

инцидентальный РПЖ был в стадии T_{1b}N₀M₀, 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 пациен-

тов 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., Бишлиев Д.А. Анализ уро-нефрологической 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., Doulas 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 prostate 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

Summary. In Irkutsk Region the morbidity with temporary disability in diseases of musculoskeletal system and diseases of connective tissue (including rheumatoid arthritis) was studied for 2001 — 2010 years. Diseases of musculoskeletal system and connective tissue diseases took the third place in the structure of temporary disability in the days and cases during analyzed years. During the last decade minimum level as in days, and in cases was reported in 2005 (90.2 and 6.5), and then it increased and reached its maximum in 2010 (137.6 and 10.1, respectively, per 100 employees) with a decrease in temporary disability in the line “regarding all disease” of the form 16 VN. This underlines the social significance of diseases of musculoskeletal system and connective tissue diseases and increasing damage caused by them.

Key words: diseases of musculoskeletal system, rheumatoid arthritis, temporary disability.

Заболеваемость с временной нетрудоспособностью (ВН) является важнейшим показателем общественного здоровья работающего населения: [1].

Болезни костно-мышечной системы — важная медико-социальная проблема в связи с широкой распространенностью, частой временной нетрудоспособностью и инвалидностью в основном у лиц трудоспособного возраста, что приводит к значительным экономическим потерям общества [3, 5, 6].

Одной из целей национального проекта «Здоровье» было снижение заболеваемости с ВН [4] благодаря принятию мер по раннему выявлению заболеваний, первичной и вторичной их профилактике путем дополнительной диспансеризации работающих граждан и пропаганде здорового образа жизни, деятельности созданных центров «Здоровье».

Цель работы: изучение заболеваемости с ВН в Иркутской области за 2001-2010 гг. при болезнях костно-мышечной системы и системных заболеваниях соединительной ткани (БКМС).

Материалы и методы

Анализировались формы статистических отчетов 16 ВН по Иркутской области за 2001 — 2010 г. г. Рассчитывалось количество дней, случаев ВН на 100 работающих, средняя длительность случая ВН [2] по всем заболеваниям, при БКМС, в т.ч. при ревматоидном артрите.

Определялось ранговое место БКМС в днях, случаях ВН, доля в процентах ВН при БКМС от заболеваемости по графе «всего по заболеваниям» формы статистического отчета 16 ВН. Эта доля и длительность случая ВН отдельно рассчитана у мужчин и у женщин.

Результаты и обсуждение

Несмотря на реализацию национального проекта «Здоровье» в Иркутской области с 2005 г. отмечался рост заболеваемости с временной утратой трудоспособности по всем причинам, по заболеваниям, по уходу с максимумом в 2009 г.. Так рост ВН по заболеваниям как в случаях, так и в днях был в 1,2 раза на 100 работающих с 2005 по 2009 г.

И только в 2010 г. благодаря предпринятым мерам отмечены положительные тенденции в сохранении трудового потенциала работающих граждан Иркутской области, снизилась ВН в связи с заболеваниями.

В области улучшилось качество медицинской помощи, проведена диспансеризация работающих граждан с целью раннего выявления и лечения заболеваний, что позволяет предупредить ВН.

Кроме того, был усилен ведомственный и вневедомственный контроль за экспертизой временной нетрудоспособности (ЭВН) на всех уровнях. Была разработана методика проверки ее состояния в медицинских учреждениях. Лечащие врачи прошли обучение, а медицинские учреждения пролицензированы по экспертизе ВН.

БКМС в структуре ВН в днях в Иркутской области все анализируемые годы стойко занимают 3-е место, уступая только травмам и отравлениям, болезням органов дыхания, причем минимальный уровень за последние годы зафиксирован в 2005 г. (90,2), а затем он по-

вышался и достиг максимального в 2010 г. (137,6 на 100 работающих). Доля дней ВН по БКМС от дней при всех заболеваниях тоже была минимальной в 2005 г. (11,5%), а максимальной — в 2010 г. (15,3%).

