

Распределение больных РМЖ по величине опухоли

Размеры опухоли	Число больных	
	абс.	%
до 1 см	20	25±4,8
1-2 см	34	42,5±5,53
2-5 см	26	32,5±5,24
Итого	80	100

Таблица 3

Гистологическая структура рака молочной железы

Гистотип опухоли	Число больных	
	абс.	%
Неинвазивный протоковый	8	10±3,3
Инвазивный протоковый	62	77,5±4,67
Инвазивный папиллярный	5	6,3±2,72
Инвазивный дольковый	2	2,5±2,72
Слизистый	2	2,5±1,74
Медуллярный	1	1,2±1,22
Итого	80	100

Таблица 4

Распределение больных РМЖ по распространенности

Распространенность опухолевого процесса	Число больных	
	абс.	%
Локальная (T1-2N0M0)	63	78,8±4,57
Локорегионарная (T1-2N1-2M0)	17	21,2±4,57
Итого	80	100

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Давыдов, М.И. Злокачественные образования в России и странах СНГ в 2001 году / М.И.Давыдов, Е.М. Аксель. – М.: РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2002. – 281с.
2. Диагностика рака молочной железы / Под ред. В.А. Хайленко, Д.В. Комова, В.Н. Богатырева. – М.: ООО «Мед. информ. агентство». – 2005.-240с.
3. Зотов, А.С. Мастопатии и рак молочной железы / А.С. Зотов, Е.О. Белик. - М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 112с.
4. Чиссов, В.И. Злокачественные новообразования в России в 2004г. (заболеваемость и смертность) / В.И.Чиссов, В.В.Старинский, Г.В. Петрова. – М.:МНИОИ им. П.А. Герцена, 2004.
5. Агамова, Е.К. К вопросу о причинах ошибок цитологической диагностики и возможных путях их предупреждения / Е.К. Агамова // Новости клин. цитол. России. - 1997. - №1. - С.5-9.
6. Результаты цитологической диагностики опухолей молочных желез / В.И. Новик, В.Ф. Семиглазов, Л.А. Красильникова и др. // Вопросы онкологии. – 1998. - №1. - С.108-112.

УДК 616.127-005.8-071.3-055.1:572.7(045)

НОВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ СОМАТОТИПОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ МУЖЧИН, БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

В.Н. Николенко – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, заведующий кафедрой анатомии человека, доктор медицинских наук, профессор; **Т.В. Головачева** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, заведующая кафедрой терапии ФПК и ППС, профессор; **Н.С. Якимова** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, аспирант кафедры терапии ФПК и ППС. E-mail: nsyakimova@rambler.ru

Авторами впервые применен для соматотипирования дискриминантный анализ градации антропометрических характеристик больных инфарктом миокарда мужчин 28-78 лет (n=186). Усовершенствованный авторами математический анализ схемы конституциональной соматодиагностики по В.П. Чтецову может быть использован для оптимизации мер профилактики и лечения инфаркта миокарда у мужчин одной этно-территориальной и климато-географической группы.

Ключевые слова: тип конституции, дискриминантный анализ, антропометрия, инфаркт миокарда.

NEW APPROACH TO ESTIMATION OF ANTHROPOMETRIC RESEARCH RESULTS IN CONSTITUTIONAL EXAMINATION OF MEN WITH MYOCARDIAL INFARCTION

V.N.Nikolenko - Saratov State Medical University, Head of Department of Human Anatomy, Doctor of Medical Science, Professor; **T.V. Golovacheva** - Saratov State Medical University, Head of Department of Therapy of Raising Skills Faculty, Professor; **N.S. Yakimova** - Saratov State Medical University, Department of Therapy of Raising Skills Faculty, Post-graduate. E-mail: nsyakimova@rambler.ru

Discriminant analysis for anthropometrical examination of men with myocardial infarction at the age of 27-78 (n=186) is applied for the first time. Results of perfected method of anthropometrical analysis according to V.P. Chtetsov (1978) can be used to increase the efficiency of prophylaxis and therapy of myocardial infarction of men.

Key words: constitutional type, discriminant analysis, anthropometrical examination, myocardial infarction.

По данным отечественных и зарубежных авторов, в настоящее время в России сохраняется высокий уровень заболеваемости и смертности от инфаркта миокарда, превышающий в 2-3 раза таковой в экономически развитых странах [5, 6]. Для усовершенствования индивидуальной профилактики и лечения данного заболевания возможно использование методов клинической антропологии, которые позволяют на основании изучения соматотипов выделить группы пациентов, наиболее предрасположенных к развитию инфаркта миокарда и имеющих особенности клинического течения этого заболевания [1, 2, 3].

