

зовых этических принципов (включая принцип «не навреди») в угоду навязанным «правильным» процедурам. Недобросовестному врачу фетиш доказательной медицины дает возможность формально «спрятаться» за протоколами стандарта, не обращая внимания на объективные результаты лечения.

Список литературы

1. Sackett D.L., Rosenberg W.M., Gray J.A., Haynes R.B., Richardson W.S. (January 1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. – *BMJ* **312** (7023). – P. 71–72.
2. Goodman N.W. Who will challenge evidence based medicine? // *J R Coll Physicians Lond*– 1999. – №33. – P. 249-251.
3. Fitzpatrick M. The Tyranny of Health: Doctors and the Regulation of Lifestyle. Routledge. ISBN 0415235715.
4. Fitzpatrick Michael. Taking a political placebo. Spiked Online. – <http://www.spiked-online.com/index.php/site/article/5342/>. – Retrieved 2009-10-17.
5. Sing S and Ernst E (2008). Trick or Treatment? Bantam Press.
6. Friedman L.S., Richter E.D. (January 2004). Relationship between conflicts of interest and research results // *J Gen Intern Med*. – №19 (1). – P. 51–6.
7. Elstein A.S. On the origins and development of evidence-based medicine and medical decision making // *Inflamm. Res*. – 53 (Suppl 2). – S. 184-9.

ХРОМОГРАНИН А В ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ

Сайнога Т.В., Славинский А.А.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, e-mail: luu-tangri@mail.ru

Хромогранин А – белок с молекулярной массой 68 кД, принадлежащий к семейству гранинов из группы кислых растворимых гликопротеинов. При электронно-микроскопическом исследовании он выявляется в секреторных везикулах нейронов и эндокринных клеток. Маркер показывает высокую корреляцию с ультраструктурными признаками нейроэндокринной дифференцировки, причем в карциноидах отмечается большее количество хромогранин А-позитивных гранул, чем в мелкоклеточном раке. Настоящее исследование направлено на определение роли хромогранина А в иммуногистохимической диагностике нейроэндокринных опухолей легких, его специфичности и чувствительности для разных степеней злокачественности.

Исследование проведено на операционном и биопсийном материале, полученном от 184 пациентов Центра грудной хирургии Краснодарской краевой клинической больницы. В это число входили нейроэндокринные опухоли легких разной степени злокачественности и разных клинических стадий (56 случаев мелкоклеточного рака, 24 – атипичного и 59 типичного карциноида). В качестве контроля для определения специфичности маркера в исследовании включены 45 других карцином легкого без гистологических признаков нейроэндокринной дифференцировки (плоскоклеточный рак, аденокарцинома). Иммуногистохимическое

исследование осуществляли на парафиновых срезах толщиной 3-4 мкм авидин-биотин-пероксидазным методом по стандартной методике с использованием первичных антител к хромогранину А (клон ДАК-А3).

Всего исследовано 139 нейроэндокринных опухолей легкого. Все опухоли в соответствии с критериями ВОЗ были разделены на высоко-, умеренно- и низкодифференцированные. Кроме того, типичные и атипичные карциноиды были разделены на 3 клинические группы (Т1N0M0, Т2N0M0 и Т1-2N1M0) в соответствии с Международной классификацией по системе TNM. В нейроэндокринных опухолях различной степени злокачественности отмечалась неоднородность экспрессии хромогранина А, которая отличалась и по интенсивности, и по количеству позитивных клеток. В связи с этим нами разработана система оценки экспрессии маркера: интенсивность окраски оценивали от 0 до 2 баллов (отрицательная, слабопозитивная, интенсивно положительная), количество позитивных клеток – от 0 до 3 баллов (0; 1-10; 10-50 и 50-100% положительных клеток соответственно). Полученные баллы суммировали для каждого случая. При определении чувствительности и специфичности маркера учитывали опухоли с суммой от 3 баллов и выше.

В клетках типичных карциноидов интенсивная экспрессия хромогранина А выявлена во всех случаях (5 баллов – 100%). В атипичных карциноидах количество опухолей с суммой 5 баллов было несколько меньше (64%), по 12,5% опухолей получили 3 и 2 балла, 8% были негативны (0 баллов). Какой-либо зависимости экспрессии хромогранина А от клинической стадии в карциноидах легких выявлено не было. В мелкоклеточных раках наблюдался следующий характер экспрессии: 50% – 0 баллов, 16% – 2 балла, 11% – 3 балла, 16% – 4 балла, 7% – 5 баллов. Среди других типов рака легкого экспрессия хромогранина А выше 3 баллов не выявлена ни в одном случае; в 9% опухолей отмечены единичные слабопозитивные клетки (2 балла). Таким образом, специфичность хромогранина А при диагностике нейроэндокринных опухолей легких составляет 100%. Чувствительность же варьирует в зависимости от степени злокачественности опухоли (высокодифференцированные нейроэндокринные опухоли – 100%, умеренно дифференцированные – 76,5%, низкодифференцированные – 34%).