В случаях на 100 работающих БКМС в структуре ВН в Иркутской области все анализируемые годы также стойко занимают 3-е место, уступая только болезням органов дыхания, травмам и отравлениям. Минимальный уровень за последние годы при БКМС также как и дней был зафиксирован в 2005 г. (6,5), а затем он повышался и достиг максимального в 2010 г. (10,1 на 100 работающих). Доля случаев ВН по БКМС в структуре всех случаев в процентах по строке формы статистического отчета 16ВН «всего по заболеваниям» была минимальной в 2004 г. (10,8%), а максимальной — в 2010 г. (15,0%).

Таблица 1

Заболеваемость с временной нетрудоспособностью при БКМС (Иркутская область, 2001-2010 гг., дни, случаи на 100 работающих, средняя длительность случая)

Год	Дни на 100 работающих	Случаи на 100 работающих	Средняя длительность случая ВН
2001	117,2	8,0	15,4
2002	104,2	7,3	14,2
2003	124,8	8,8	14,1
2004	112,4	8,0	13,9
2005	90,2	6,5	13,7
2006	101,7	7,4	13,8
2007	109,9	8,2	13,4
2008	120,1	9	13,3
2009	111,5	9,5	13,6
2010	137,6	10,1	13,6

Средняя длительность случая ВН при БКМС была максимальной в 2001 г. (15,4 дня) с последующим снижением, а минимальной в 2008 г. (13,3 дня) (табл. 1). Уменьшение средней длительности случая ВН при БКМС можно объяснить улучшением качества диагно-

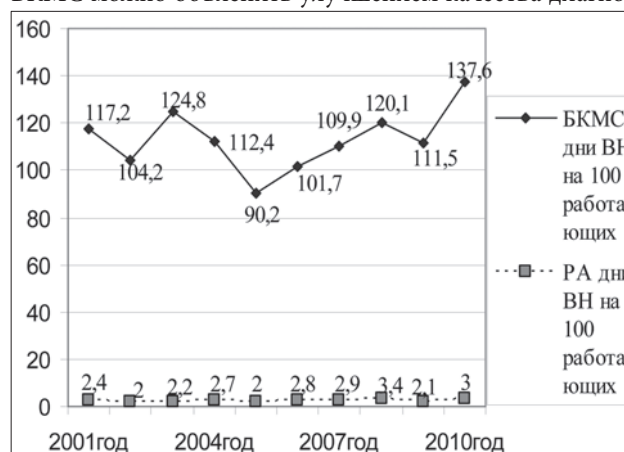


Рис. 1. Временная нетрудоспособность при БКМС и ревматоидном артрите в днях на 100 работающих (Иркутская область, 2001 — 2010 гг.)

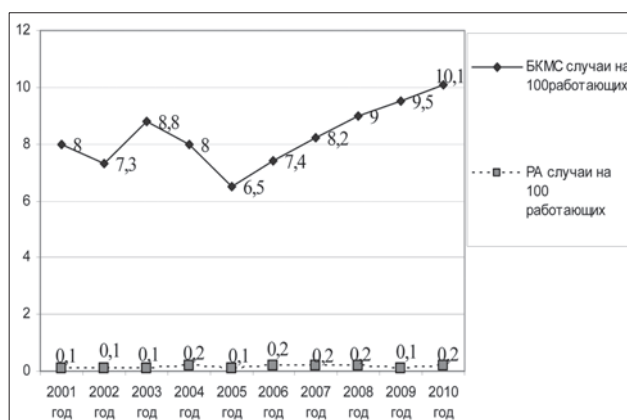


Рис. 2. Временная нетрудоспособность при БКМС и ревматоидном артрите в случаях на 100 работающих (Иркутская область, 2001-2010 гг.)

стики и лечения в связи с внедрением новых методов и их интенсификацией.

Сравнивались средняя длительность случая ВН при БКМС и всех заболеваниях. Оказалось, что при БКМС до 2005 г. она была выше, чем по графе ф.16ВН «всего по заболеваниям», а в 2006-2008 гг. стала несколько ниже, но с 2009 г. вновь превысила показатель при всех заболеваниях (13,5 дня и 13,1; 2010 г. — 13,6 и 13,3 соответственно).

