

POSTOPERATIVE ISCHEMIA OF LEFT HALF OF COLON AT RESECTION OF INFRARENAL ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM

A. M. Chernyavskiy, A. A. Karpenko,
N. R. Rakhmetov, A. A. Dyussupov

FGU «Novosibirsk Institute of Circulation Pathology
by Academician E.N. Meshalkin of Rosmedtechnologies»,
Russian Federation, Novosibirsk
Semey State Medical University,
Republic of Kazakhstan, Semey city

Abstract. Were studied the results of surgical treatment of 69 patients with uncomplicated infrarenal abdominal aortic aneurysm between 1998 and 2011. Acute circulatory disorders of the left half of the colon with gangrene of the intestine and peritonitis in the early postoperative period was occurred in two cases, reimplantation of the inferior mesenteric artery (NBA) was made in two patients, chronic ischemic colitis in the late period was detected in 12 of 40 examined patients. The complex of measures for the prevention of ischemia of the left half of the colon at resection of infrarenal abdominal aortic aneurysms can prevent the development of ischemic complications.

Key words: aneurysm, intestinal ischemia, retrograde pressure.

Литература

1. Бураковский В.И., Бокерия Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия. — М.: Медицина, 1989. — С. 662-670.
2. Патент RU 2445929 С2. Способ интраоперационной диагностики нарушения коллатерального кровообращения в бассейне нижней брыжеечной и внутренней подвздошной артерий при аневризме инфраренального

отдела брюшной аорты / А.А. Дюсупов, А.А. Карпенко, А.З. Дюсупов, А.М. Чернявский. — №2009119849/14; опубл. 27.11. 2010 г. — Бюл. изобретения и полезные модели. — 2010. — № 33. — 5 с.

3. Патент RU 2458638 С2. Способ профилактики острого нарушения кровообращения толстой кишки в бассейне нижней брыжеечной артерии после реконструкции инфраренального отдела брюшной аорты по поводу аневризмы / А.А. Дюсупов, А.А. Карпенко, А.З. Дюсупов, А.М. Чернявский. — №2009119806/14; опубл. 27.11.2010 г. — Бюл. изобретения и полезные модели. — 2010. — № 33. — 3 с.

4. Казанчян П.О., Попов В.А. Осложнения в хирургии аневризм брюшной аорты. — М.: Изд-во МЭИ, 2002. — С. 210-227.

5. Покровский А.В. Клиническая ангиология. — М., 2004. — Т. 1. — С. 15-183.

6. Ткаченко Б.И. Нормальная физиология человека. — М.: Медицина, 2005. — С. 387.

Сведения об авторах

Чернявский Александр Михайлович — г.м.н., проф., рук. Центра хирургии аорты, коронарных и периферических артерий ФГБУ «Новосибирский НИИПК им. академика Е. Н. Мешалкина»; e-mail: amchern@mail.ru.

Карпенко Андрей Анатольевич — г.м.н., проф., рук. Центра сосудистой и гибридной хирургии ФГБУ «Новосибирский НИИПК им. академика Е. Н. Мешалкина»; e-mail: andreikarpenko@rambler.ru.

Дюсупов Ахметкали Зайнолдаевич — г.м.н., проф., зав. каф. медицины катастроф Государственного медицинского университета г. Семей, Республика Казахстан; e-mail: almas_semey@mail.ru

Рахметов Нурлан Рахметович — г.м.н., проф., зав. каф. хирургии № 1 Государственного медицинского университета г. Семей, Республика Казахстан; e-mail: tolkynbul@mail.ru.

Дюсупов Алтай Ахметкалиевич — к.м.н., ассистент кафедры хирургии № 1 Государственного медицинского университета г. Семей, Республика Казахстан; e-mail: altay-doc77@mail.ru.

© ШАРАВИИ А. О., СМЕРНОВА С. В., ПОЛИКАРПОВ Л. С.
УДК 616.248:616.98(571.5)

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ХЛАМИДИОЗА СРЕДИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ

А. О. Шаравии, С. В. Смирнова, Л. С. Поликарпов

ФГБУ «НИИ медицинских проблем Севера» СО РАМН, Красноярск, директор — член - корр. РАМН В. Т. Манчук;
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства
здравоохранения РФ, ректор — д.м.н., проф. И. П. Артюхов.

Резюме. В статье представлены данные по частоте встречаемости хламидиоза среди больных разными патогенетическими формами бронхиальной астмы городов Красноярска и Кызыла, в зависимости от этнической принадлежности. Обсуждаются вопросы патогенности хламидий в организме в целом.

