

17. Эффективность лечения больных с лекарственной устойчивостью к основным и резервным препаратам (XDR) / В.Ю. Мишин, В.И. Чуканов, О.Г. Комиссарова [и др.] // 17-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания: сб.-резюме. — Казань, 2007. — № 422. — С.170.
18. Карпинский, Б.А. Лечение лекарственно-устойчивого туберкулеза: метод. рекомендации для врачей-фтизиатров / Б.А. Карпинский, И.Б. Викторова, С.А. Долгих [и др.]. — Новокузнецк, 2006. — 36 с.
19. Лекарственно-устойчивый туберкулез у подростков / В.А. Фирсова, Ф.Г. Полуэктова, А.П. Рыжова [и др.] // Проблемы туберкулеза. — 2007. — № 1. — С.61—64.
20. Ридер, Г.Л. Эпидемиологические основы борьбы с туберкулезом / Г.Л. Ридер; пер.с англ. — М.: Вестмир, 2001. — 192 с.

© Е.В. Файзуллина, Л.К. Бунакова, Д.В. Фризин, Д.А. Ширяк, 2011

УДК 616.97-085.28

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

ЕЛЕНА ВЛАДИМИРОВНА ФАЙЗУЛЛИНА, докт. мед. наук, доцент кафедры дерматовенерологии ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

ЛЮДМИЛА КОНСТАНТИНОВНА БУНАКОВА, врач-дерматовенеролог поликлиники Медико-санитарной части МВД по РТ, Казань

ДМИТРИЙ ВЛАДИМИРОВИЧ ФРИЗИН, канд. мед. наук, главный врач Волжской ЦРБ, Волжск, Республика Марий Эл

ДМИТРИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ ШИРЯК, врач-хирург поликлиники Медико-санитарной части МВД по РТ, Казань

Реферат. В статье рассмотрена динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем в Российской Федерации в целом и в Поволжском федеральном округе в частности, отмечен постоянный рост заболеваемости аногенитальными бородавками, урогенитальным герпесом и хламидиозом, представлены клинические формы урогенитальных инфекций по МКБ-10. Проведен анализ применения клинической эффективности комбинированного курса лечения трехкомпонентным патогенетическим препаратом (ТПП) пациентов с ИППП, бактериальным вагинозом, кандидозом и в период после удаления аногенитальных бородавок. ТПП (регистрационный номер ЛС 002448, дата регистрации 29.12.2006) включает три препарата: флюконазол в дозе 150 мг, азитромицин — 1000 мг, секнидазол — 1000 мг. В исследовании приняли участие 19 пациентов с ИППП, 30 пациентов после хирургического удаления аногенитальных бородавок. По результатам исследования подтверждена клиническая эффективность применения препарата ТПП в случае необходимости срочного назначения терапии у больных с половыми инфекциями, а также в качестве профилактического препарата у лиц, имеющих беспорядочные половые связи, после операции по поводу удаления аногенитальных бородавок.

Ключевые слова: аногенитальные бородавки, бактериальный вагиноз, кандидоз, синдромное и профилактическое лечение трехкомпонентным патогенетическим препаратом.

THE NEW APPROACH TO THE TREATMENT OF SEXUALLY-TRANSMITTED DISEASES

E.V. FAYZOULLINA, L.K. BOUNAKOVA, D.V. FRIZIN, D.A. SHIRYAK

Abstract. In the article the main changes in the structure of military and prevalence in anogenital are introduced warts, urogenital herpes and chlamidia infections in Russia and especially in the Republics of Middle Volga Region. There was analyzed the clinical efficiency of use three-component drug (TCD) (the number of registration ЛС 002448, the date of registration 29.12.2006) — combined fluconazole 150 mg, azythromycin 1000 mg and seknidazole 1000 mg in patients with Candidiasis, bacterial vaginosis and other STD after the removing of anogenital warts with radiowave method. The Results. It was confirmed the clinical efficiency of use three components profilactic STD after operative interferences and in patients with disorderly sexual connections.

Key words: anogenital warts, bacterial vaginosis, candidiasis, syndrome and profilactic treatment.

Введение. Инфекции, передаваемые преимущественно половым путем, представляют собой одну из значимых проблем современной медицины, что обусловлено их высокой распространенностью, риском развития тяжелых нарушений репродуктивной функции, вероятностью возникновения врожденных заболеваний у детей, а также значительной тяжестью собственно инфекций, в ряде случаев приводящих к инвалидизации [5, 6, 8].

