

Сибирский медицинский журнал. – 2007. – №6. – С. 5-9.

6. Waldemar Uhl, Andrew Warshaw, Clement Imrie and al IAP Guidelines for the Surgical Management of Acute Pancreatitis // *Pancreatology*. – 2002. – №2. – С. 565–573.

7. Урсов С.В., Лысенко М.В. и др. Оптимизация диагностики и лечения панкреонекроза. Конгресс московских хирургов: неотложная и специализированная хирургическая помощь. – 2005, 19–21 мая, Москва; Тезисы докладов. – С. 117-118.

8. Вашетко Р.В., Толстой А.Д., Курыгин А.А. и др. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы. – СПб., 2000. – 320 с.

ОБНАРУЖЕНИЕ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ АНТИГЕНОВ В ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ И ПЛЕВРАЛЬНЫХ ЭКССУДАТАХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ

**Сухарев А.Е., Ермолаева Т.Н.,
Булах Н.А.**

*ГОУ ВПО АГМА, Астрахань,
e-mail: alexandr.suharev2010@yandex.ru*

В экстрактах 244 образцов легочной ткани: рак легкого – 122, пневмосклероз – 96, контроль – 26 (судебно-медицинский материал), плевральных выпотах 60 больных раком легких, 10 – эмпиемой плевры, 31 – неспецифическим и 23 – туберкулезным плевритами иммуноферментным методом определяли альфа-фетопротеин (АФП), плацентарную щелочную фосфатазу (ПЩФ) и раково-эмбриональный антиген (РЭА). Суммарную щелочную фосфатазу (СЩФ) определяли в плевральной жидкости спектрофотометрически.

Содержание АФП ($36,4 \pm 24,5$ нг/г) и ПЩФ ($7,9 \pm 1,2$ МЕ/г) в малигнизированной легочной ткани достоверно выше, чем при пневмосклерозе (соответственно, $15,7 \pm 11,5$ нг/г и 0 МЕ/г) и в контроле ($4,6 \pm 1,8$ нг/г и 0 МЕ/г). В 19% случаев рака легкого АФП содержится в легочной ткани количестве от 90 до 150 нг/г. Уровень РЭА в ткани легкого при раке ($421,4 \pm 181,5$ нг/г) и пневмосклерозе ($257,2 \pm 220,1$ нг/г), достоверно выше, чем в контроле ($24,3 \pm 14,2$ нг/г).

Количество СЩФ в плевральной жидкости колеблется от $49,5 \pm 21,2$ МЕ/л при раке легких до $87,7 \pm 33,1$ МЕ/л при туберкулезе (разница недостоверна). Однако ПЩФ выявляется лишь у больных раком легкого в количестве 2–16 МЕ/л в 31,6% случаев и не обнаруживается в других группах. При этом, во всех исследуемых пробах содержание АФП не превышает 1,5–10 нг/мл. Содержание РЭА в плевральных выпотах при раке легкого ($86,7 \pm 42,3$ нг/мл) достоверно выше, чем при неспецифическом плеврите ($5,5 \pm 2,3$ нг/мл) и туберкулезе легких ($5,1 \pm 3,1$ нг/мл). При эмпиеме плевры РЭА не исследовали.

Указанные маркеры эмбриональных клеток могут быть использованы в гистогенетической классификации, а также – в дифференциальной диагностике рака легкого и опухолей средостения. Так, в нашем наблюдении, у больного К. 23 лет удалена опухоль средостения, которая при первичном гистологическом исследовании была расценена как незрелая тератома. Однако при её дополнительном иммуногистохимическом и иммунохимическом изучении выявлено большое количество АФП, в единичных клетках наличие ПЩФ и полное отсутствие РЭА, что позволило отличить солидный вариант опухоли желточного мешка от герминомы и эмбрионального рака. Наряду с этим, иммунохимический тест на ПЩФ и РЭА может быть рекомендован для уточняющей диагностики этиологии плеврита.

(Научный проект № 10-06-00621а, поддержан грантом РФНФ)

ИННОВАЦИОННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДИАГНОСТИКИ ГРИППА

**Тарушкин В.Т., Тарушкин П.В.,
Тарушкина Л.Т.**

*Санкт-Петербургский
государственный университет,
Санкт-Петербург,
e-mail: vttar@rambler.ru*

Инновационная технология диагностики гриппа представляет собой медицинский алгоритм, записанный на языке Pascal, который из заданного универсума диагнозов гриппа $D = \{(60, S_1), \dots, (60, S_8)\}$ вопросно-ответным методом самим пациентом выбирает нечёткое подмножество D – предварительный диагноз, что сокращает время приёма пациента врачом (важно особенно во время эпидемии, когда медицинского персонала не хватает). Здесь симптом S_1 : «Температура» (Temperature); S_2 : «Кашель» (Cough); S_3 : «Боль в горле» (Pain_in_Throat); S_4 : «Насморк или заложенность носа» (Head_Cold_or_Nose); S_5 : «Боли во всём теле» (Pains_in_All_Body); S_6 : «Головная боль» (Head_Ache); S_7 : «Озноб» (Shivering); S_8 : «Слабость» (Weakness). Для каждого симптома в скобках

даётся его английское название, которое применяется в алгоритме. 60 в D взято ради удобства (в теории нечётких множеств здесь берётся 1). Начало программы (обработка симптома S_1):

```

VAR
  Temperature, Cough, Pain_In_Throat,
  Head_Cold_or_Nose, Pains_in_All_Body,
  Headache, Shivering, Weakness :REAL;
  No, Middle, YES :BOOLEAN;
BEGIN
  WRITE('Please enter the temperature:');
  READLN(Temperature);
  No := (Temperature < 36.6 );
  Middle := (Temperature >= 36.6 ) AND
(Temperature <= 37.6);
  Yes := (Temperature >= 35) AND (Temperature <
43);
  WRITELN;
  { Beginning of the IF construct for S1 }
  { ----- }
  IF No THEN
    WRITELN('Temperature is no')
  ELSE IF Middle THEN
    WRITELN('Temperature is middle')
  ELSE IF Yes THEN
    WRITELN('Temperature is yes');
  { End of the S1 construct }
  { ----- }
  { ----- }
  WRITELN('Press ENTER to continue..');
  READLN
END.

```

В зависимости от введённого значения температуры программа печатает на английском языке, что температуры нет (no), температура нормальная (middle), температура высокая (yes). Если приведенный ниже фрагмент алгоритма:

```

{ ----- }
WRITELN('Please enter the Weakness is
number in [ 0, 60]:');
READLN( Weakness ) ;
No := ( Weakness < 20 ) ;
Middle := ( Weakness >= 20 ) AND (
Weakness <= 40 ) ;
Yes := ( Weakness > 40 ) ;
{ Begining of IF construction for S8 }
{ ----- }
IF No THEN
  WRITELN(' Weakness is no ')
ELSE IF Middle THEN
  WRITELN(' Weakness is middle ' )
ELSE IF Yes THEN
  WRITELN(' Weakness is yes' ) ;
  { End of IF construction for S8 }
  { ----- }

```

вставить в приведенный ранее для S_1 (снизу между двумя строками :{ -----}, {-----}), то программа будет обрабатывать два симптома. Аналогичным образом можно добавить оставшиеся симптомы.