по накопительному проценту: группу А — 80% затрат, группу В — 15% средств и группу С — около 5% от всех затрат.

Все ЛС на основании существующих рекомендаций по диагностике и лечению внебольничной пневмонии [1] распределили по степени их значимости: V (vital) — жизненно-необходимые, E (essential) — важные, N (non-essential) — второстепенные препараты. Лекарственные препараты для лечения сопутствующей патологии были отнесены в группу E [3, 4, 5, 7].

В категорию «V» были выделены препараты: антибиотики, включенные в современные рекомендации по лечению внебольничной пневмонии; «E»: инфузионные растворы, отхаркивающие средства, бронходилататоры, препараты для лечения сопутствующей патологии, к категории «N» были причислены: антибактериальные средства, невходящие в современные схемы; антигистаминные препараты, нестероидные противовоспалительные средства, биостимуляторы, противогрибковые препараты, иммуномодуляторы, витамины.

Результаты и обсуждение

Всем пациентам с установленным диагнозом «внебольничная пневмония» проводилась антибактериальная терапия. При анализе учитывалась тяжесть течения заболевания. Монотерапия антибактериальными препаратами применялась при лечении пациентов с нетяжелой внебольничной пневмонией в 87%.

В режиме монотерапии чаще всего назначались (в 57,7% случаев) цефалоспорины, из них в половине случаев назначалось цефалоспорины первого поколения. «Защищенные» пенициллины использовались в 13,9%. Макролидные антибактериальные препараты (эритромицин, азитромицин) в качестве монотерапии использовались в 15,2% случаев.

«Респираторные» фторхинолоны были назначены в единичных случаях (2,6%), тогда как «нереспираторные» фторхинолоны были рекомендованы в три раза чаще. В 3,4% случаев препаратами выбора для лечения нетяжелой внебольничной пневмонии были аминогликозиды.

Данные нашего исследования свидетельствуют, что комбинированная эмпирическая антибактериальная терапия была проведена 18 пациентам, что составляет 14% от всего количества госпитализированных больных с нетяжелой ВП. В 83% случаев были назначены комбинации антибактериальных препаратов, ни одна из которых не входит в современные российские рекомендации (например, цефотаксим + гентамицин, эритромицин + метронидазол).

Таким образом, эмпирическую антибактериальную терапию препаратами или их комбинациями, входящими в современные рекомендации, получали только 17% госпитализированных больных с нетяжелой ВП. В терапевтических отделениях городских лечебных учреждений соответствие выбора антибактериальной терапии современным российским рекомендациям отмечено в 90% случаев, в то время как в районных стационарах адекватную антибактериальную терапию получали лишь 25% пациентов.

Оценка фармакотерапии по ABC шкале показала, что для лечения внебольничной пневмонии используется 42 лекарственных препарата (отдельные лекарственные препараты закупаются в нескольких лекарственных формах). В группу А (по кумулятивному проценту) вошел 21 препарат. При соотнесении этих лекарств с категориями жизненной важности установлено, что 50 % из них могут быть отнесены к группам витальных и необходимых. В классе В находилось 30 % симптоматических лекарств; второстепенных препаратов группы С — 15%.

Таким образом, при лечении ВП почти в трети случаев отмечен дисбаланс в назначении антибиотиков, что свидетельствует о нерентабельном использование финансовых ресурсов. Только 70% денежные средства расходуются на препараты, рекомендованные национальными стандартами.

Таким образом, применение клинико-экономического анализа позволяет оптимизировать лекарственную терапию и повышать уровень медицинского обслуживания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике: Пособие для врачей. // Под ред. А.Г. Чучалина. — М., 2010. — 56 с.

2. *Вялков А.И., Катлинский А.В., Воробьев П.А.* Стандартизация, фармакоэкономика и система рационального лекарственного обеспечения населения. // Пробл. стандарт. в здравоохр. — 2000. — №4. — С. 3-6.