Нами проанализирована доля в процентах дней и случаев и средняя длительность случая ВН вследствие БКМС у женщин и мужчин. Интенсивные показатели ВН раздельно у мужчин и женщин подсчитать не представляется возможным, т.к. Госкомстат не представляет данные о количестве работающих мужчин и женщин.

Доля дней ВН вследствие БКМС была наибольшей у мужчин в 2001 г. (54,2%), в последующие годы она снижалась и минимальной стала в 2010 г. (48,6%). У женщин, соответственно, минимальная доля дней ВН вследствие БКМС была в 2001 г., а наибольшая доля дней зафиксирована в 2010 г.

Доля случаев ВН вследствие БКМС была также как и дней наибольшей у мужчин в 2001 г. (53,8), затем снижалась и стала минимальной в 2010 г. (48,7%). У женщин динамика доли случаев ВН вследствие БКМС была обратной, т.е. минимальная доля дней ВН была в 2001 г. (46,2%), а максимальная — в 2010 г. (51,3%).

При анализе средней длительности случая ВН раздельно у мужчин и женщин оказалось, что в 2002-2009 г. у женщин она была выше, чем у мужчин. Максимальное превышение было в 2005 г. (на 0,8 дня), в 2002 — 2003 г. г. (на 0,7 дня). В последующие годы разница была меньше и в 2010 г. средняя длительность случая ВН у мужчин и женщин сравнялась (13,6 дня).

Нами высчитывалась раздельно у мужчин и женщин за 10 лет доля (в %) дней и случаев ВН вследствие БКМС от числа дней и случаев ВН при всех заболеваниях.

При раздельном анализе этого показателя у мужчин и женщин установлено, что у мужчин все годы

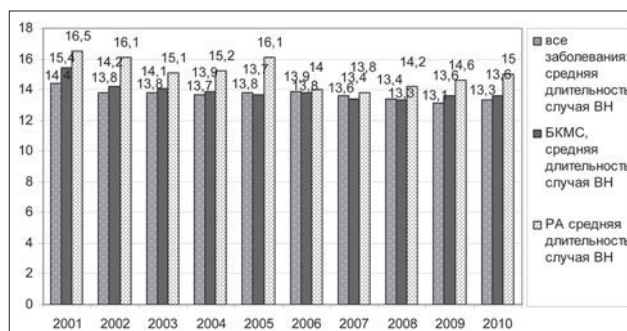


Рис. 3. Средняя длительность случая временной нетрудоспособности (в днях) при РА, БКМС и всех заболеваниях (2001-2010 гг., Иркутская область)

доля дней вследствие БКМС от числа дней при всех заболеваниях была больше, чем у женщин и больше, чем суммарно у обоих полов (кроме 2004 г.). Максимальное превышение доли дней ВН на 1,9% у мужчин было в 2007 г. Наивысшей эта доля была в 2010 г. как у мужчин (16,1%), так и у женщин (14,6%). Минимальная доля дней ВН по БКМС от дней при всех заболеваниях у мужчин зафиксирована в 2005 г. (12,7%), у женщин — в 2006 г. (12,2%).

При определении доли случаев ВН вследствие БКМС от числа случаев при всех заболеваниях в динамике оказалось, что эта доля была все анализируемые годы, также как и дней, больше у мужчин. Максимальной эта доля была в 2010 г. как у мужчин, так и у женщин (16,8% и 15,0% соответственно). Минимальная доля случаев ВН вследствие БКМС от числа случаев при всех заболеваниях зафиксирована у мужчин в 2005 г. (13,7%), а у женщин — в 2001 г. (10,9%). У женщин эта доля была меньше, чем у обоих полов суммарно.

