в семейном статусе. В конечном счете, любые хронические состояния приводят к отчаянию и безнадежности, за которыми следуют социальная дезадаптация и финансовая зависимость. Некоторые авторы считают, что в трансформации БНС в хроническое или рецидивирующее, часто торпидное течение у ряда больных ответственны именно психологические особенности пациента. Так, хроническими больными, по данным последних исследований, чаще всего становятся те пациенты, которые считают свою работу непрестижной. Для некоторых ревматологов такое открытие является, по мнению Вадделя, подтверждением того, что хроническая БНС частично, а иногда и полностью является психологической проблемой.

Вопрос о хирургической помощи решается совместно специалистами разных специальностей - терапевтами, невропатологами, нейрохирургами, ревматологами, ортопедами. В настоящее время показания к хирургическому лечению сужены, поскольку накопились факты о том, что даже при очень хорошей методике хирургической декомпрессии заболевание склонно рецидивировать.

В заключение необходимо еще раз оста-

новиться на важнейшей проблеме ведения больных. "БНС" – это лишь синдромный диагноз, поэтому в каждом конкретном случае врач общей практики, терапевт или ревматолог должен, согласно алгоритму обследования больных, стремиться к нозологической идентифи-

кации, чтобы с позиций мультидисциплинарного подхода к данной проблеме составить индивидуальную программу лечения и реабилитации пациента, основанную на принципах доказательной медицины.

Поступила 05.12.2000.

ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ РЕВМАТОЛОГИЯ

УДК: 616/618-053.5

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ XIII КЛАССА (МКБ-X) У ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ДВУХ ОТДАЛЕННЫХ ОБЛАСТЕЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.

О.М. Фоломеева, М.А. Ушакова

Институт ревматологии (дир. – академик РАМН В.А. Насонова) РАМН, Москва.

Резюме.

Изучено 16 777 статистических учетных талонов с впервые установленными в 1999г диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (БКМС) у детей Иркутской и Магаданской областей. Установлено, что 5, 2% диагнозов относились к группе дегенеративно-дистрофических ювенильных поражений костей и суставов, 6, 2%-к системным и локальным воспалительным заболеваниям и 88, 6%-к различным приобретенным, реже врожденным мышечно-скелетным деформациям. Основу последней, наиболее многочисленной группы составили нарушения осанки (41,0%), сколиоз (28, 0%) и плоскостопие (23, 0%), которые могут рассматриваться как проявления гипермобильного синдрома у детей.

Собственно ревматические, системные заболевания составили почти половину от всей группы детских воспалительных БКМС.

Намечены задачи, которые необходимо решать ревматологам и другим специалистам для сохранения здоровья подрастающему поколению России.

Ключевые слова: дети, заболеваемость, XIII класс болезней.

Вступление

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (БКМС), представленные в Международной Классификации Болезней X -го пересмотра (МКБ-X) как XIII класс, являются одной из наиболее распространенных патологий в современном обществе. Повсеместно отмечается неуклонный рост числа больных, обращающихся за медицинской помощью в связи с различными заболеваниями опорно-двигательной системы. Одним из факторов, объясняющих данную тенденцию в развитых

странах, является меняющаяся демографическая ситуация с постоянным увеличением пропорции лиц старшего возраста, которым свойственны многие заболевания этого класса.

Однако в России, судя по данным государственной статистики, заболеваемость БКМС существенно возрастает не только среди взрослых жителей, но особенно у подростков и детей. Так, за последние 7 лет (1993-1999г.г.) показатель БКМС-заболеваемости увеличился -соответственно по трем вышеуказанным возрастным группам - в 1,2; 2,4 и 2.0 раза. Отметим, что за это же время рост общего показателя заболеваемости по всем 15-ти регистрируемым в отчетных формах МЗ РФ классам болезней составил 1,1;1,4 и 1,2 раза, т.е. прослеживается более интенсивный -по