3. *Зырянов С.К., Белоусов Ю.Б.* ABC/VEN-анализ: Методические рекомендации. — М., 2004. — 15 с.

4. ОСТ «Клинико-экономические исследования. Общие положения» 91500.14.0001-2002 // Пробл. стандарт. в здравоохр. — 2002. — №5. — С. 55-67.

5. *Танковский В.Э., Шамшурина Н.Г., Котяцкая Е.Е., Григорьев С.В.* Методы экономических оценок в практике здравоохранения (опыт фармакоэкономики). // Экономика здравоохр. — 2001. — №9. — С. 23-26.

6. Evidence-Based Health Care / J.A. Muir Gray. — 1997.

7. *Kobelt G.* Методы фармакоэкономического анализа: полезность затрат. // Клинич. фармакология и терапия. — 1999. — Т.8, №3. — С. 60-64.

Информация об авторах: 664079, Иркутск, м-н Юбилейный, 100, ИГИУВ, тел.: (3952) 467116;
e-mail: nadverlan@mail.ru
Верлан Надежда Вадимовна — д.м.н., доцент, заведующий кафедрой,
Яворская Елена Николаевна — ассистент,
Ковыршина Анастасия Николаевна — заместитель директора по лечебной работе

© ЛЕЛЯВИН К.Б., ДВОРНИЧЕНКО В.В., ТАРАНЕНКО А.В. — 2011

УДК 616.65-006.6-036.22

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНЦИДЕНТАЛЬНОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНУЮ ЦИСТПРОСТАТЭКТОМИЮ

Кирилл Борисович Лелявин, Виктория Владимировна Дворниченко, Андрей Валентинович Тараненко
(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах,
кафедра онкологии, зав. — д.м.н., проф. В.В. Дворниченко)

Резюме. Рак предстательной железы — одно из наиболее часто встречающихся новообразований у мужчин среднего и пожилого возраста. Целью данной работы является исследование заболеваемости инцидентальным раком простаты у пациентов, которым была выполнена радикальная цистпростатэктомия по поводу рака мочевого пузыря**.** Мы ретроспективно оценили 220 пациентов мужского пола, которым была выполнена радикальная цистпростатэктомия в период с января 2000 года по декабрь 2010 года. Всего за этот период было выполнено 277 радикальных цистэктомий. Инцидентальный рак простаты был выявлен в 27 (12,3%) препаратах после цистпростатэктомии.

Ключевые слова: Инцидентальный рак предстательной железы, рак простаты, рак мочевого пузыря, цистпростатэктомия.

PREVALENCE OF INCIDENTAL PROSTATE CANCER IN PATIENTS AFTER RADICAL CYSTOPROSTATECTOMY

K.B. Lelyavin, V.V. Dvornichenko, A.V. Taranenko
(Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education)

Summary. Cancer of prostate is one of the most often revealing new growths in men of an average and advanced age. The objective of this work is to investigate the incidence of incidental prostate cancer in patients who underwent radical cystoprostatectomy for invasive bladder carcinoma. We retrospectively assessed 220 male patients, who underwent radical cystoprostatectomy between January 2000 and December 2010. A total of 277 radical cystectomies had been done during this period. Incidentally detected cancer was found in 27 (12,3%) of cystoprostatectomy specimens.

Key words: incidental cancer, prostate cancer, bladder cancer, cystoprostatectomy.

Рак предстательной железы (РПЖ) — одна из важных проблем онкоурологии, ставшая в начале XXI века одной из распространенных болезней мужского населения в большинстве стран мира [7, 21]. Рост заболеваемости РПЖ достигает 3% в год, что позволяет прогнозировать удвоение числа регистрируемых случаев к 2030 году [1, 12].

К важным биологическим особенностям РПЖ относится наличие так называемых «латентных» опухолей, которые характеризуются выявленными (по данным морфологического исследования ткани предстательной железы) структурами злокачественной опухоли при полном отсутствии клинических проявлений болезни. Частота обнаружения очагов латентного рака составляет для мужчин 50 лет 15-30% и, существенно увеличиваясь с возрастом, достигает 75% у 80-летних [22]. По данным аутопсийного материала латентный РПЖ встречается у 30-40% мужчин старше 50 лет.