Нами также изучена ВН в Иркутской области при ревматоидном артрите (РА). Оказалось, что при РА наиболее высокий уровень ВН в днях (3,4 на 100 работающих) был в 2008 г. Минимальные показатели — в 2002 г. и в 2005 г. (2,0 на 100 работающих) (рис. 1).

Количество случаев ВН при РА в анализируемые годы колебалось от 0,1 до 0,2 на 100 работающих. В 2010 г. количество случаев на 100 работающих было 0,2 (рис. 2).

Доля дней ВН вследствие РА от числа дней ВН вследствие всех БКМС была максимальной в 2006 г. и в 2008 г. г. и составляла 2,8%. В остальные годы эта доля колебалась от 1,8 до 2,6%.

Доля случаев ВН вследствие РА от числа случаев ВН вследствие всех БКМС колебалась от 1,1 (2003 г. и 2009 г.) до 2,7% (2006 г., 2008 г.). В 2010 г. была 2,0%. Средняя длительность случая временной нетрудоспособности в Иркутской области при РА в 2001-2010 гг. была выше, чем при всех БКМС.

Наибольший показатель (16,5 дней) у работающих граждан был при РА зафиксирован в 2001 г., в 2002 г. и 2005 г. он был 16,1 дней, а в последующие годы средняя длительность случая временной нетрудоспособности при РА снизилась. В 2010 г. средняя длительность случая была 15,0 дней (рис. 3).

При анализе раздельно у мужчин и женщин средней длительности случая временной нетрудоспособности при РА установлено, что все годы (2001-2010 гг.) она была у женщин больше, чем у мужчин. Превышение составляло от 0,3 дня в 2003 г. до 1,9 дней в 2004 г. В 2010 г. длительность случая ВН у женщин выросла по сравнению с 2009 г. с 15,3 до 15,6 дней (рис. 4).

Таким образом, БКМС в структуре ВН как в днях, так и в случаях в Иркутской области все анализируемые годы стойко занимают 3-е место.

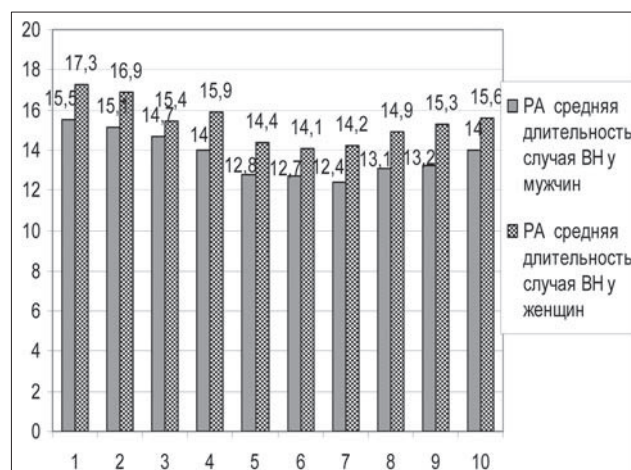


Рис. 4. Средняя длительность случая ВН при РА у мужчин и женщин (Иркутская область, 2001 — 2010 г. г.)

Если по строке статистической отчетной формы 16ВН «всего по заболеваниям» в 2010 г. отмечено снижение показателей на 100 работающих как в днях, так и в случаях, то при БКМС зафиксирован значительный рост показателей: в днях — на 26,1 дня, т.е. на 23,4% (со 111,5 до 137,6 дней) по сравнению с уровнем 2009 г., в случаях — рост на 6,3% (с 9,5 до 10,0 случаев на 100 работающих соответственно).

Средняя длительность случая ВН при БКМС с 2009 г. превысила этот показатель при всех заболеваниях суммарно.

Гендерной особенностью ВН при БКМС является более высокая доля у мужчин случаев и дней ВН вследствие БКМС от числа случаев и дней при всех заболеваниях. Максимальной эта доля в случаях была в 2010 г. как у мужчин, так и у женщин (16,8% и 15,0% соответственно) от всех заболеваний.

Средняя длительность случая временной нетрудоспособности в Иркутской области при РА в 2001-2010 гг. была выше, чем при всех БКМС.

