

различной тяжести в группах с точки зрения статистики не отличаются.

Хотя степень тяжести стабильной стенокардии напряжения на момент включения в исследование в основной и контрольной группах была сопоставимой, наличие значительно большего суммарного количества стенозов в коронарных артериях у больных ХОБЛ создает предпосылки для более тяжелого течения ИБС в будущем. Речь идет о тех стенозах, которые не создают в текущий момент существенного препятствия для кровотока. Однако, исходя из склонности атеросклеротических бляшек, с одной стороны, к росту, а с другой – к разрыву с формированием тромбоза, с течением времени при достижении бляшками определенной величины возможен рецидив стенокардии после проведенной реваскуляризации миокарда. Другой вариант развития событий – когда небольшая бляшка при ее дестабилизации и разрыве вызывает образование тромба в просвете сосуда, что лежит в основе обострения ИБС. Можно полагать, что персистенция системного воспаления у больных ХОБЛ (отражением чего является обнаруженный у них повышенный уровень фибриногена – одного из многочисленных маркеров системного воспаления) может способствовать дестабилизации бляшек.

Таким образом, наличие ХОБЛ в качестве сопутствующего заболевания в нашем исследовании было связано с более тяжелым и распространенным коронарным атеросклерозом по количеству стенозов, их степени (гемодинамической значимости) и протяженности. Эти данные

согласуются с формирующимся представлением о ХОБЛ как о системном заболевании, при котором поражаются отнюдь не только легкие и бронхи [1].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев С. Н. Хроническая обструктивная болезнь легких как системное заболевание // Пульмонология. – 2007. – № 2. – С. 27–30.
2. Hayashi M., Fujimoto K., Urushibata K., Uchikawa S. et al. Nocturnal oxygen desaturation correlates with the severity of coronary atherosclerosis in coronary artery disease // Chest. – 2003. – Vol. 124. – P. 936–941.
3. Huiart L., Ernst P., Suissa S. Cardiovascular morbidity and mortality in COPD // Chest. – 2005. – Vol. 128 (4). – P. 2640–2646.
4. Janssens J. P., Herrmann F., MacGee W., Michel J. P. Cause of death in older patients with anatomo-pathological evidence of chronic bronchitis or emphysema: a case-control study based on autopsy findings // J. am. geriatr. soc. – 2001. – Vol. 49. – P. 571–576.
5. Lee H. M., Lee J., Lee K., et al. Relation between COPD severity and global cardiovascular risk in US adults // Chest. – 2012. – Vol. 142 (5). – P. 1118–1143.
6. Maclay J. D., McAllister D. A., MacNee W. Cardiovascular risk in chronic obstructive pulmonary disease // Respiriology. – 2007. – Vol. 12. – P. 634–641.
7. Sin D. D., Man S. F. Why are patients with chronic obstructive pulmonary disease at increased risk of cardiovascular diseases? The potential role of systemic inflammation in chronic obstructive pulmonary disease // Circulation. – 2003. – Vol. 107. – P. 1514–1519.

Поступила 24.03.2014

С. З. КАДЖАЕВА, У. С. БЕСЛЕКОЕВ, А. С. АСАТЯН

## К ВОПРОСАМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Кафедра общей хирургии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии  
ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава России,  
РСО – Алания, 362027, г. Владикавказ, ул. Тумова, 11. E-mail: Skadzhaeva@mail.ru

Актуальным является вопрос своевременной диагностики острого панкреатита. Нами проанализированы результаты диагностики острого панкреатита экспресс-тестом «Актим-панкреатитис» (фирма «Medix Biochemica», страна-производитель – Финляндия) у 96 пациентов, госпитализированных с диагнозом «острый панкреатит». По результатам исследований пациенты поделены на две группы: основная группа – 72 пациента с положительным результатом теста; группа сравнения – 24 пациента с отрицательным результатом теста. При обследовании пациентов 1-й группы диагноз «острый панкреатит» подтвердился у 68 больных. У 20 пациентов 2-й группы выявлено обострение язвенной болезни желудка, ДПК (двенадцатиперстной кишки) и гастрита, у 1 пациента – инфаркт миокарда, у 3 пациентов – острый аппендицит. Таким образом, чувствительность теста составила 94,5%, специфичность – 100%, точность – 96%.