В 2005—2006 г. заболеваемость населения Российской Федерации инфекциями, передаваемыми половым путем, характеризовалась различными тенденциями. Наблюдалось снижение заболеваемости сифилисом с 69 до 65,2 случая на 100 тыс. населения, при этом самые высокие показатели были отмечены в

Дальневосточном федеральном округе (100,9—103,8), самые низкие в Южном федеральном округе (39,7—44,7 случая на 100 тыс. населения) [7].

Заболеваемость гонореей в РФ за указанный период также имела тенденцию к снижению с 71,7 до 63,7 случая на 100 тыс. населения, самые высокие показатели — в Дальневосточном федеральном округе (122,7—134,9), самые низкие — в Южном федеральном округе (39,2—44,1) и в Центральном федеральном округе (39,3—46,7 случаев на 100 тыс. населения).

Рассматривая структуру заболеваемости населения ИППП в Приволжском федеральном округе, необходимо отметить, что самые высокие показатели заболеваемости сифилисом в 2006 г. отмечались в Удмуртской Республике (126,3), самые низкие — в Республике Татарстан (45,1),

заболеваемость гонореей отмечалась в Удмуртской Республике (123,3) и Ульяновской области (40,9), трихомониазом в Чувашской Республике (344,0) и Республике Марий Эл (126,6), хламидиозом в Оренбургской области (190,6) и Чувашской Республике (20,8). Заболеваемость ИППП сохраняется на высоких цифрах.

В качестве иллюстрации приведем пример динамических изменений заболеваемости аногенитальными бородавками (АГБ) в некоторых областях Среднего Поволжья. Данные представлены на рис. 1.

Наибольшая скорость изменения уровня заболеваемости АГБ зарегистрирована в Республике Татарстан, средний темп роста составляет 107,3%, т.е. ежегодный прирост составляет в среднем 7,3%. В Республике Марий Эл рост заболеваемости происходит в среднем на 3,1%, Кировской области — на 1,6%, в Чувашской Республике снижение заболеваемости происходит в среднем на 3,1%.

На наш взгляд, столь разные показатели связаны с лучшей регистрацией всех случаев заболеваемости аногенитальными бородавками, интенсификацией работы со смежными специалистами (урологами и акушерами-гинекологами) по выявлению данной патологии, санацией заболевших, в том числе в условиях частных медицинских центров.

На рис. 2 представлены показатели динамики заболеваемости ИППП по г. Казани за 2004—2008 гг. на 100 тыс. населения.

Как видно из рис. 2, показатели заболеваемости различными инфекциями, передаваемыми половым путем, являются весьма динамичными и характеризуют в целом ее структуру.

Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними на 2006—2015 гг., принятая Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), предусматривает объединение усилий различных организаций к решению данной проблемы [2, 5, 7, 10].

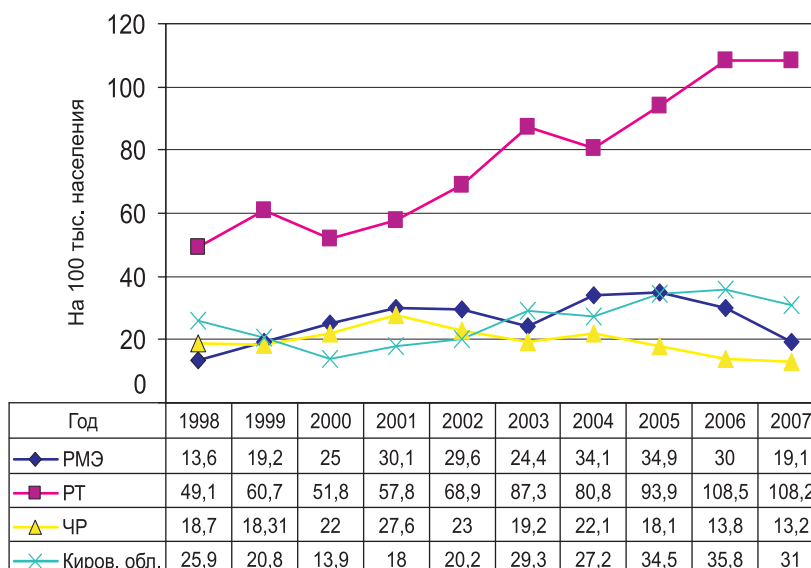
В число конкретных областей и вопросов стратегии включены следующие:

- во-первых, повышение доступности и разнообразия средств профилактики и лечения ИППП;
- во-вторых, обеспечение доступа к безопасным, эффективным высококачественным лекарственным средствам от ИППП;
- в-третьих, создание программы по инфекциям, передаваемым половым путем, включающая синдромный подход к лечению в медицинских учреждениях, оказывающих помощь при этих заболеваниях [2, 5].