Все вышеуказанное указывает на увеличившуюся медико-социальную значимость БКМС и ущерб от них.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение. — 3-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 544 с.

2. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. — М.: Проффессионал, 2009. — 430 с.

3. Насонова В.А. Международная декада, посвященная костно-суставным нарушениям. // Русский медицинский журнал. — М., 2000. — №9. — С. 369-371.

4. Основные цели приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения. Исследовано в России [Электронный ресурс]: Совет при Президенте России по реализации приори-

тетных национальных проектов и демографической политике. Современное здравоохранение. Приоритетный национальный проект «Здоровье», 7.08.2007. — Режим доступа: <http://www.rost.ru/projects/health/p01/p13/a13.shtml>, свободный

5. Шеметова Г.Н. Инвалидность вследствие болезней костно-мышечной системы. // Здравоохранение РФ. — М. — 2004. — №4. — С. 31-33.

6. Фоломеева О.М., Дубнина Т.В., Лошкова Е.Ю. Заболеваемость населения России ревматическими болезнями в начале нового столетия // Терапевтический архив. М. — 2003. — № 5. — С. 5-9.

Информация об авторах: 664049, Иркутск, м-н Юбилейный, 100, корпус ГИУВа,

тел. (3952)33-33-41, e-mail: petrunkoirina@mail.ru

Петрунько Ирина Леонидовна — заведующий кафедрой, к.м.н., доцент

© КОВАЛЬСКАЯ Г.Н., МИХАЛЕВИЧ Е.Н. — 2011

УДК 615.014.24

ЭКСТЕМПОРАЛЬНОЕ ИЗГОТОВЛЕНИЕ ИНФУЗИОННЫХ СМЕСЕЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: РОССИЙСКИЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Галина Николаевна Ковальская, Екатерина Николаевна Михалевиц

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра фармации, зав. — д.ф.н., проф. Г.Н. Ковальская)

Резюме. Статья посвящена сравнительному анализу российского и зарубежного опыта экстемпорального изготовления инфузионных смесей в учреждениях здравоохранения.

Ключевые слова: инфузионные смеси, изготовление.

EXTEMPORAL PRODUCTION OF INFUSION MIXTURES AT HEALTHCARE ESTABLISHMENTS: RUSSIAN AND FOREIGN EXPERIENCE

G.N. Kovalskaya, E.N. Mihalevich

(Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education)

Summary. The paper presents the comparative analysis of Russian and foreign experience of extemporal production of infusion mixtures at healthcare establishments.

Key words: infusion mixtures, production.

Эффективность, безопасность и доступность лекарственных средств (ЛС) провозглашены Всемирной Организацией Здравоохранения как основные критерии качества оказания лекарственной помощи населению. Национальная политика Российской Федерации в области ЛС строится на основе действующих международных критериев и реализуется на практике в соответствии с Федеральным Законом РФ от 12 апреля 2010 г. №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» [1,9,13].

Известно, что в учреждениях здравоохранения стационарного типа значительное место занимает инъекционная фармакотерапия, в том числе комбинированного характера, но при этом вопрос о рациональном использовании ЛС для инъекций остается недостаточно изученным [3,10,11,12].

Наибольшее практическое значение проблема рациональной фармакотерапии имеет при совместном

введении ЛС в смеси в одном шприце и в инфузиях, которые обычно приготавливаются средним медицинским персоналом непосредственно перед введением больному.

Сложившийся в Российской Федерации порядок приготовления и использования сочетаний ЛС в одном шприце и в инфузиях не пересматривался в течение нескольких десятилетий, поэтому в настоящее время он не соответствует современным требованиям к эффективности и безопасности комбинированной фармакотерапии и не способствует ресурсосбережению в здравоохранении [5,7,8].

Действующая схема проведения комбинированной инфузионной фармакотерапии в учреждениях здравоохранения стационарного типа представлена на рис.1.

Анализ ситуации с изготовлением лекарственных смесей в одном шприце и в инфузиях в учреждениях здравоохранения позволяет выявить следующий алго-