*Ключевые слова:* острый панкреатит, тест «Актим-панкреатитис», диагностика панкреатита.

EXPRESS DIAGNOSIS OF ACUTE PANCREATITIS

Department of general surgery with a course of radiology and radiation therapy  
SOGMA Russian ministry of public health,

Republic of North Ossetia – Alania, 362027, Vladikavkaz, street Titova, 11. E-mail: Skadzhaeva@mail.ru

The urgency of the issue of timely diagnosis of acute pancreatitis. The results of the diagnosis of acute pancreatitis test «actim-Pancreatitis» in 96 patients admitted with a diagnosis of acute pancreatitis. According to the results of studies, patients are divided into two groups: the main group – 72 patients with a positive test result and the comparison group – 24 patients with a negative test result. In a study of patients of group 1 was diagnosed with acute pancreatitis was confirmed in 68 patients. In 20 patients, group 2 showed aggravation of gastric ulcer, duodenal and gastric, 1 patient – myocardial infarction, 3 patients – acute appendicitis. Thus, the sensitivity of the test was 94,5%, specificity – 100% accuracy – 96%.

*Key words:* acute pancreatitis, the test «actim-Pancreatitis,» diagnosis of pancreatitis.

В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости острым панкреатитом (ОП), причем он развивается чаще у лиц молодого и зрелого возраста. В течение последних 20 лет заболеваемость ОП повысилась в 40 раз и в настоящее время в структуре острых хирургических заболеваний занимает третье место, уступая по частоте лишь аппендициту и острому холециститу [3, 5]. В России ежегодно регистрируется около 50 000 случаев ОП с летальностью 10%. Необходимо отметить, что значимость проблемы острого панкреатита определяется и сохранением достаточно высокой общей летальности – 22,6–22,7%, которая при деструктивных формах увеличивается до 70–90% [4, 5, 6]. Несмотря на длительное изучение различных аспектов ОП, до настоящего времени во многих случаях это заболевание своевременно не диагностируется. Даже в условиях хирургической клиники в течение первых суток данный диагноз не распознается у 10–43% больных, а при деструктивных формах ОП количество диагностических ошибок достигает 52–65,5% [1, 2]. Основу патогенеза ОП составляют процессы местного и системного воздействия панкреатических ферментов и цитокинов различной природы. Основная роль в ферментной теории патогенеза заболевания отведена трипсину [3]. Трипсин образуется в результате превращения трипсиногена, что является универсальным механизмом развития

любых форм панкреатита. Существуют две основные изоформы трипсиногена в поджелудочной железе: трипсиноген-1 (катионная) и трипсиноген-2 (анионная). При остром панкреатите уровень трипсиногена-2 увеличивается более значительно. Обе изоформы фильтруются в гломерулах, но реабсорбция трипсиногена-2 происходит в меньшей степени, поэтому его уровень в моче значительно повышается при ОП и остается повышенным в течение нескольких дней. Именно на этом основан новый метод диагностики ОП, применяемый в клинике. Впервые с начала 2011 г. в Южном федеральном округе в хирургическом отделении клинической больницы Северо-Осетинской государственной медицинской академии (КБ СОГМА) внедрен метод ранней диагностики панкреатита – экспресс-тест «Актим-панкреатитис» (фирма «Medix Biochemica», страна-производитель – Финляндия). Последний использовался как качественный экспресс-метод обнаружения трипсиногена-2 в моче. Тест основан на иммунохроматографии и проводился в течение 5 минут в приемном отделении или в палате. При погружении желтой зоны тестовой полоски в пробу мочи жидкость начинает подниматься вверх по полоске. Если проба содержит трипсиноген-2, то в тестовом поле появляется голубая полоса (положительный результат). Вторая голубая полоса (контроль) свидетельствует о том, что тест был выполнен правильно (рисунок).