Истинным инцидентальным РПЖ («true» incidental prostate cancer) — РПЖ [8] принято считать рак, выявленный при морфологическом исследовании ткани предстательной железы, удаленной во время хирургического вмешательства, в случаях, когда данные дооперационного обследования: результаты пальцевого ректального исследования, величина простатического специфического антигена (ПСА) и трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ) не позволяли заподозрить РПЖ.

В свою очередь радикальная цистпростатэктомия (РЦПЭ) по поводу рака мочевого пузыря (РМП), которая является стандартным методом хирургического лечения последнего у мужчин, дает уникальную возможность для изучения частоты и морфологических особенностей истинного инцидентального РПЖ [10, 17]. По классификации TNM инцидентальному РПЖ соответствуют две стадии: T1a и T1b.

Инцидентальный РПЖ является распространенным заболеванием среди мужчин, страдающих от аденомы простаты, и составляет 8-9% [4]. Однако, частота выявления инцидентального РПЖ после РЦПЭ значительно варьирует в разных странах и зависит от возраста больного, методики морфологического исследования и квалификации патолога. По данным О.Н.Васильева, М.И Когана (2009), С.А.Красного и соавт. (2009) случаи инцидентального РПЖ после проведения РЦПЭ были отмечены у 13,5-20,0% больных РМП с различной стадией опухолевого процесса [2, 3]. По данным других исследователей частота встречаемости инцидентального РПЖ составляла от 10 до 60% [9, 13, 18]. В исследованиях S.H. Lee и соавт. (2006) инцидентальный РПЖ был обнаружен у 4,03% больных радикально оперированных по поводу РМП [16]. Аналогичные исследования проводились R. Mazzucchelli и соавт. (2009), при ретроспективном анализе данных морфологического исследование предстательной железы (ПЖ) после РЦПЭ у 20% пациентов из 248 больных раком мочевого пузыря был обнаружен клинически значимый инцидентальный РПЖ [18]. Частота обнаружения инцидентального РПЖ по результатам M.P. Revelo и соавт. (2004) составила 48% (20). Выявляемость очагов инцидентального РПЖ отличается у различных этнических групп населения. В странах Азии отмечается низкий уровень заболеваемости (1,6/100 тыс. нас.) и высокий показатель (18,6/100 тыс. нас.) в Филиппинах [14]. Высокий уровень инцидентального РПЖ после РЦПЭ отмечается в Европе, США и составляет до 60% [23].

Актуальность проблемы инцидентального РПЖ подтверждается высокой частотой его обнаружения у пациентов, страдающих РМП, и возможными непредсказуемыми последствиями прогрессирования раковой болезни. К сожалению, по доступным нам литературным источникам нельзя сделать однозначный вывод о распространенности, соотношении форм $T1_a$ и $T1_b$ инцидентального РПЖ у больных РМП, перенесших радикальную цистпростатэктомию.

Цель работы: оценить частоту и морфологические особенности инцидентального рака предстательной железы, выявленного после радикальной цистпростатэктомии у больных, оперированных по поводу рака мочевого пузыря.

Материалы и методы

Исследование выполнено на основе анализа результатов обследования и лечения пациентов с раком мочевого пузыря, находившихся в урологическом отделении ГУЗ «Иркутский областной онкологический диспансер» с января 2000 г. по декабрь 2010 г.