Для определения морфологического типа конституции у мужчин широко используется метод В.П. Чтецова (1978) [7]. Основным достоинством этого метода является использование количественных показателей антропометрии (данных компонентного состава тела), что исключает субъективизм в оценке соматотипа [2, 4]. Однако по применению схемы соматотипирования В.П. Чтецова существуют определенные ограничения. Метод может быть использован в случае, если средние значения измерительных признаков исследованной популяции совпали с соответствующими средними значениями признаков в нормативных таблицах, то есть в интервал $M \pm 0,22$ у. Если же средние значения отклоняются за пределы $M \pm 0,67$ у, возникает необходимость построения новых таблиц, используя метод сигмальных отклонений В.П. Чтецова. Именно популяционная ограниченность делает описанный метод неприемлемым для соматотипирования неевропеоидных этнических групп, а также европеоидного населения, проживающего в климато-географических условиях, отличных от средней полосы России.

Кроме того, существуют значительные возрастные ограничения, составляющие для мужчин 17-55 лет, так как в выборке постепенно, с увеличением возраста, нарастает доля неопределенного типа, достигающая более 50%, что делает использование этого метода нецелесообразным. Особого внимания использование схемы В.П. Чтецова требует в рамках клинической антропологии, так как многие патологические процессы проявляются после 40-50 лет [1].

Цель исследования: оптимизировать использование метода В.П. Чтецова для соматотипологической диагностики мужчин больных инфарктом миокарда.

Объекты и методы исследования.

Нами обследованы 186 мужчин, перенесших инфаркт миокарда и находившихся на лечении в кардиологических отделениях ММУ «Медико-санитарная часть Саратовского подшипникового завода» и «Клинической больницы №3» СГМУ в 2006 - 2007гг. Средний возраст больных составил $57 \pm 8,07$ года. В

исследование были включены мужчины с первичным и повторным инфарктами миокарда, имеющие сопутствующие заболевания в стадии компенсации. В обследовании были включены лица, постоянно или в течение более 10 лет проживающие на территории города Саратова и Саратовской области.

Критерии исключения больных из исследования: наличие тяжелых сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации, онкологические заболевания, предшествовавшие оперативные вмешательства на желудочно-кишечном тракте и, как следствие, нарушение питания, наличие хронической сердечной недостаточности III и IV стадий.

Исследование проведено с помощью набора антропометрических инструментов: антропометр Мартина с ценой деления 1 мм; большой толстотный и скользящий циркули с миллиметровой шкалой деления; сантиметровая полотняная лента с ценой деления 1 мм; циркуль-калипер (прибор для определения толщины кожно-жировой складки; медицинские весы с точностью измерения до 200 г. Парные измерения проводились на правой стороне тела.

Становая и кистевая динамометрия, предусмотренная данным методом, больным инфарктом миокарда не производилась во избежание осложнений.

Учитывая более широкий возрастной диапазон обследованной нами группы мужчин, при котором схема соматотипирования по В.П. Чтецову дает оптимальные результаты, логично предположить, что ее применение в данном случае может дать не вполне точные оценки, в частности, оценку повышенной доли индивидов неопределенного соматотипа.

Поскольку при определении принадлежности индивида к тому или иному соматотипу используется более 20 параметров (n), данная задача в общем виде представляется одним из случаев использования многомерной классификации, то есть определения координат каждого наблюдения в n-мерном пространстве с последующим отнесением его к одной из выделенных групп. Учитывая заведомые отличия обследованной нами популяции от «идеальной», очевидно необходимость уточнения информативной значимости и доли каждого признака, которую он вносит в групповую изменчивость. Исходя из данной постановки задачи, наиболее подходящим из всех возможных методов многомерной классификации представлялся метод дискриминантного анализа.

Чтобы свести к минимуму возможные погрешности, мы исследовали особенности дисперсии антропометрических признаков в исследуемой группе и провели их дискриминантный анализ, после чего сопоставили данные полученной многомерной классификации с результатами соматотипирования по схеме В.П. Чтецова.

Для оценки степени различий или сходства соответствующих групп (соматотипов) по основным антропометрическим показателям нами проведен дисперсионный анализ конъюнктуры антропометрических признаков мужчин, больных инфарктом миокарда исследуемых в данной популяции.