Ключевые слова: бронхиальная астма, хламидиоз, частота встречаемости, этнические группы.

Хламидии являются причиной разнообразной патологии у человека, которая включает не только хорошо известные и типичные для хламидиоза трахому, урогенитальные заболевания *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*), пневмонии *Chlamydophila psittaci* (*C. psittaci*), инфекции респираторного тракта *Chlamydophila*

pneumoniae (*C. pneumoniae*). Список заболеваний, которые, возможно, ассоциируются с хламидиозом, обширен и постоянно растёт (табл. 1). Он включает острые и хронические заболевания типа бронхиальной астмы (БА), рака легкого, артритов, саркоидоза и др. [1,3,8,11].

Таблица 1

Инфекционная патология человека, вызываемая или ассоциируемая с *Chlamydomphila pneumoniae*

Патология респираторного тракта	Патология сердечно-сосудистой системы	Патология центральной нервной системы	Патология других органов и тканей организма
Фарингиты Отиты Синуситы Бронхиты Пневмонии Эмфизема Хроническая обструктивная болезнь легких Рак легкого	Острый инфаркт миокарда Реактивные васкулиты Аневризма Атеросклероз	Болезнь Альцгеймера Множественный склероз Энцефалиты Менингоэнцефалиты Миелиты	Реактивные артриты Саркоидоз Эритрема узловатая Острый лимфаденит Диабетическая нефропатия

Материалы и методы

Обследовано 239 человек (80 монголоидов и 159 европеоидов) в возрасте 17-78 лет ($Me = 42,0$, $Q_1 = 27,0$, $Q_3 = 52,0$). Методом случайной выборки в исследование включены больные с установленным диагнозом: БА средней степени тяжести в стадии обострения ($n = 187$) и группы сравнения, состоящие из людей в возрасте $Me = 41,0$ лет ($Q_1 = 27,0$; $Q_3 = 51,0$), не страдающих бронхиальной астмой, на момент обследования, считавших себя практически здоровыми ($n = 52$).

В качестве материала использованы: сыворотка крови, мазки со слизистой задней стенки ротоглотки. Набор материала проведен на базе пульмонологического отделения МУЗ «Городская клиническая больница № 6 им. Н. С. Карповича» (Красноярск), терапевтических отделений ФГУЗ МСЧ № 46, НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН (Красноярск) и Республиканской больницы № 1 (Кызыл).

Обследование включало: анкетный опрос, осмотр, подготовку больных, взятие мазков со слизистой задней стенки ротоглотки и крови из вены для определения антигенов *Mycoplasma pneumoniae* (*M. pneumoniae*), *Mycoplasma hominis* (*M. hominis*) и антител к ним методами иммуноферментного анализа (ИФА), прямой иммунофлуоресценции (ПИФ).

Подготовка биологического материала для исследования проводилась по общепринятым правилам. Постановка реакции, оценка результатов ПИФ, ИФА проводились в условиях иммунологической лаборатории клиники НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН и Тывинского Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД.

Статистическая обработка полученного материала. Анализ соответствия вида распределения признака закону нормального распределения проводился с использованием критерия Шапиро-Уилка. Так как тип распределения отличался от нормального, были использованы непараметрические методы и меры центральной тенденции представленные в виде медианы (Me), меры рассеяния в виде интерквартильного

размаха — нижний (Q_1) и верхний (Q_3) квартили. При проведении сравнения групп по количественному признаку применялся двухвыборочный критерий Колмогорова-Смирнова, а по качественному — Пирсона χ^2 . В данном исследовании принят пороговый уровень значимости $\alpha = 0,05$. Результаты ниже него считались статистически значимыми.

Результаты и обсуждение

Частота встречаемости хламидиоза среди больных бронхиальной астмой г. Красноярск по результатам ПИФ и ИФА представлена в табл. 2. По суммарному количеству положительных титров IgG к антигенам *C. pneumoniae*, *C. psittaci* и IgG к антигену *C. trachomatis* статистически значимые различия выявлены между больными экзогенной БА (22/64) и группой сравнения (9/60), $p_3 = 0,002$; между больными эндогенной БА (21/64) и группой сравнения (9/60), $p_5 = 0,005$; между больными смешанной БА (23/70) и группой сравнения (9/60), $p_6 = 0,004$.