В соответствии с результатами нашего исследования, хромогранин А можно характеризовать как высокоспецифичный маркер нейроэндокринной дифференцировки в опухолях легких, однако чувствительность его снижается по мере увеличения злокачественности опухоли. Такая особенность экспрессии позволяет использовать это антитело для определения степени злокачественности нейроэндокринных

опухолей легких. В целях дифференциальной диагностики хромогранин А следует применять только в сочетании с другими иммуногистохимическими нейромаркерами с менее избирательной чувствительностью.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СРЕЗА БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Г. КУРСКА

Турсунов Б.Ш., Маль Г.С.

Курский государственный медицинский университет, Курск, e-mail: mafis@bk.ru

Цель исследования: изучить структуру госпитализированных больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в кардиологические отделения в муниципальные учреждения здравоохранения города Курска. Провести их анализ в зависимости от типа заболевания, пола, возраста, социального положения.

Методы исследования. Ретроспективный анализ 2436 медицинских карт стационарных больных с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией, госпитализированных в муниципальные учреждения здравоохранения города Курска. В исследовании использованы аналитический, социологический, экспертных оценок, статистический методы. Статистическая обработка данных проводилась методами с тандратной вариационной статистики.

Полученные результаты. Среди причин госпитализации в кардиологические отделения, первое место занимает стенокардия (49%). второе – артериальная гипертензия (34%). третье – инфаркт миокарда (15%).

При изучении медико-социальной характеристики пациентов с артериальной гипертензией установлено, что наибольший удельный вес в половой структуре занимали мужчины (52%). наименьший – женщины (48%). У преобладающей части пациентов был отмечен возраст от 51 до 60 лет, что составило 38% всех анализируемых; доминирующее место занимали пенсионеры (32%). следующую позицию – рабочие (30%).

Технические науки

К ВОПРОСУ СИНТЕЗА МЕЖБЛОЧНОГО ИНТЕРФЕЙСА ДЛЯ СЛОЖНЫХ МЕДИЦИНСКИХ КОМПЛЕКСОВ

Авдеюк О.А.

Волгоградский государственный технический университет, Волгоград, e-mail: oxal2@mail.ru

В настоящее время все большее внимание уделяется сложным информационно-измерительным системам (СИИС), способным функционировать в условиях изменяющихся характеристик каналов связи, а также адаптироваться к различным топологиям и методам передачи

Третье место – служащие (24%) и наименьший процент приходился на безработных (4%).

Распределение больных по образовательному признаку представлено следующим образом: пациенты, имеющие высшее образование – 40%. средне-специальное – 34%. В равных долях составили группы больных, получивших среднее и незаконченное высшее образование (12%). Отмечена малая доля пациентов, имеющих неполное среднее (2%).

Социально-демографический портрет больного ишемической болезнью сердца можно было охарактеризовать следующим образом. Больше половины пациентов (68%) составили женщины. В выборке больных, принимавших участие в анализе, пятую часть составили люди в возрасте 41-50 лет. в половине случаев возраст старше 60 лет и 28% приходилось на больных в возрасте 51-60 лет

Доля лиц, имеющих высшее и неполное высшее образование составила 20%. а доля лиц со средним образованием – 46%. Значителен удельный вес больных, получивших только среднее и средне-специальное образование – 64%. По признаку места жительства городские жители составили 82%. Анализ социального статуса пациентов с ишемической болезнью сердца, показал, что в половине случаев были пенсионеры, служащие составили 22%. а рабочие – 18%.

Выводы

1. Среди причин госпитализации больных в кардиологические отделения муниципальных учреждений города преобладали пациенты со стенокардией (49%), значительная доля пациентов (34%) были госпитализированы с артериальной гипертензией.

2. Сердечно-сосудистые заболевания продолжали оставаться главной причиной смертности населения областного центра. Первичная заболеваемость артериальной гипертензией характеризовалась увеличением показателя с 1,3/1000 в 2007 году до 2,3/1000 в 2009 году. В структуре ишемической болезни сердца – с 1,8/1000 в 2007 году до 3,8/1000 в 2009 году.

измерительной информации (ИИ), представленной в цифровом виде. К СИИС данного типа, в частности, можно отнести сложные медицинские и биотехнические комплексы и системы, которые широко применяются в диагностической, терапевтической, хирургической и других видах врачебной практики. Они включают в свой состав измерительные подсистемы с параметрами биологического объекта; подсистемы оперативной обработки измерительной информации с целью диагностики и выработки необходимых воздействий лечебного характера или с целью необходимого управления субблоками,