Всего за этот период хирургическое лечение оказано 1355 больным РМП с различной стадией опухолевого процесса. Радикальная цистэктомия с различными видами деривации мочи выполнена 277 (20,4%) пациентам. Из них у 232 (83,7%) пациентов мужского пола была выполнена радикальная цистпростатэктомия, среди которых, наибольшее количество составили больные старшей возрастной группы, находившейся в диапазоне от 61-70 лет (29,7%), что соответствует данным литературы и является типичным для РМП (5, 6). Далее следовала возрастная группа от 71-80 лет (25%) и на третьей позиции были больные в возрасте от 51-60 лет (20,6%). При этом средний возраст оперированных мужчин был равен 57,0±0,8 лет (min — 30 лет, max — 84 года, интерквартильный диапазон от 58 до 69 лет). Стадии РМП у больных перенесших РЦПЭ были: T1N0M0 —

у 14 (6,4%), T2N0M0 — у 105 (47,7%), T3N0M0 — у 36 (16,4%), T4aN0M0 — у 27 (12,3%), T3-4aN1-2M0 — у 38 (17,2%) больных. Переходно-клеточный РМП верифицирован — у 206 (93,6%), плоскоклеточный — у 9 (4,1%), железисто-плоскоклеточный — у 3 (1,4%), аденокарцинома — у 2 (0,9%) больных. Высокая, умеренная и низкая степень дифференцировки определены у 114 (51,8%), 40 (18,2%) и 66 (30,0%) больных, соответственно.

Перед операцией всем больным выполнялось пальцевое ректальное исследование (ПРИ), определение уровня простат-специфического антигена (ПСА) в сыворотке крови, ТРУЗИ, компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Показаниями к полифокальной биопсии ПЖ служили: повышение уровня ПСА ≥ 4 нг/мл; патологические изменения при ПРИ; патологические изменения при ТРУЗИ ПЖ. У 12 (5,2%) больных перед операцией был выявлен первично-множественный РМП и предстательной железы. В настоящее исследование эта категория больных не включалась.

Непосредственным объектом данного исследования стали 220 мужчин без клинических признаков РПЖ до операции. Показаниями к РЦПЭ считали: немышечно-инвазивный РМП низкой степени дифференцировки (стадия T_1G_3) или рак in situ; опухоли резистентные к интравезикальной терапии (стадия T_a, G_3 или рак in situ); мышечно-инвазивный переходноклеточный РМП; аденокарцинома, плоскоклеточный рак или саркома мочевого пузыря (МП). РЦПЭ осуществляли по стандартной методике: у всех больных удаляли мочевой пузырь, ПЖ с семенными пузырьками, а также выполняли тазовую лимфаденэктомию. После операции морфологически исследовали удаленный МП, подвздошные лимфатические узлы с обеих сторон, ткань ПЖ и семенных пузырьков, край уретры, парапростатические ткани — по показаниям, после чего определялась патоморфологическая стадия по системе TNM. Морфологическое исследование препаратов ПЖ проводилось с использованием стандартных гистологических красителей (гематоксилин и эозин). Толщина парафиновых срезов, выполненных на роторном микротоме серийно-ступенчатым методом, составила 3-4 мкм. Предварительно материал фиксировали в 10% нейтральном формалине в течение 24 часов. По результатам исследования оценивали частоту инцидентального РПЖ, тяжелой ПИН, рака in situ, а также наличие сопутствующей уротелиальной карциномы in situ простатического отдела уретры. Простату условно разделяли на зоны по McNeal [19]. Данную схему использовали как при регистрации данных биопсии, так и при регистрации результатов исследования операционного материала. Морфологический диагноз выставлялся в соответствии с Международной статистической классификацией болезней X пересмотра (МКБ X). Степень дифференцировки опухолевых клеток осуществляли полуколичественным методом с вычислением суммарного коэффициента — суммы Глисона [11, 15]. РПЖ считали прогностически «клинически значимым» при наличии следующих признаков: объем опухоли ≥ 0,5 см^3; сумма Глисона ≥ 4; позитивный уретральный хирургический край; экстрапростатическое распространение; инвазия в семенные пузырьки и метастазы в лимфатические узлы.

У всех пациентов было получено добровольное информированное согласие на проведение исследования и гарантировано лечение выявленных форм инцидентального РМП с доказанной эффективностью.