Таким образом, среди больных г. Красноярск, независимо от патогенетической формы БА, обнаружена высокая частота встречаемости хламидиоза. При этом IgG к антигенам *C. pneumoniae*, *C. psittaci* и IgG к антигену *C. trachomatis* у больных БА выявлены чаще, чем в группе сравнения.

Таблица 2

Частота встречаемости хламидиоза среди больных бронхиальной астмой г. Красноярск

Группы	Методы исследования										
	ПИФ			ИФА							
	n	abc	%	IgA			n	IgM		IgG	
				n	abc	%		abc	%	abc	%
1. БА экзогенная	45	4	8,9	32	1	3,1	64	1	1,6	22	34,4
2. БА эндогенная	41	6	14,6	32	3	9,4	64	3	4,7	21	32,8
3. БА смешанная	52	7	13,5	35	1	2,9	70	2	2,9	23	32,9
4. Группа сравнения	60	11	18,3	30	0	0,0	60	0	0,0	9	15,0
Статистическая значимость различий между показателями в группах, $\alpha = 0,05$											
1-2 – p_1	$p_1=0,407$			$p_1=0,302$			$p_1=0,302$			$p_1=0,790$	
1-3 – p_2	$p_2=0,479$			$p_2=0,949$			$p_2=0,609$			$p_2=0,792$	
1-4 – p_3	$p_3=0,171$			$p_3=0,329$			$p_3=0,329$			$p_3=0,002$	
2-3 – p_4	$p_4=0,871$			$p_4=0,261$			$p_4=0,569$			$p_4=0,994$	
2-4 – p_5	$p_5=0,626$			$p_5=0,086$			$p_5=0,086$			$p_5=0,005$	
3-4 – p_6	$p_6=0,484$			$p_6=0,351$			$p_6=0,184$			$p_6=0,004$	

Частота встречаемости хламидиоза среди больных бронхиальной астмой г. Кызыла

Группы	Методы исследования										
	ПИФ			ИФА							
	n	abc	%	IgA			n	IgM		IgG	
				n	abc	%		abc	%	abc	%
1. БА экзогенная	55	6	10,9	29	2	6,9	58	2	3,4	7	12,1
2. БА эндогенная	63	15	23,8	32	0	0,0	64	4	6,3	19	29,7
3. БА смешанная	54	13	24,1	27	0	0,0	54	4	7,4	17	31,5
4. Группа сравнения	44	7	15,9	22	0	0,0	44	3	6,8	13	29,5
Статистическая значимость различий между показателями в группах, $\alpha = 0,05$											
1-2 – p_1	$p_1=0,068$			$p_1=0,131$			$p_1=0,475$			$p_1=0,018$	
1-3 – p_2	$p_2=0,070$			$p_2=0,165$			$p_2=0,353$			$p_2=0,012$	
1-4 – p_3	$p_3=0,464$			$p_3=0,209$			$p_3=0,435$			$p_3=0,028$	
2-3 – p_4	$p_4=0,973$			$p_4= -$			$p_4=0,803$			$p_4=0,833$	
2-4 – p_5	$p_5=0,320$			$p_5= -$			$p_5=0,906$			$p_5=0,987$	
3-4 – p_6	$p_6=0,319$			$p_6= -$			$p_6=0,910$			$p_6=0,836$	

Частота встречаемости хламидиоза среди больных БА г. Кызыла по результатам ПИФ и ИФА представлена в табл. 3. Статистически значимые различия суммарного количества положительных титров IgG к антигенам *C. pneumoniae*, *C. psittaci* и *C. trachomatis* выявлены между больными экзогенной (7/58) и эндогенной (19/64) БА, $p_1=0,018$; экзогенной (7/58) и смешанной (17/54) БА, $p_2=0,012$; экзогенной БА (7/58) и группой сравнения (13/44), $p_3=0,028$. По наличию антигенов *C. pneumoniae*, *C. psittaci* и *C. trachomatis* статистически значимые различия между показателями групп не выявлены.

Таким образом, определена высокая частота встречаемости хламидиоза среди больных г. Кызыла независимо от патогенетической формы БА. При этом статистически значимых различий между коренными и пришлыми жителями г. Кызыла не отмечено. Суммарное количество положительных титров IgG к *C. pneumoniae*, *C. psittaci* и *C. trachomatis* больше выявлено у больных эндогенной, смешанной БА и у группы сравнения, чем у больных экзогенной БА. Наличие антигенов *C. pneumoniae*, *C. psittaci* и *C. trachomatis* между показателями групп статистически значимо не различается. Частота встречаемости хламидиоза по половому признаку статистически значимых различий не имела.