Многообразие клинических форм урогенитальных инфекций предполагает разработку мер лечебно-профилактического характера, направленных на улучшение эпидемиологической ситуации в регионах. Согласно классификации болезней и травм 10-го пересмотра (МКБ-10) к ИППП относятся следующие заболевания: сифилис, гонококковая инфекция, урогенитальный хламидиоз, урогенитальный трихомониаз, венерическая лимфогранулема, шанкرويد, паховая гранулема, вирусные инфекции (аногенитальные бородавки), герпетическая инфекция. Кандидоз и бактериальный вагиноз не относятся к ИППП, однако часто выявляются у больных ИППП. По данным различных авторов, на долю бактериального вагиноза (БВ) приходится от 30 до 50% всех инфекций половых путей [6, 8].

Бактериальный вагиноз (БВ) — это патология экосистемы влагалища, вызванная усиленным ростом преимущественно облигатно-анаэробных бактерий (гарднерелл). Резкое снижение кислотности влагалища при данной инфекции происходит не за счет одного патогенного микроорганизма, а вызвано совокупностью нескольких, вследствие чего БВ является полимикробным заболеванием. Гарднереллы часто находятся в ассоциации со строго анаэробными бактериями, относящимися к родам *Mobiluncus*, *Prevotella*, *Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Peptostreptococcus*, а также с бактериями вида *Mycoplasma hominis* и реже с *Ureaplasma urealiticum*.

Вышеизложенное позволяет объединить многообразие клинических форм урогенитальных инфекций в



Примечание: РМЭ — Республика Марий Эл; РТ — Республика Татарстан; ЧР — Чувашская Республика.

Рис. 1. Динамика заболеваемости населения аногенитальными бородавками в регионе Среднего Поволжья в 1998—2007 гг.

Таблица 1

Спектр действия лекарственных препаратов при различных ИППП

Этиотропные лекарственные средства	Заболевания (ИППП)
Макролиды (азитромицин)	Урогенитальный хламидиоз. Гонококковая инфекция. Венерическая лимфогранулема. Шанкرويد. Паховая гранулема. Сифилис*
Флюконазол	Кандидоз, другие микозы
Секнидазол	Урогенитальный трихомониаз. Гарднереллез, БВ
Противовирусные препараты	Аногенитальные бородавки. Герпетическая инфекция

*Относится к резервным ЛС для лечения в дозе 500 мг/сут.



Рис. 2. Динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, по г. Казани за 2004—2008 гг.

группы с учетом предполагаемого этиотропного лечения. Данные представлены в табл. 1.

Одним из альтернативных вариантов лечения сочетанных ИППП и БВ можно предложить набор трехкомпонентного патогенетического препарата (ТПП), который включает: флюконазол в дозе 150 мг, азитромицин — 1000 мг, секнидазол — 1000 мг.

Компоненты ТПП в комплексе оказывают этиотропное воздействие на ИППП, за исключением изолированных вирусных инфекций (см. табл. 1).

Показанием к назначению ТПП являются сочетанные неосложненные инфекции мочеполового

тракта, передающиеся половым путем, — гонорея, трихомониаз, хламидиоз, грибковые инфекции и сопровождающие их специфические циститы, уретриты, вульвовагиниты и цервициты. Одноразовый прием ТПП дает врачу уверенность в проведении полного курса лечения, не мешает пациенту в трудовой деятельности и на отдыхе.

Целью исследования явилось изучение клинической эффективности комбинированного курса лечения ТПП пациентов с ИППП, БВ, кандидозом и в период после удаления аногенитальных бородавок. Больные с урогенитальной инфекцией, пролеченные комбинированным ТПП, обследованы в соответствии со стандартами [6, 8].

