

зволяет более уверенно выявлять их опухолевую инфильтрацию, что имеет значение для прогноза. Известными примерами тераностики служит определение рецепторов к эстрогену и прогестерону, а также HER2. Среди прогностически значимых маркеров можно отметить p53, Ki-67 и EGFR. В 20-й главе изложена ИГХ нервной системы с подробной информацией по диагностике опухолей центральной нервной системы. Приведены также данные по болезни Альцгеймера, эпилепсии, деменциям, демиелинизирующим и другим неврологическим заболеваниям. В 21-й главе изложены основы иммуноцитохимии.

В России бесплатное медицинское страхование не покрывает ИГХ, и больные сами платят за это исследование. Соответственно, в некоторых прейскурантах и рекламных материалах акцент смещается на «раннюю диагностику» опухолей

(молочной железы, мочевого пузыря, шейки матки), то есть на формулировку, обладающую привлекательностью для пациентов. Между тем, опыт работы с ИГХ и данные литературы показывают, что основной областью применения ИГХ является уточнение типа опухоли, оценка прогноза и показаний к терапии, а не ранняя диагностика как таковая. Для ранней диагностики используются методы скрининга, например Пап-тест, который в СНГ применяется недостаточно широко (Jargin S.V., 2010a, b). В связи с этим следует подчеркнуть, что решать вопрос о показаниях к ИГХ должен специалист на основании объективных данных и современной литературы, а не сам больной, привлекаемый «ранней диагностикой». При решении вопроса о показаниях к тому или иному исследованию необходимо по возможности исключить коммерческие интересы. Для этого желательно, по примеру многих развитых стран,

обеспечить покрытие иммуногистохимических исследований, выполняемых по клиническим показаниям, бесплатным медицинским страхованием. Подбор используемых в лаборатории антител также должен осуществляться на основании объективных данных и современных руководств. Очевидно, правильное решение можно найти на основе медицинской этики: исследования выполнять строго по показаниям, без введения в заблуждение пациентов и страховщиков.

Литература

Jargin S.V. (2010a) Histopathological and cytological diagnostics: a view from Russia. Ger. Med. Sci., 8: Doc04 (<http://www.egms.de/static/de/journals/gms/2010-8/000093.shtml>).

Jargin S.V. (2010b) The practice of pathology in Russia: on the eve of modernization. Basic Appl. Pathol., 3(2): 70–73 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/123490182/HTMLSTART>).

К вопросу о корректной полемике об ударно-волновой терапии в кардиологии

С.В. Яргин

Российский университет дружбы народов, Москва

В 3-м номере «Украинского медицинского журнала» был опубликован ответ (Васюк Ю.А. и соавт., 2010) на мое ранее опубликованное сообщение об ударно-волновой терапии в кардиологии (Яргин С.В., 2010). Авторы начинают с аргументов к личности: «Обширный круг интересов патолога С.В. Яргина к различным социальным и медицинским проблемам — от вопросов гигиены и алкоголизма в России до отдельных аспектов стоматологии и дерматологии, по-видимому, не позволил автору детально изучить информацию о возможности ударно-волновой терапии при ИБС...». Если кто-то написал статью об алкоголизме, это еще не значит, что он заблуждается в области кардиологии. Далее следует ложная цитата: «По мнению С.В. Яргина, ударно-волновая терапия применяется только в России и Украине». Авторы добавили слово «только», которое поменяло смысл. Еще одна ложная цитата: «Автор утверждает, что ударная волна является повреждающим фактором», тогда как у меня сказано: «Ударная волна представляет собой физический фактор, который может повреждать живую ткань. Вопрос заключается в том, при каком пиковом

давлении в зоне воздействия ударная волна вызывает повреждение миокарда» (далее следуют данные литературы о повреждающем действии при разных значениях пикового давления). Пример так называемой логической диверсии: «Не вдаваясь в подробности рассуждений автора, отметим, что по запросу «VEGF angiogenesis ischemia» в библиографической базе данных Pubmed лишь за последние 2 года опубликовано 196 научных работ, посвященных изучению важной роли VEGF в ангиогенезе, что объективно свидетельствует о перспективности данного направления». Наличие большого числа работ не противоречит сделанному мной со ссылками на литературу утверждению о двойственности роли VEGF при атеросклерозе и ИБС. Авторы цитируют письмо проф. J. Hofeld и соавторов (2009), но игнорируют мой ответ на это письмо (Jargin S.V., 2009). И так далее. Научная дискуссия с оппонентами, которые используют ложные цитаты и аргументы к личности, к сожалению, невозможна. В заключение еще одна ложная цитата: «Обсуждая механизмы действия ударно-волновой терапии, автор делает вывод о неэффективности всего направ-

ления». Такого вывода в моей статье нет. Вывод звучит по-другому: «Продолжать научные исследования и публикации на эту тему имеет смысл только в том случае, если имеется возможность обеспечить их объективный характер и независимость от коммерческих интересов».

Литература

Васюк Ю.А., Хадзегова А.Б., Школьник Е.Л. (2010) Ответ на: С.В. Яргин. Об ударно-волновой терапии в кардиологии: краткое сообщение. Укр. мед. часопис, 3(77): 111–112 (<http://www.umj.com.ua/archive/77/1633.html>; http://www.umj.com.ua/archive/77/pdf/1633_rus.pdf).

Яргин С.В. (2010) Об ударно-волновой терапии в кардиологии: краткое сообщение. Укр. мед. часопис, 2(76): 89–90 (<http://www.umj.com.ua/archive/76/1591.html>; http://www.umj.com.ua/archive/76/pdf/1591_rus.pdf).

Holfeld J., Zimpfer D., Schaden W., Grimm M. (2009) Reply to Sergej V. Jargin: Shock wave therapy of ischemic heart disease in the light of general pathology. Int. J. Cardiol., Sep. 14 [Epub ahead of print].

Jargin S.V. (2009) Shock wave therapy of ischemic heart disease: some aspects of publication and advertizing in Russia. Int. J. Cardiol., Nov 10 [Epub ahead of print].