

**Я.С. Циммерман. Нерешенные и спорные проблемы современной гастроэнтерологии. — М.: МЕДпресс-информ, 2013. — 224 с.**

Книга написана видным российским ученым, заслуженным деятелем науки РФ, профессором Я.С. Циммерманом, известным своими крупными работами (монографиями, обзорами, лекциями) по наиболее актуальным проблемам современной гастроэнтерологии.

Показательно, что, несмотря на узкогастроэнтерологическую тематику книги, она начинается с главы, посвященной положению дел в здравоохранении, врачебной и медицинской науке. Автор высказывает обоснованную тревогу, вызванную неудачными реформами в лечебных учреждениях, недостаточным финансированием, слабой оснащенностью современной аппаратурой, низкой оплатой труда врачей и научных сотрудников.

Представленную монографию отличает то, что она охватывает наиболее спорные, противоречиво освещаемые и нерешенные проблемы гастроэнтерологии. Так, в ней рассматриваются проблемы, связанные с возможностью объединения в одном диагнозе хронического гастрита и функциональной диспепсии, истинной ролью инфекции *Helicobacter pylori* (HP) в развитии хронического гастрита, язвенной болезни и рака желудка, соотношением между понятиями «синдром избыточного бактериального роста» и «дисбиоз кишечника» и др.

Автор аргументированно высказывается против подмены диагноза хронического гастрита диагнозом функциональной диспепсии, указывая на ошибочность попыток объединения этих двух диагнозов и критикуя в целом концепцию функциональной диспепсии в связи с ее размытостью, противоречивостью, неудачной терминологией.

Автор обоснованно выступает против сведения всего лечения язвенной болезни только к эрадикации HP, полагая, что оно должно быть комплексным и индивидуализированным и включать широкий круг препаратов с различными механизмами действия (ноотропы, иммуномодуляторы, антиоксиданты и др.). Обсуждая стратегию проведения тотальной эрадикации HP у детей и взрослых с целью профилактики рака желудка, автор подчеркивает ее нецелесообразность, а резистентность HP к применяемым антибиотикам объясняет бесконтрольным проведением эрадикации, в частности у здоровых лиц, выражающих такое пожелание.

В книге отмечается недоказанность внежелудочных эффектов HP, подвергаются критике основные положения Маастрихтского консенсуса IV и предлагается сократить перечень показаний для проведения эрадикации, оставив в нем только язвенную болезнь, хронический гастрит, ассоциированный с HP-инфекцией, МАЛТ-лимфому желудка, послеоперационный период при раке желудка и исключив из него функциональную диспепсию, гастропатию, ассоциированную с приемом нестероидных противовоспалительных средств, а также такое показание, как желание пациента.

Большое внимание в монографии уделено микрофлоре кишечника и нарушениям ее состава. Автор подробно анализирует соотношения между дисбиозом кишечника и такими понятиями, как «синдром избыточного бактериального роста», антибиотико-

ассоциированная диарея, диарея путешественника и др.

Монография (как и все предшествующие книги Я.С. Циммермана) написана прекрасным языком, тщательно отредактирована, легко и с большим интересом читается. Не вызывает сомнения, что она принесет большую пользу врачам различных специальностей (терапевтам, гастроэнтерологам, инфекционистам и др.) и поможет им в их повседневной практической работе.

Проф. А.А. Шептулин (Москва)

**Н.М.Беляева, М.Х.Турьянов, И.Л.Трякина, В.Г.Жуковицкий. Дифтерия. М.—СПб: Нестор-История, 2012. — 290 с.**

Монография написана крупными специалистами в области инфекционной патологии. Первое издание книги относится к 1996 г., но к настоящему времени, как справедливо пишут авторы, в связи с резким снижением заболеваемости дифтерией (в 62,2 раза!) врачи первичного звена — терапевты, оториноларингологи и инфекционисты — либо утратили навыки в распознавании различных форм дифтерии, либо их не приобрели.