Материал и методы. Нами проведено комплексное обследование и лечение 19 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет, из них 8 женщин (42%) и 11 мужчин (58%).

У больных были выявлены сочетанные возбудители: хламидии и гонококки — 1; хламидии и уреоплазмы — 2; хламидии и микоплазмы — 2; хламидии и трихомонады — 3; хламидии и гарднереллы — 1; уреоплазмы и трихомонады — 1; микоплазмы, гарднереллы и трихомонады — 1; кандиды и гарднереллы — 2; кандиды и микоплазмы — 1. У одного пациента были выявлены — сифилис, гонорея и хламидиоз.

Данные представлены в табл. 2.

Таблица 2

Состав микрофлоры пациентов при урогенитальных исследованиях

Микроорганизмы	Абсолютное число выявленных возбудителей	%
<i>Cl. Trachomatis</i>	10	32,3
<i>Trichomonas vag.</i>	5	16,1
<i>U. urealiticum</i>	3	9,7
<i>Gardnerella (БВ)</i>	4	12,9
<i>C. albicans</i>	3	9,7
<i>Neisseria gonor.</i>	2	6,4
<i>M. hominis</i>	4	12,9
Всего	31	100,0

ТПП назначался сразу после осмотра и выявления инфекции, поскольку пациенты имели острые клинические проявления ИППП. Из субъективных жалоб преобладали дизурические расстройства, зуд и жжение, обильные слизистые и слизисто-гнойные выделения из половых органов. Все больные были обследованы на сифилис, ВИЧ, гепатиты, до приема препарата прово-

дился соскоб на инфекции методом ПЦР, исследование мазков для прямой микроскопии из уретры, цервикального канала, прямой кишки и влагалища.

Кроме того, под нашим наблюдением находились 30 больных, оперированных по поводу аногенитальных бородавок радиоволновым методом («Сургитрон», Элман, США), имевших в анамнезе урогенитальную патологию, подтвержденную методом ПЦР-диагностики. Данные представлены в *табл. 3*.

Т а б л и ц а 3

Сопутствующая урогенитальная патология у больных с различными сроками давности аногенитальных бородавок

Урогенитальная патология	Давность аногенитальных бородавок		Всего больных
	До 6 мес	6 мес — 1 год	
<i>U. urealiticum</i> + <i>C. albicans</i>	4	4	8
<i>U. urealiticum</i> + <i>M. hominis</i> + <i>C. albicans</i>	5	5	10
<i>U. urealiticum</i> + <i>M. hominis</i> + <i>Cl. Trachomatis</i> + <i>C. albicans</i>	5	7	12
Всего	14	16	30

Препаратом выбора для лечения урогенитальных инфекций явился ТПП, имеющий тройную направленность действия. Всем пациентам был назначен ТПП в однократной дозе и тилорон 125 мг в курсовой дозе (20 таблеток).

Результаты и их обсуждение. Эффективность препарата, отмеченная пациентами на 2-е сут от начала лечения, состояла в следующем: отмечалось полное исчезновение субъективных ощущений в виде зуда, дискомфорта и выделений. При повторном осмотре врачом через 6 дней от начала лечения клинических проявлений заболевания не отмечалось.

Пациентам с хламидийной инфекцией было назначено продолжение курса лечения азитромицином в дозе 1000 мг на 7-й и 14-й дни от первого приема ТПП, больному с сифилисом назначено специфическое лечение. Данные по срокам лечения сопутствующей урогенитальной инфекции при АГБ представлены в *табл. 4*.

Т а б л и ц а 4

Распределение больных с аногенитальными бородавками на разных сроках болезни, получавших лечение ТПП по срокам излечения (в днях) от сопутствующей урогенитальной патологии

Сопутствующая урогенитальная патология	Анамнез аногенитальных бородавок (АГБ)		Всего больных
	До 6 мес	6 мес — 1 год	
<i>U. urealiticum</i> + <i>C. albicans</i>	5,2	5,4	8
<i>U. urealiticum</i> + <i>M. homini</i> + <i>C. albicans</i>	5,8	6,2	10
<i>U. urealiticum</i> + <i>M. hominis</i> + <i>Cl. Trachomatis</i> + <i>Calbicans</i>	7,6	8,2	12
Всего 30			

Контрольные результаты у женщин определялись в течение трех менструальных циклов, у мужчин двукратно с интервалом в 3 нед после приема препарата методом ПЦР и (или) ИФА. Рецидивов инфекций выявлено не было ни у одного больного. Из побочных явлений 4 пациента отметили отсутствие аппетита и тошноту в день приема ТПП.