Итак, результаты лабораторных показателей больных БА гг. Красноярска и Кызыла свидетельствуют об одинаково высокой частоте встречаемости хламидиоза. Так, частота встречаемости хламидиоза у больных БА г. Красноярска достигает: экзогенной – 34,4%, эндогенной – 32,8%, смешанной – 32,9%, а г. Кызыла – 12,1%, 29,7%, 31,5%, соответственно.

В разных странах специфические антитела к хламидиям у людей, считавших себя здоровыми, выявлялись от 40 до 70% [6,7]. Многие исследователи считают, что высокая частота выявляемости специфических антител к хламидиям свидетельствует о наличии хронической инфекции и вялотекущей реинфекции [2,10,9]. Результаты проведенного нами исследования согласуются с этими предположениями. Так, частота выявляемости IgG к антигенам *C. pneumoniae*, *C. psittaci* и

Таблица 3

C. trachomatis в группе сравнения г. Красноярска составляла 15,0%, а Кызыла – 29,5%. Следует также отметить, что частота выявления антигенов *C. pneumoniae*, *C. psittaci*, *C. trachomatis* методом ПИФ и специфических антител методом ИФА в исследованных нами группах различалась. Этот факт может объясниться локальностью воспалительного процесса и слабой антигенной нагрузкой при вялотекущем хламидиозе [4]. Результаты нашего исследования согласуются с этим утверждением.

Известно, что различные этнические группы отличаются по характеру реагирования иммунной системы на антигенные воздействия, по частоте встречаемости заболеваний среди них [5]. Нами изучена частота встречаемости хламидиоза у больных БА представителей

европеоидного и монголоидного типов гг. Красноярска и Кызыла. При исследовании антигенов *C. pneumoniae*, *C. psittaci* и *C. trachomatis* методом ПИФ статистически значимые различия выявлены между европеоидами (10/74) и монголоидами (10/32), $p=0,032$ больными смешанной бронхиальной астмой. При изучении специфических IgM к антигенам *C. pneumoniae*, *C. psittaci* и *C. trachomatis* статистически значимые различия выявлены между группами сравнения европеоидов (0/60) и монголоидов (3/44), $p=0,040$; а специфические IgG к антигенам *C. pneumoniae*, *C. psittaci* и *C. trachomatis* – между европеоидами (24/78) и монголоидами (5/44), $p=0,016$, больными экзогенной БА.

Таким образом, при одинаково высокой частоте встречаемости хламидиоза у больных БА из различных этнических групп методом ПИФ хламидии чаще выявлялись у монголоидов, чем европеоидов, больных смешанной БА. Методом ИФА специфические IgM к хламидиям чаще обнаруживали в группе сравнения монголоидов, чем европеоидов, IgG – у больных экзогенной БА европеоидов, чем у монголоидов.

FEATURES OF PREVALENCE OF CHLAMYDIA IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA IN EASTERN SIBERIA

A. O. Sharavii, S. V. Smirnova, L. S. Polikarpov
Federal Budget State Medical Research Institute
for Northern Problems, Siberian Division
of Russian Academy of Medical Sciences
Krasnoyarsk State Medical University named
after prof. V. F. Voino-Yasenetsky

Abstract. The article presents data by frequency of occurrence of chlamydia among patients with different pathogenic forms of asthma cities in Krasnoyarsk and Kyzyl, depending on ethnic origin. Are discussed the questions of pathogenicity of chlamydia in the body as a whole.

Key words: asthma, chlamydia, frequency of occurrence, ethnic groups.

Литература

1. Воробьева М.А., Манзенюк И.Н. Chlamydia (Chlamydia) pneumoniae. — Новосибирск: ЗАО Медико-биологический союз, 2002. — 43 с.
2. Гранитов В.М. Хламидиозы. — М.: Мед. кн., 2002. — 192 с.
3. Игнатова И.А., Смирнова С.В., Капустина Т.А. и др. Клинико-патогенетические варианты аллергической риносинусопатии и хламидийная инфекция // 2-ая Восточно-Сибирская гастроэнтерологическая конференция: лекции, обзоры и тез. докл. — Абакан, 2002. — С. 256-258.
4. Капустина Т.А., Игнатова И.А., Парилова О.В. и др. Хламидийная инфекция и хронический ринит // Дальневосточный мед. журн. — 2005. — № 4. — С. 68-72.
5. Johansson S.G., Tari H. Всемирная организация по аллергии: руководство по профилактике аллергии и аллергической астмы // Аллергология и иммунология. — 2005. — Т. 6, № 1. — С. 81-91.
6. Grayston J.T. Epidemiology of Chlamydia pneumonia (TWAR) // Annu. Rev. Med. — 1996. — Vol. 23. — P. 211-212.
7. Kauppinen M., Saikku P. Pneumonia due to Chlamydia

pneumoniae: prevalence, clinical features, diagnosis and treatment // Clin. Infect. Dis. — 1995. — Vol. 21. — P. 244-252.