Проанализированы следующие признаки:

1. L – длина тела (см)
2. m – масса тела (кг); 3. ЖС - пл.сп. – жировая складка плеча спереди, ЖС пл.сз.- жировая складка плеча сзади, ЖС сп.- жировая складка спины, ЖС жив.- жировая складка живота, ЖС бед. –жировая складка бедра, ЖС гол. – жировая складка голени (мм)
4. Окр.гр.- окружность грудной клетки (см)
5. Окр.ягодиц- окружность ягодиц (см)
6. Окр.пл.- окружность плеча (см)
7. Окр.предпл. – окружность предплечья (см)
8. Окр.запястья- окружность запястья (см)
9. Окр.бед. – окружность бедра (см)
10. Окр.голени – окружность голени (см)
- 11.Окр. над лод. - окружность над лодыжками
12. ДД – дистальный диаметр (бедра, голени, плеча, предплечья) (мм)
13. Д ГК – диаметры грудной клетки (поперечный и продольный) (см)
14. D плеч – диаметр плеч (см)
15. D таза – диаметр таза (см)

На основе перечисленных первичных показателей был определен ряд промежуточных вычислений, функционально зависящих от исходных и используемых в методе В.П. Чтецова.

Одной из существенных характеристик величины дисперсии является коэффициент вариации каждого признака, определяемый как частное от деления величины среднеквадратического отклонения каждого исследуемого признака на его среднее значение. Рассчитанные нами коэффициенты вариации исследуемых антропометрических показателей приведены на рис. 1.

Оценка вариабельности признаков показывает, что наиболее заметно варьируют показатели, характеризующие величину жировых отложений: коэффициент вариации изменяется от 103% (жировая складка на предплечье) до 537% (жировая складка на груди).

Окружности конечностей, измеренные в средней части, также отличаются высоким коэффициентом вариации: от 43% (окружность плеча) до 63% (окружность бедра).

Показатели окружности дистальных частей конечностей варьируют в значительно меньших пределах: коэффициент вариации составляет от 9% (окружность запястья) до 40% (дистальный диаметр голени).

В целом приведенные статистические оценки показывают, что в исследованной нами группе мужчин наибольший вклад в групповую дисперсию антропометрических характеристик вносят параметры жирового и мышечного компонентов и менее существенный - кос-

тного. Так, например, вариабельность длины тела в среднем составляет 23%, показатель массы тела - 260%.

Нами проведен сравнительный анализ оценки результатов антропометрических исследований для выделения соматотипов.

Первоначальная группировка обследованных нами лиц по соматотипам производилась на основе методики, разработанной В.П. Чтецовым. Были рассчитаны значения промежуточных параметров, характеризующих основные антропометрические компоненты – мускульный, жировой и костный. Далее по таблицам они были интерпретированы; для каждого наблюдения определен наиболее подходящий вариант соматотипа – грудной, брюшной, мускульный и неопределенный (рис. 2).

С помощью метода дискриминантного анализа комплекса антропометрических показателей и всех промежуточных значений, предусмотренных методикой В.П. Чтецова, проведено распределение изучаемой группы мужчин по соответствующим соматотипам (рис. 3). Проведенная сравнительная оценка точности отнесения больных к соматотипам (доля правильно классифицированных наблюдений) с использованием процедуры дискриминантного анализа показала, что в изученной нами группе при использовании таблиц В.П. Чтецова корректные результаты определения соматотипов обследованных составили 71,5% наблюдений, а при использовании дискриминантного анализа - 84,9% наблюдений. Также в некоторой степени уменьшается доля пациентов неопределенного соматотипа: при применении традиционной методики она составляет 34%, а при использовании предлагаемой модели соматотипирования – 30%.

Таким образом, в исследовании разработана оптимальная для данной популяции модель метода соматотипирования, которая обеспечивает наиболее значимые различия между группами по комплексу антропометрических показателей. Использование предложенного подхода к оценке результатов антропометрических исследований повышает точность отнесения пациента к соответствующему типу телосложения. Правильное отнесение пациента к тому или иному типу конституции в дальнейшем исследовании может повлиять на точность прогнозирования возникновения и особенностей клинического течения инфаркта миокарда у мужчин данной популяции. Этот метод позволяет расширить возрастной интервал для определения типа телосложения мужчин. Определение принадлежности к соматотипам, наиболее предрасположенным к возникновению инфаркта миокарда, а также изучение особенностей течения инфаркта миокарда у представителей разных соматотипов могут быть использованы для разработки мер индивидуальной профилактики и лечения данного заболевания у лиц конкретных этно-территориальной и климато-географической групп.