Для статистического анализа создана ретроспективная выборочная совокупность карт выбывших из стационара пациентов. Полученные данные обработаны методом вариационной статистики. Расчёты проводили по стандартным формулам математической статистики, с использованием только измеренных данных (отсутствующие значения исключали из расчётов и не учитывали при формировании заключений). Для всех исследуемых признаков, определены минимальные и максимальные значения, средние величины, стандартная ошибка средней величины, среднее квадратичное отклонение. Во всех случаях сравнения результаты различий считались статистически значимыми при уровне $p<0,05$. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение

Установлено, что тяжелая ПИН или рак in situ верифицированы у 5 (2,3%) из 220 больных перенесших РЦПЭ по поводу РМП. Инцидентальный РПЖ выявлен у 27 (12,3%) пациентов. Средний возраст больных с морфологически верифицированным инцидентальным РПЖ составил 69,47±2,03 года (55-84 лет), без РПЖ 62,4±4,4 года ($p>0,05$). Следует подчеркнуть, что инцидентальный РПЖ выявлялся значительно чаще (66,7%) у пациентов с более высокой стадией (T_{3-4}) РМП, однако данный результат оказался статистически не значимым ($p=0,08$). Опухоль, ограниченная мочевым пузырем (pT_{1-2}, pN_0M_0), была выявлена в 9 (33,3%) случаях. У 18 (66,7%) пациентов опухоль распространялась за пределы органа (прорастание опухоли в жировую клетчатку или соседние органы, либо метастазы в регионарных лимфатических узлах или отдаленные метастазы). Метастатическое поражение регионарных лимфоузлов (pN1-3) выявлено у 3 больных. Первичная РЦПЭ была выполнена у 13 (48,1%) больных с впервые установленным диагнозом злокачественной опухоли МП. В 14 (51,9%) случаях, когда имелись следующие виды осложнений: некупирующееся кровотечение, диагностированный гидронефроз, острый пиелонефрит, хроническая почечная недостаточность, нарастающая раковая интоксикация, острая задержка мочеиспускания выполнялась спасительная РЦПЭ. Метод деривации у каждого больного выбирался индивидуально. У больных инцидентальным РПЖ и РМП выполнены следующие виды пластических операций: Бриккера — у 9, Штудера — у 3, Майнц-Пауч II — у 1 больного. Уретерокутанеостомия — у 13, уретеросигмостомия — у 1 больного.

Средний уровень ПСА до операции у пациентов с инцидентальным РПЖ и без него был 2,7±2,4 нг/мл и 1,86±1,3 нг/мл, соответственно ($p>0,05$). Инцидентальный РПЖ стадии $T1_bN_0M_0$ был выявлен у 24 (88,8%) и $T2_aN_0M_0$ у 3 (11,1%) больных. Анализ результатов морфологического исследования тканей ПЖ показал, что аденокарцинома была диагностирована у всех больных с инцидентальным РПЖ. По данным морфологического исследования операционного материала степень злокачественности инцидентального РПЖ по шкале Глисона составила 2-4 балла — у 12 (44,4%), 5-6 балла — у 8 (29,6%) и 7 баллов — у 7 (25,9%) пациентов. Объем опухоли ПЖ был ≤ 0,5 см^3 – у 19 (70,3%); ≥ 0,5 см^3 — у 8 (29,6%). Средний объем опухоли ПЖ составил 0,16±0,38 см^3. У оперированных больных позитивного хирургического края не было выявлено. При изучении протоколов гистологического исследования удаленных препаратов ПЖ установлено: диффузное поражение — у 4 (14,8%), полифокальное — у 2 (7,4%), монофокальное — у 21 (77,7%) больного. У 23 (85,1%) пациентов инцидентальный РПЖ локализовался в периферической зоне, у 3 (11,1%) — в центральной, а у одного пациента были вовлечены все три зоны. Инцидентальный РПЖ был признан прогностически «клинически значимым» у 8 (29,6%) больных.