Главная задача этого капитального труда — стремление к тому, чтобы привить врачу умение заподозрить заболевание до применения лабораторных методов диагностики. Ожидание лабораторного подтверждения диагноза ведет к опасной задержке проведения специфической терапии. Авторы значительно расширили и углубили проблему дифтерии, рассмотрев ее не только с практических позиций.

Книга состоит из 14 глав. В главе 1 «Исторический очерк» указаны истоки возникновения самого представления о дифтерии от древнейших времен до открытия в 1884 г. E. Klebs и F. Zöfler возбудителя — дифтерийной палочки (*Corinebacterium diphtheriae*).

В главе 2 представлены глубоко разработанные современные научные сведения о возбудителе дифтерии и патогенезе заболевания.

Авторы подробно рассматривают факторы патогенности дифтерийной палочки — адгезины, ферменты агрессии и экзотоксин. Адгезивной активностью возбудителя объясняют топику поражений тканей при дифтерии. Так, высокая адгезивная активность дифтерийной палочки к однослойному многорядному реснитчатому эпителию гортани, носового отдела глотки, носовой поверхности мягкого неба, языка и верхних отделов трахеи определяет возможность развития дифтерии гортани, локализованного или распространенного крупы. Способность адгезии бактерий к клеткам многослойного плоского эпителия различных отделов полости рта (слизистая оболочка щек, губ, твердого неба, ротовой поверхности мягкого неба и языка), небных миндалин, голосовых связок, конъюнктивы, вульвы, влагалища формирует различные клинические формы заболевания: дифтерию ротоглотки, глаз, кожи, гениталий и т. д.

Интересно представлены патогенетические механизмы развития дифтерии: преодоление возбудителем колонизационной резистентности тканей ротоглотки — разрушение муцина носоглоточной слизи нейраминидазой дифтерийной палочки, проявление антилизоцимной активности возбудителя, инициированная пиллями наибольшей длины адгезия к поверх-

ности эпителиальных клеток, роль железа для роста и размножения бактериальных клеток и т. д. Механизм собственно токсического действия дифтерийного токсина рассматривается на молекулярном уровне. Глава 3 посвящена эпидемиологическим аспектам дифтерии. Дана характеристика эпидемического процесса в «допрививочные» времена и на фоне широкого внедрения массовой иммунизации населения против дифтерии.

Результаты молекулярно-эпидемиологического анализа значительного числа штаммов *Corynebacterium diphtheriae*, выделенных в разные годы, показывают, что генетическая структура популяции дифтерийной палочки в динамике эпидемического процесса отличается гетерогенностью. На фоне плановых прививок и других профилактических мероприятий к 1977 г. заболеваемость была сведена к минимуму, однако затем вновь последовало увеличение заболеваемости и к 1992 г. показатель заболеваемости вырос до 2,6 на 100 тыс. населения, а у детей он составил 2,9 на 100 тыс. Авторы профессионально точно выделяют главную причину такой ситуации — низкий показатель привитости: непривитыми оказались от 20 до 62% детей разного возраста.

В главе 3 приведены данные о механизмах передачи, роли бактерионосителей в распространении этой инфекции, сроках выделения возбудителя и о формировании вторичных источников дифтерии.

Важен раздел, касающийся позиции авторов — возможности установления диагноза дифтерии, когда современные лабораторные данные (бактериологические, серологические) формально не подтверждают диагноз. В условиях конкретной эпидемиологической ситуации при типичной клинической картине, последующих наблюдениях клинический диагноз дифтерии имеет право на существование. Тезис акад. РАМН В.И. Покровского: «диагностика дифтерии — проблема клиническая» является абсолютно адекватным и благоразумным. Указанное положение подтверждается выписками из истории болезни.

В главе 4 «Патогенез дифтерии» представлены современные данные о механизме взаимодействия дифтерийного токсина и инфицированной клетки.