Таблица 1

Оценка точности наблюдений в группе обследованных лиц по таблицам В.П. Чтецова (1978)

Соматотипы	Доля корректных наблюдений, %	Мускульный	Неопределенный	Брюшной	Грудной
Мускульный	48,1	13	5	8	1
Неопределенный	75,0	3	39	4	6
Брюшной	81,1	7	7	60	0
Грудной	63,6	0	12	0	21
Всего	71,5	23	63	72	28

Оценка точности классификации наблюдений в группе обследованных лиц на основе процедуры дискриминантного анализа

Соматотипы	Доля корректных наблюдений, %	Мускульный	Неопределенный	Брюшной	Грудной
Мускульный	64,90	17	4	5	1
Неопределенный	84,6	2	44	3	3
Брюшной	91,9	3	3	68	0
Грудной	87,9	0	4	0	29
Всего	84,9	22	55	76	33

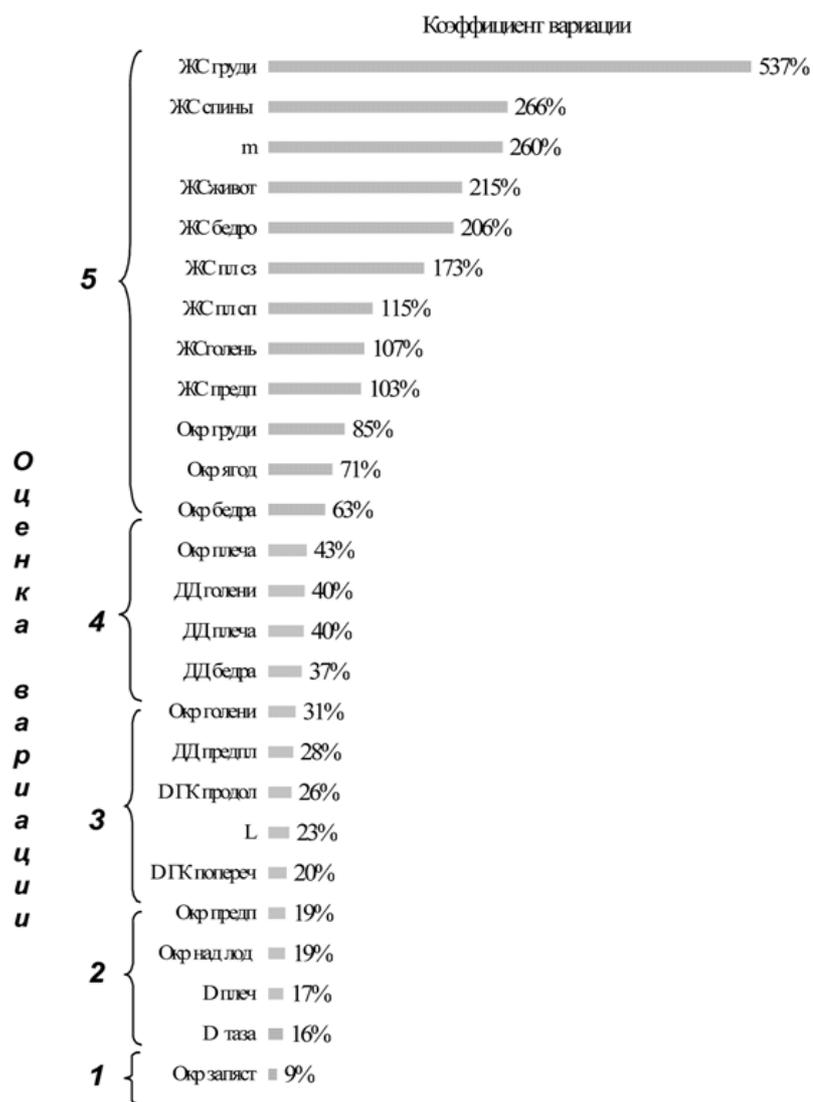


Рис. 1. Вариабельность основных антропометрических показателей у обследованных мужчин (оценка коэффициентов вариации: 1 – весьма малая – менее 15%; 2 – малая – 15–20%, 3 – средняя – 20–35%, 4 – значительная – 35–60%, 5 – весьма значительная – 60% и более)