8. Leinonen M. Pathogenetic mechanisms and epidemiology of Chlamydia pneumoniae // Eur. Heart. J. — 1993. — Vol. 14. — P. 57-61.

9. Leinonen M., Saikku P. Interaction of Chlamydia pneumoniae infection with other risk factors of atherosclerosis // Am. Heart J. — 1999. — Vol. 138, № 5. — P. 504-506.

10. Miettinen A., Lehto S., Saikku P. et al. Association of Chlamydia pneumoniae and acute coronary heart disease events in non-insulin dependent diabetic and non-diabetic subject in Finland // Eur. Heart. J. — 1996. — Vol. 17. — P. 682-688.

11. Saikku P. Epidemiology of Chlamydia pneumoniae in atherosclerosis // Am. Heart J. — 1999. — Vol. 138, № 5. — P. 500-503.

Сведения об авторах

Шаравина Алевтина Очур-ооловна — к.м.н., старший научный сотрудник НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск; e-mail: alochur@yandex.ru.

Смирнова Светлана Витальевна — г.м.н., проф., зам. директора по научной работе НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск; e-mail: svetvita@mail.ru.

Поликарпов Леонид Севостьянович — г.м.н., проф., зав. каф. пропедевтики внутренних болезней КрасГМУ; e-mail: svetvita@mail.ru.

© КОРЕЦКАЯ Н. М., ЧУШКИНА А. А., НАРКЕВИЧ А. Н.

УДК 576.852.2:615.015.8:616.24-002.5

ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ПРИ ИНФИЛЬТРАТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ

Н. М. Корецкая, А. А. Чушкина, А. Н. Наркевич

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения РФ, ректор — д.м.н., проф. И. П. Артюхов;

кафедра туберкулеза с курсом ПО, зав. — д.м.н., проф. Н. М. Корецкая.

Резюме. Изучена частота, спектр и характер первичной лекарственной устойчивости микобактерий, выделенных от больных инфильтративным туберкулезом легких, за 9-летний период. Выявлено повышение частоты лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза в 1,4 раза, а также увеличение резистентности к большему количеству противотуберкулезных препаратов. Установлено увеличение удельного веса множественной лекарственной устойчивости возбудителя в 3 раза. На основании полученных данных обоснована необходимость изменения режима химиотерапии впервые выявленным больным инфильтративным туберкулезом легких.

Ключевые слова: микобактерии туберкулеза, лекарственная устойчивость, инфильтративный туберкулез легких.

Согласно российским нормативным документам, принято выделять первичную и приобретенную лекарственную устойчивость [5]. Условно первичная лекарственная устойчивость (лекарственная устойчивость среди впервые выявленных больных) определяется как резистентность, обнаруженная у микобактерий туберкулеза (МБТ), выделенных от пациента, никогда ранее не принимавшего противотуберкулезные препараты или получавшего их менее одного месяца [5]. В данном случае подразумевается, что больной заразился лекарственно устойчивым штаммом МБТ. Уровень первичной лекарственной устойчивости характеризует часть микобактериальной популяции, циркулирующей на территории, и этот показатель чрезвычайно важен для оцен-

ки степени напряженности эпидемической ситуации [8].

Последние годы характеризуются неблагоприятной тенденцией увеличения числа впервые выявленных больных с лекарственной устойчивостью МБТ к противотуберкулезным препаратам, что имеет важное значение при лечении больных туберкулезом легких: противотуберкулезная терапия должна быть индивидуальной и адекватной лекарственной резистентности возбудителя [1]. Кроме того, знание спектра лекарственной устойчивости МБТ у больных позволяет не только назначить адекватно режим терапии, проводить своевременную коррекцию лечения, оценивать состояние эпидемической ситуации по туберкулезу, но и оперативно принимать управленческие решения [7],