Инцидентальный рак предстательной железы диагностировался у 12,3% мужчин страдающих раком мочевого пузыря и перенесших радикальную цистпростатэктомию. По нашим данным инцидентальный РПЖ является распространенным заболеванием среди мужчин, страдающих РМП. Значительно чаще (78%) карцинома ПЖ выявлялась у пациентов с более высокой стадией РМП (T_{3-4}). У 88,8% оперированных пациентов

инцидентальный РПЖ был в стадии $T1_bN_0M_0$, что согласуется с данными других исследователей [16, 18, 20]. Наши данные подтверждают необходимость простатэктомии в ходе радикальной цистэктомии по поводу рака мочевого пузыря с мышечной инвазией. Всех пациентов с инцидентальным РПЖ следует отнести в группу с повышенным риском рецидива РПЖ и осуществлять регулярное диспансерное наблюдение в соответствии с рекомендациями Европейской ассоциации урологов (EAU, 2010).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аполихин О.И., Сивков А.В., Бешлиев Д.А.* Анализ уронефрологической заболеваемости в Российской Федерации по данным официальной статистики. // Экспериментальная и клиническая урология. — 2010. — №1. — С.4-11.
2. *Васильев О.Н., Коган М.И.*Онкологические результаты после первичной радикальной цистэктомии и цистэктомии спасения при инвазивном раке мочевого пузыря и наличии метастазов в регионарные лимфатические узлы // Материалы IV конгресса Российского общества онкоурологов. — М., 2009. — С.81.
3. *Красный С.А., Суконко О.Г., Поляков С.Л.* Радикальная цистэктомия в лечении злокачественных опухолей мочевого пузыря. // Онкологический журнал — 2009. — Т.3. №4 (12) — С.7-15.
4. *Марисов Л.В., Винаров А.З.* Инцидентальный рак предстательной железы. // Онкоурология. — 2008. — №1. — С.59-62.
5. *Матвеев Б.П., Фигурин К.М., Карякин О.Б.* Рак мочевого пузыря. — М., 2001. — 243 с.
6. *Переверзев А.С.* Рак мочевого пузыря. Современное состояние проблемы. // Межд. мед. журн. — 2000. — №1. — С. 68-75.
7. *Переверзев А.С.*, Коган М.И. Рак простаты. — Харьков: Факт, 2004. — 231 с.
8. *Argyropoulos A., Doumas K., Farmakis A., et al.* Characteristics of patients with stage T1b incidental prostate cancer // Scand. J. Urol. Nephrol. — 2005. — Vol. 39(4). — P. 289-293.
9. *Autorino R., Di Lorenzo G., Damiano R., et al.* Pathology of the prostate in radical cystectomy specimens: a critical review [published online ahead of print August 28, 2008]. Surg Oncol. In press.
10. *Barbisan F., Mazzucchelli R., Santinelli A., et al.* Overexpression of ELAV-like protein HuR is associated with increased COX-2 expression in atrophy, high-grade prostatic intraepithelial neoplasia, and incidental prostate cancer in cystoprostatectomies. // Eur. Urol. — 2008. — Vol. 53. — P. 623-624.
11. *Bostwick D.G., Grignon D., Amin M.B. et al.* Prognostic factors in prostate cancer: College of American Pathologists consensus statement 1999 // Arch. Pathol. Lab. Med. — 2000. — Vol. 124. — P. 995-1000.
12. *Boyle P., Maisonneuve P., Napalkov P.* Incidence of prostate cancer will double by the year 2030: arguments // Europ. J. Urol. — 1996. — Vol. 29 (suppl.2). — P. 3 — 9.
13. *Damiano R., Di Lorenzo G., Cantiello F., et al.* Clinicopathologic features of rostate adenocarcinoma incidentally discovered at the time of radical cystectomy: an evidence-based analysis. //Eur. Urol. — 2007. — Vol. 52. — P. 648-657.
14. *Ferlay J., Bray F., Pisani P., Parkin D.M.* GLOBOCAN 2002. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC CancerBase no. 5, version 2.0 [data on CD-ROM]. — Lyon, France: IARC Press, 2004.
15. *Gleason D.F.* Classification of prostatic carcinomas // Cancer Chemother. Rep. — 1966. — Vol. 50. — P. 125-128.
16. *Lee S.H., Chang P.L., Chen S.M., et al.* Synchronous primary carcinomas of the bladder and prostate. //Asian. J. Androl. — 2006. — Vol. 8. — P. 357-359.
17. *Liedberg F., Chebil G., Davidsson T., et al.* Transitional cell carcinoma of the prostate in cystoprostatectomy specimens. // Aktuelle Urol. — 2003. — Vol. 34. — P. 333-336.
18. *Mazzucchelli R., Barbisan F., Scarpelli M., et al.* Is Incidentally Detected Prostate Cancer in Patients Undergoing Radical Cystoprostatectomy Clinically Significant? //Am. J. Clin. Pathol. — 2009. — Vol.131. — P. 279-283
19. *Mcneal J.E.* The zonal anatomy of the prostate // Prostate. — 1981. — V.2. — P. 35-49.
20. *Revelo M.P., Cookson M.S., Chang S.S., et al.* Incidence and location of prostate and urothelial carcinoma in prostates from cystoprostatectomies: implications for possible apical sparing surgery.// J. Urol. 2004;171:646-651.
21. *Ruijter E., van De Kaa C., Miller G., et al.* Molecular genetics and epidemiology of prostate carcinoma // Endocrin. Rev. — 1999. — Vol. 20. — P. 22-45.
22. *Tenke P., Horti J., Balint P., Kovacs B.* Prostate Cancer Screening // Recent Results in Cancer Research / Ed. P.M. Schlag, H.J. Senn. — Springer Verlag Berlin Heidelberg, 2007. — Vol. 175. — P. 65-81.
23. *Winkler M.H., Livni N., Mannion E.M., et al.* Characteristics of incidental prostatic adenocarcinoma in contemporary radical cystoprostatectomy specimens // B.J.U. international. — 2007. — Vol. 99. — P. 554-558.