Таким образом, необходимость безотлагательного назначения терапии ТПП была вызвана следующими факторами:

1. Острота процесса не позволяла откладывать лечение в праздничные и выходные дни до получения результатов исследования.

2. Необходимость краткосрочной командировки или отдыха, с одной стороны, и наличие заболевания — с другой.

3. Схожесть клинических проявлений и микст-инфекции урогенитального тракта до результатов исследования.

4. Беспорядочные половые бисексуальные контакты у одного больного.

5. Обострение потенциально возможной урогенитальной инфекции у пациентов, оперированных по поводу аногенитальных бородавок.

Заключение. Комбинированный курс лечения трехкомпонентным патогенетическим препаратом пациентов с ИППП, БВ, кандидозом подтвердил клиническую эффективность в случае необходимости срочного назначения терапии, а также у лиц, имеющих беспорядочные половые связи, в качестве профилактического препарата первой помощи.

ТПП можно рекомендовать в качестве препарата выбора у лиц, имевших в анамнезе инфекции, передаваемые половым путем, и готовящихся к операции по поводу удаления аногенитальных бородавок при отсутствии по тем или иным причинам полноценного обследования на ИППП.

Комплексное решение проблемы лечения и профилактики ИППП: доступность ТПП (средняя стоимость 1 упаковки препарата составляет в среднем около 500 руб.), т.е. обеспечение безопасным, эффективным и высококачественным лекарственным средством от ИППП. И, наконец, системность, т.е. синдромный подход к лечению в медицинских учреждениях, оказывающих помощь при урогенитальных заболеваниях венерической этиологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Беляева, Т.Л.* Некоторые аспекты лечения остроконечных кондилом / Т.Л. Беляева, А.А. Антоньев // Вестник дерматологии и венерологии. — 1989. — № 7. — С.58—60.
2. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними: 2006—2015 гг. (международные документы) // Вестник дерматологии и венерологии. — 2008. — № 6. — С.109—112.
3. *Дубенский, В.В.* Клинико-эпидемиологические особенности папилломавирусной инфекции и методы лечения / В.В. Дубенский // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2001. — № 1. — С.51—56.
4. *Кубанов, А.А.* Результаты социологического опроса врачей-дерматовенерологов в различных субъектах Российской Федерации в период модернизации дерматовенерологической помощи населению / А.А. Кубанов, М.А. Иванова // Вестник дерматологии и венерологии. — 2007. — № 6. — С.25—27.
5. *Кубанова, А.А.* Стратегия и перспективы развития дерматовенерологической службы в Российской Федерации

- в 2001—2005 гг. (материалы доклада на VIII съезде дерматовенерологов России) / А.А. Кубанова // Вестник дерматологии и венерологии. — 2002. — № 1. — С.4—8.
6. Кубанова, А.А. Клинические рекомендации по дерматовенерологии 2007 года / А.А. Кубанова; под ред. акад. РАМН, проф. А.А. Кубановой. — М.: ДЭКС-Пресс, 2007. — 300 с.
 7. Мартынов, А.А. Повышение качества дерматовенерологической помощи населению Российской Федерации в рамках реализации государственных программ / А.А. Мартынов, А.А. Кубанова // Вестник дерматологии и венерологии. — 2008. — № 5. — С.19—23.
 8. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем: руководство для практикующих врачей / А.А. Кубанова, В.И. Кисина, Л.А. Блатун [и др.]; под общ. ред. А.А. Кубановой, В.И. Кисинной. — М.: Литтерра, 2005. — 882 с.
 9. Щепин, О.П. Источники и оценки методов изучения общественного здоровья / О.П. Щепин, В.К. Овчаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2003. — № 6. — С.3—7.
 10. Boonstra, E. Syndromic management of sexually transmitted diseases in Botswana's primary health care: quality of care aspects / E. Boonstra, M. Lindbaek, E. Klouman [et al.] // Trop. Med. Int. Health. — 2003. — Vol. 8(7). — P.604—614.