Наиболее интересна, но также и дискуссионна глава 5 «Классификация клинических форм дифтерии». Предложение авторов убрать термин «токсическая дифтерия» представляется недостаточным обоснованным, так как наличие дифтерийного токсина в крови больных при всех манифестных формах дифтерии любой тяжести отнюдь не отвергает возможности развития токсической дифтерии при высоких уровнях токсина у больных.

В главе 7 «Дифтерия других локализаций» описаны клинические проявления различных форм дифтерии носа (включая токсическую), дифтерии носоглотки и дифтерии гортани. Подробно описана клиническая картина дифтерийного крупа, иллюстрированная выписками из историй болезни.

В главе 8 авторы критикуют термин «миокардит» и указывают на то, что в сердечной мышце доминируют не воспалительные, а дегенеративно-дистрофические процессы. Предлагаемый авторами термин «кардиопатия» не вносит существенного уточнения в понимание поражения сердца и потому может рассматриваться как дополнительная общая оценка вовлеченности сердечно-сосудистой системы в инфекционный процесс при дифтерии.

В короткой главе 9, с нашей точки зрения, более правильно разделить осложнения дифтерии (пневмонии, аспирационная асфиксия фибринозными

пленками, пролежни) и осложнения при лечении дифтерии (сывороточная болезнь, анафилактический шок).

В главе 10 «Дифференциальная диагностика» различные клинические формы дифтерии сопоставлены с заболеваниями, имеющими сходные симптомы. Показано, что диагностика локализованных форм дифтерии ротоглотки наиболее трудна, особенно у привитых. Авторы дифференцируют эту форму с язвенно-некротической ангиной Симановского—Венсана, кандидозом полости рта, сифилитическим поражением ротоглотки, ангинозной формой туляремии, тяжелые формы — с инфекционным мононуклеозом, инфекционным паротитом, флегмонозным воспалением клетчатки язычной миндалины, флегмоной корня языка, флегмоной дна полости рта. Очень важной для практических врачей является дифференциальная диагностика дифтерии гортани и крупа вирусной этиологии (парагрипп, грипп, корь и т. п.).

В главах 11 и 12 авторы обращают внимание практических врачей на необходимость последующего наблюдения за пациентами, перенесшими дифтерию, главным образом для оценки состояния сердечно-сосудистой, нервной и мочевыделительной систем, и своевременного проведения последующих лечебных и реабилитационных мероприятий. В главе 13 подробно описаны методы микробиологической и серологической диагностики дифтерии. Показано диагностическое значение полимеразной цепной реакции, прямой бактериоскопии, метода латекс-агглютинации и реакции прямой агглютинации для выявления антибактериальных и антитоксических антител.

В главе 14 «Лечение дифтерии» даны рекомендации возможно более раннего введения противодифтерийной сыворотки. Дозы на курс лечения зависят от формы дифтерии и от тяжести болезни и составляют от 20 до 500 тыс. антитоксических единиц в соответствии с рекомендациями Минздрава России от 1999 г. Рассмотрена комплексная терапия инфекционно-токсического шока. Обсуждается вопрос о применении антибиотиков широкого спектра (эритромицин, рифампицин, цефалоспорины, клиндамицин) при санации бактерионосителей.

В приложении представлена единая рабочая классификация клинических форм дифтерии по С.Н. Розанову (1949) и графическая схема патогенеза дифтерии.

В заключении авторы пишут о преимуществах поколений в понимании дифтерии в целом и необходимости переосмысления классификации клинических форм дифтерии в соответствии с современными представлениями о ее патогенезе. Авторы отвергают применение «громных» доз и позднего назначения

Рецензируемая монография своевременна и актуальна, так как достигнутое «благополучие» по дифтерии не должно уменьшать всеобщей настороженности в отношении этой коварной и тяжелой инфекции. Дальнейшее накопление знаний в области изучения дифтерии приведет к необходимости последующего переиздания монографии. В качестве рекомендации хотелось бы предложить авторам ввести главу, посвященную особенностям дифтерии у детей, что сделает ее более полной и широко востребованной.

Проф. Б.П. Богомолов,  
проф. А.Г. Боковой