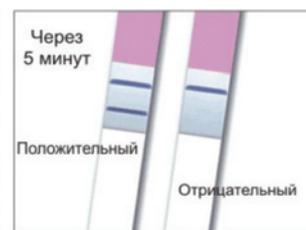
А. Экстракция



В. Погружение



С. Следить за продвигающимся фронтом жидкости



Д. Результат

Таблица 1

### Результаты лабораторно-инструментального исследования в основной группе

Диагноз	Количество	
	Абс.	%
Острый панкреатит	68	94,5
Обострение язвенной болезни желудка, ДПК	4	5,5
Итого	72	100

Таблица 2

### Результаты лабораторно-инструментального исследования в группе сравнения

Диагноз	Количество	
	Абс.	%
Обострение язвенной болезни желудка, ДПК	20	83,3
Острый инфаркт миокарда	1	4,2
Острый аппендицит	3	12,5
Итого	24	100

Цель исследования – внедрение в клиническую практику и оценка эффективности экспресс-метода качественной диагностики острого панкреатита с помощью теста «Актим-панкреатитис».

#### Материалы и методы исследования

Исследование проведено с участием 96 больных, обратившимся в приемное отделение КБ СО-ГМА с диагнозом «острый панкреатит» с января 2011 по май 2012 года. По результатам проведения экспресс-теста «Актим-панкреатитис» пациенты поделены на две группы: основная группа – 72 пациента с положительным результатом теста; группа сравнения – 24 пациента с отрицательным результатом теста. Соотношение женщин и мужчин в группах 1:3. Возрастное соотношение в этих группах приблизительно одинаково.

Оценка эффективности экспресс-метода качественной диагностики ОП в исследуемых группах с помощью теста «Актим-панкреатитис» проводилась с использованием лабораторных (определение активности ферментов: амилазы и липазы крови, диастазы мочи) и инструментальных (ультразвукового исследования, спиральной компьютерной томографии) методов исследования, являющихся верифицирующими диагнозом.

Для оценки статистической значимости различий средних в случаях двух выборок использовали t-критерий (критерий Стьюдента). Различия

считались достоверными при вероятности ошибки  $p < 0,05$ .

#### Результаты исследований

При обследовании пациентов 1-й группы диагноз «острый панкреатит» подтвердился у 68 больных (отежный – 51, панкреонекроз – 17). У 4 выявлено обострение язвенной болезни желудка, ДПК (двенадцатиперстной кишки) (табл. 1).

По данным лабораторно-инструментального исследования у 20 пациентов 2-й группы выявлено обострение язвенной болезни желудка, ДПК и гастрита, у 1 пациента – инфаркт миокарда, у 3 пациентов – острый аппендицит (табл. 2).

Таким образом, чувствительность теста составила 94,5%, специфичность – 100%, точность – 96%.

Применение качественного теста обнаружения трипсиногена-2 в моче является нетрудоемким, эффективным и скрининговым методом диагностики ОП.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вансович В. Е. Профилактика и ранняя диагностика острого панкреатита после операций на органах брюшной полости // Клиническая хирургия. – 1990. – № 11. – С. 31–32.
2. Ивашкин В. Т. Современные проблемы клинической панкреатологии // Вестн. РАМН. – 1993. – № 4. – С. 29–34.
3. Кульчиев А. А. Острый панкреатит / А. А. Кульчиев, А. В. Сланов. – Владикавказ: издательско-полиграфическое предприятие им. В. Гассиева, 2008. – 134 с.

4. Banks P. A. Practice guidelines in acute pancreatitis / P. A. Banks, M. L. Freeman // Am. j. gastroenterol. – 2006. – Vol. 101. – P. 379–400.

5. Ramona M. Острый панкреатит / M. Ramona, M. D. Lim, S. Jamie, M. D. Barkin // Секреты гастроэнтерологии. Пер. с англ. – М.: издательство «Бином», 2005. – 928 с.