© Л.В. Василенко, Е.К. Бельтюков, 2011

УДК 616.24-007.271-036.12(470.51)/54-21)

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ СРЕДНЕГО УРАЛА

ЛАРИСА ВАЛЕРЬЕВНА ВАСИЛЕНКО, зав. дневным стационаром МУЗ «Березовская ЦГБ», Березовский, Свердловская область (e-mail: Vasilenko_88@inbox.ru)

ЕВГЕНИЙ КРОНИДОВИЧ БЕЛТЮКОВ, докт. мед. наук, профессор кафедры внутренних болезней, эндокринологии и клинической фармакологии ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Росздрава», Екатеринбург (e-mail: asthma@mail.ru)

Реферат. Цель — исследовать распространенность хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) среди взрослого населения г. Березовского Свердловской области. У 450 жителей города исследовались респираторные симптомы, факторы риска, функция дыхания. Диагноз ХОБЛ устанавливался в соответствии с рекомендациями GOLD, 2007 г. Распространенность ХОБЛ в г. Березовском составляет 8,2% (женщины — 5,1%, мужчины — 11,6%), что в 13,4 раза больше, чем по данным обращаемости, и свидетельствует о гиподиагностике ХОБЛ. Среди выявленных больных ХОБЛ преобладают лица старше 50 лет и со 2-й стадией заболевания. У мужчин ХОБЛ встречается в 2,3 раза чаще, чем у женщин. Факторы риска ХОБЛ: курение, производственные вредности, мужской пол.

Ключевые слова: ХОБЛ, эпидемиология, гиподиагностика.

EPIDEMIOLOGY OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN INDUSTRIAL TOWN OF MIDDLE URAL

L.V. VASILENKO, E.K. BELTYUKOV

Abstract. Background — to study the prevalence of COPD among the adult population in Beriozovskiy. In 450 town's residents respiratory symptoms, risk factors, breath function were investigated. COPD was diagnosed according to GOLD 2007. The prevalence of COPD in Beriozovskiy is 8,2%. It was 5,1% among the women, and 11,6% among the men. It is 13,4 times more than the official morbidity data and gives evidence of hypodiagnosics of the illness. The people older than 50 y.o. and the people with the 2-nd stage of COPD prevail among COPD patients. The men's prevalence of COPD is 2,3 times higher than the women's one. Risk factors of COPD: smoking, industrial harm, a male.

Key words: COPD, epidemiology, hypodiagnosics.

Введение. В настоящее время около 600 млн человек в мире страдают ХОБЛ. Это второе по распространенности неинфекционное заболевание в мире. Смертность от этого серьезного заболевания постоянно растет, и по прогнозам Всемирной организации здравоохранения к 2020 г. ХОБЛ будет занимать 5-е место (в 1992 г. — 12-е) среди всех причин смертности. Ожидается, что рост распространенности курения в мире продолжится, в результате чего к 2030 г. смертность от ХОБЛ удвоится [1]. Основной причиной развития ХОБЛ является табакокурение. В России курит 70% мужчин и 30% женщин [1].

ХОБЛ в России занимает 1-е место (55%) в структуре болезней органов дыхания, существенно опережая бронхиальную астму (19%) и пневмонию (14%) [1]. По официальным данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ, в стране зарегистрировано 2,4 млн больных ХОБЛ (2003 г.). Учитывая низкий уровень диагностики и последние данные эпидемиоло-

гических исследований, число больных ХОБЛ в России может превышать 11 млн человек [1].

В 2006 г. были опубликованы результаты эпидемиологического исследования в Иркутской области. Распространенность ХОБЛ среди взрослого населения в сельском районе составила 6,6% (среди мужчин — 14,6%, среди женщин — 1,8%), в городе — 3,1% (4,7% и 1,6% соответственно) [2]. В популяционной структуре ХОБЛ преобладают 1-я и 2-я стадии заболевания, составляющие 72,1%. Среди этих больных диагноз ХОБЛ в большинстве случаев был поставлен впервые в эпидемиологическом исследовании, что указывает на высокий уровень гиподиагностики [2].

Официальных данных об истинной распространенности ХОБЛ в России нет, так как в статистическую отчетность попадают пациенты, обратившиеся за медицинской помощью, преимущественно с тяжелой стадией заболевания и состоящие на диспансерном учете. Это связано с тем, что заболевание, как правило,