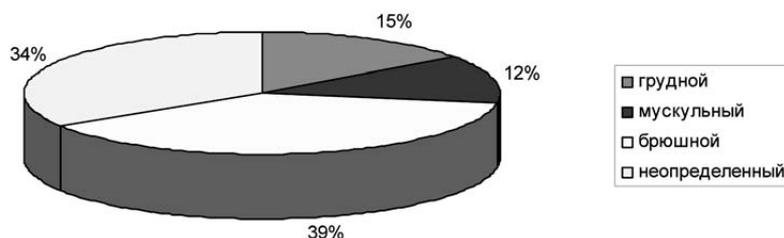


Рис.2. Распределение мужчин, больных инфарктом миокарда по соматотипам в соответствии с таблицами В.П. Чтецова (1978).

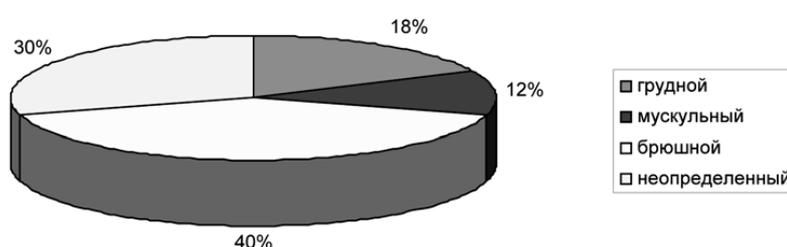


Рис. 3. Распределение мужчин, больных инфарктом миокарда по соматотипам с использованием процедуры дискриминантного анализа.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Методы оценки индивидуально-типологических особенностей физического развития человека: Учебно-методическое пособие / В.Г. Николаев, Е.П. Шарайкина, Л.В. Синдеева, и др. – Красноярск: Изд-во Крас ГМА, 2005. – 111с.

2. Николаев, В.Г. Место клинической антропологии в системе медицинских наук / В.Г. Николаев, Н.Н. Николаева // Актуальные проблемы морфологии: Сб. науч. трудов / Под. ред. проф. Н.С. Горбунова. – Красноярск: Изд-во Крас ГМА, 2004. – 296с. – С.195 – 198.

3. Интегративная антропология – методические подходы и результаты научных исследований / В.Г. Николаев, В.В. Гребенникова, В.П. Ефремова и др. // Актуальные проблемы морфологии: Сб. науч. трудов / Под ред. проф. Н.С. Горбунова. – Красноярск, 2003. – 221 с. – С. -149-152.

4. Лекции по медицинской антропологии: Учебное

пособие / В.С. Сперанский, В.Н. Николенко, Е.А. Анисимова. – Саратов: Изд-во СГМУ, 2007. – 90 с.

5. Смертность от болезней системы кровообращения в России и в экономически развитых странах. Необходимость усиления кардиологической службы и модернизации медицинской статистики в Российской Федерации (Аналитический обзор официальных данных Госкомстата, МЗ и СР России, ВОЗ и экспертных оценок по проблеме) / В.И. Харченко, Е.П. Какорина, М.В. Корякин и др. // Российский кардиологический журнал. – 2005. – №2. – С. 5-17.

6. Смертность от основных болезней системы кровообращения в России / В.И. Харченко и др. // Российский кардиологический журнал – 2005. – №1. – С. 5-15.

7. Чтецов, В.П. Опыт объективной диагностики соматических типов на основе измерительных признаков у мужчин / В.П. Чтецов, Н.Ю. Лутовинова, М.И. Уткина // Вопр. антропологии. – 1978. – Вып. 58. – С. 3-22.

УДК 618.11-006-018.7-076.5(045)

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Е.А. Питерская – врач-лаборант ГУЗ Саратовская областная клиническая больница; **Г.П. Гладили** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, заведующий кафедрой клинической лабораторной диагностики ФПК и ППС, доктор медицинских наук, профессор. E-mail: meduniv@sgmu.ru

Определена информативная ценность цитологических признаков различных эпителиальных опухолей яичников, имеющая диагностическую значимость в процессе интраоперационной цитологической диагностики. Установлены группы основных, наиболее и наименее информативных признаков для дифференциальной диагностики пограничных цистаденом, высоко-, умеренно- и низкодифференцированных цистаденокарцином.

Ключевые слова: опухоли яичников, диагностика, цитологические признаки.