6. Fagenholz P. J. Increasing United States hospital admissions for acute pancreatitis, 1988–2003 / P. J. Fagenholz, C. F. Castillo, N. S. Harris et al // An. Epidemiol. – 2007. – P. 17–491.

Поступила 16.02.2014

*С. М. КАРПОВ<sup>1</sup>, К. С. ГАНДЫЛЯН<sup>2</sup>, Д. Д. СУЮНОВА<sup>2</sup>, Е. В. ЕЛИСЕЕВА<sup>2</sup>,  
Д. Ю. ХРИСТОФОРАНДО<sup>2</sup>, Е. В. ВОЛКОВ<sup>1</sup>, Е. Н. КАРПОВА<sup>1</sup>*

## **МЕХАНИЗМЫ АДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ**

<sup>1</sup>Кафедра неврологии Ставропольского государственного медицинского университета,  
Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310. E-mail: karpov25@rambler.ru;

<sup>2</sup>кафедра стоматологической хирургии и челюстно-лицевой хирургии  
Ставропольского государственного медицинского университета,  
Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310

Было обследовано 82 пациента с травмой челюстно-лицевой области, которая сочеталась с легкой черепно-мозговой травмой. Наблюдение проводилось в острый период и спустя 3 месяцев после травмы. Проведенное исследование позволило выявить у больных с черепно-лицевой травмой срыв вегетативного баланса в виде сниженной вегетативной реактивности и неадекватного вегетативного обеспечения. Длительное доминирование трофотропных механизмов восстановления, а также усиление влияния высших уровней регуляции управлением вегетативного обеспечения являются дестабилизирующей мерой, требующей от организма дополнительных физиологических затрат для обеспечения оптимального вегетативного баланса. Данный аспект требует длительных реабилитационных мероприятий.

*Ключевые слова:* сочетанная черепно-лицевая травма, вегетативная нервная система, адаптация.

**S. M. KARPOV<sup>1</sup>, K. S. GANDYLYAN<sup>2</sup>, D. D. SUYUNOVA<sup>2</sup>, E. V. ELISEEVA<sup>2</sup>,  
D. Y. HRISTOFORANDO<sup>2</sup>, E. V. VOLKOV<sup>1</sup>, E. N. KARPOVA<sup>1</sup>**

ADAPTATION MECHANISMS IN PATIENTS  
WITH WITH COMBINED CRANIOFACIAL TRAUMA

<sup>1</sup>Department of neurology Stavropolsky state medical university,  
Russia, 355017, Stavropol, Mira str., 310. E-mail: karpov25@rambler.ru;

<sup>2</sup>department of dental surgery and maxillofacial surgery Stavropolsky state medical university,  
Russia, 355017, Stavropol, Mira str., 310

Were examined 82 patients with maxillofacial trauma area, which was combined with mild traumatic brain injury monitoring was conducted in the acute phase and at 3 months after injury. The study revealed patients with craniofacial trauma disruption of the autonomic balance in the form of reduced autonomic reactivity and inadequate vegetative software. Prolonged dominance trophotropic recovery mechanisms, as well as the growing influence of the higher levels of regulation of vegetative management software is a measure destabilization requiring additional body physiological costs for optimal autonomic balance. This aspect requires lengthy rehabilitation.

*Key words:* craniofacial trauma, autonomic nervous system, adaptation.

### **Введение**

Адаптация, или приспособление к ряду неблагоприятных факторов, – одно из фундаментальных свойств организма человека. Определение степени адаптации связано, по существу, с диагностикой патологических изменений и их ком-

пенсаций, происходящих при любых стрессовых состояниях, в том числе и после ЧЛТ. В этой связи срыв адаптации при травме челюстно-лицевой области (ТЧЛО) является серьезным механизмом в психологическом и физическом состоянии индивидуума. Ранее в ряде работ [1, 4, 5, 6, 8, 9] была