Информация об авторах: 664000, г. Иркутск, ул. Фрунзе, 32, раб. (3952) 777323, e-mail: LelyavinK@rambler.ru
Лелявин Кирилл Борисович — заведующий отделением, к.м.н.,
Дворниченко Виктория Владимировна — главный врач, заведующий кафедрой, д.м.н., профессор.
Тараненко Андрей Валентинович — врач-морфолог.

© ПЕТРУНЬКО И.Л. — 2011
УДК 616.71/.74-036.2/.865(571.53)

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬЮ ПРИ БОЛЕЗНЯХ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Ирина Леонидовна Петрунько
(Иркутский институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра медицинской экспертизы, зав. — к.м.н., доц. И.Л. Петрунько; ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Иркутской области», руководитель — главный эксперт по МСЭ — к.м.н. Л.Г. Гаркуша)

Резюме. Изучена заболеваемость с временной нетрудоспособностью (ВН) в Иркутской области при болезнях костно-мышечной системы и системных заболеваниях соединительной ткани (БКМС) в 2001-2010 гг., в т.ч. при ревматоидном артрите. БКМС в структуре ВН в днях и случаях все анализируемые годы стойко занимают 3-е место. Минимальный уровень за последнее десятилетие как в днях, так и в случаях зафиксирован в 2005 г. (90,2 и 6,5), а затем он повышался и достиг максимального в 2010 г. (137,6 и 10,1 соответственно на 100 работающих) при снижении временной нетрудоспособности по строке формы 16 ВН «по всем заболеваниям». Это подчеркивает социальную значимость БКМС и возрастающий ущерб от них.

Ключевые слова: болезни костно-мышечной системы, ревматоидный артрит, временная нетрудоспособность.

MORBIDITY WITH TEMPORARY DISABILITY IN DISEASES OF MUSCULOSKELETAL SYSTEM IN IRKUTSK REGION