

Свойства культур вибрионов 01 серогруппы, выделенных в очаге холеры от людей и объектов окружающей среды

Объекты выделения	Количество штаммов	Основные идентификационные (таксономические) признаки холерных вибрионов																
		агглютинабельность				фаголизабельность				фаго-вар	гемо-лиз	ПЦР	сахара-роза	араби-ноза	ман-ноза	лизин	орни-тин	арги-нин
		О	огава	инаба	Ro	С	Эль-Тор	ctx+	ctx-									
Больные, вибрионосители	171	в	в	—	—	—	ДРТ	—	—	15	—	+	+	—	+	+	+	—
		диаг.	диаг.				тит.	тит.										
Объекты внешней среды	6	в	в	—	—	—	ДРТ	—	—	15	—	+	+	—	+	+	+	—
		диаг.	диаг.				тит.	тит.										
	1	в	в	—	—	—	—	—	—	—	+	—	+	—	+	+	+	—
		диаг.	диаг.				тит.	тит.										

следние годы на территории России среди эпидемических и неэпидемических штаммов возросла частота встречаемости холерных вибрионов 01, резистентных к холерным бактериофагам. В очаге холеры в г.Казани из 178 культур не лизировались холерными диагностическими бактериофагами в ДРТ 5 штаммов, что составило 2,8%, из них 3 штамма лизировались фагом Эль-Тор в разведении 10:1 и 2 штамма — цельным.

В начале вспышки проводилась полная идентификация выделенных культур с использованием дополнительных тестов, определяющих их принадлежность к биовару: реакции геагглютинации куриных эритроцитов, реакции Фогес—Проскауэра. В дальнейшем, при проведении массовых исследований в очаге, окончательный положительный ответ давался на основании сокращенной схемы идентификации, предусматривающей изучение культуры в развернутой реакции агглютинации с холерными сыворотками 01, Огава и Инаба, определение чувствительности к диагностическим бактериофагам, принадлежности к биохимической группе Хейберга. Эпидемиологическая значимость выделенных в очаге культур подтверждалась отрицательным гемолизом эритроцитов барана в пробе Грейга и наличием ctx A гена по данным ПЦР. ПЦР тест-систему применяли для идентификации чистых культур и как ускоренный метод на первых этапах выделения (1 и 2 пептонная вода, объекты внешней среды, контактные, секционный материал). Результаты ПЦР в 100% случаев совпадали с окончательным ответом. При выборочном изучении культур, выделенных в разные периоды вспышки, с использованием набора типизирующих фагов (1—7) Ростовского НИПЧИ и оттитрованных индикаторными штаммами в лаборатории Противочумного центра Минздрава России, установлена циркуляция в очаге холерных вибрионов 15-го фаговара независимо от объекта выделения (человек или объект окружающей среды).

Культуры холерных вибрионов были направлены для окончательной идентификации в РосНИПЧИ "Микроб" (Саратов) и в НИПЧИ (Ростов-на-Дону). Данными бактериологического и геннодиагностического анализов диагноз холеры был подтвержден у всех больных.

УДК 616.346.2—002.1

**Т.М. Бараев (Волгоград). Еще раз о катаральном аппендиците**

Тактические установки при неструктивных формах острого аппендицита (ОА) остаются достаточно противоречивыми, что обусловлено целым рядом причин. Актуальность этой проблемы очевидна, так как большое число больных подвергают хирургическому вмешательству с неопределенными и неудовлетворительными последствиями. Отнюдь не случайно этот вопрос стал предметом дискуссии на авторитетных форумах как в нашей стране, так и за рубежом.

В чем суть настоящей проблемы? Прежде всего следует отметить, что среди исследователей нет единства мнений о существовании катарального аппендицита как такового. Предлагается исключить эту форму заболевания из классификаций. Действительно, при использовании рутинных методов исследования, специфических гистологических признаков, характерных для простого аппендицита, нет, они бывают малоотличимы от операционных артефактов. Вместе с тем современные иммуноаллергические представления о патофизиологии ОА предопределяют возможность возникновения как деструктивных, так и неструктивных форм воспаления червеобразного отростка (ЧО). При специальных иммунохимических исследованиях, по данным литературы, в 22% гистологически нормальных отростков содержание цитокинов ИЛ-2 и TNF повышается, что является убедительным доказательством наличия воспалительного ответа. В активацию клеточных инфильтратов при ОА включаются цитокины ИЛ-8 и GRO. В тех ЧО, где не было гистологических признаков ОА, количество клеток, экспрессирующих указанные цитокины, было повышенным, хотя и значительно ниже, чем при деструктивных формах ОА. А.И. Струков и В.В. Серов (1993) высказываются однозначно: "Изменения, свойственные простому, или поверхностному, аппендициту, обратимы. Если они прогрессируют, то развивается острый деструктивный аппендицит".

Какова же практически значимая частота катарального аппендицита? Оценить ее чрезвычай-

но трудно, так как существующая статистика основана на подсчете числа удаленных отростков. По мнению признанного авторитета в этой области проф. В.И. Колесова, поверхностный аппендицит встречается у 40—60% оперированных. В то же время, по данным Я.Б. Юдина и соавт., при изучении 1278 ЧО у детей катаральные изменения были обнаружены только в 5,7% случаев, не выявлены в 80,8%, а в остальных ЧО отмечались реакция иммунного ответа, расстройство кровообращения, энтеробиоз и склероз. По мнению авторов, использование лапароскопии позволяет свести истинное представительство катарального аппендицита к 4—6%. Аналогичные сведения приводят О.С.Кочнев и соавт.

Мы использовали лапароскопию у 192 больных при сомнениях в диагнозе ОА. После нее малоизмененный ЧО был удален только у 10 человек из 110 прооперированных (у остальных 100 были деструктивные формы), т.е. частота недеструктивных форм не превысила 10% от общего числа аппендэктомий. В тех 82 случаях, когда от аппендэктомий воздержались, ни разу не было отмечено перехода поверхностных изменений в деструктивные. Как же тогда следует оценивать приводимый в литературе показатель, равный 60%, если оправдано выполнение аппендэктомий по поводу катарального аппендицита только у 10% больных? Следует признать, что остальные 50% — это вынужденные операции, выполненные в соответствии с тактикой "спасительного шаблона" при наличии обратимых и вторичных поверхностных изменений в органе, которые могут возникнуть по типу ложного аппендицита (реактивного, содружественного и контактного) при мезадение, энтероколите, гинекологических и других заболеваниях. В этих случаях современный тактический подход требует адекватного лечения прежде всего основного заболевания, а не выполнения аппендэктомии. Удаление ЧО показано, когда при лапароскопии или УЗИ обнаруживаются признаки прогрессирования воспаления или обструкции (ригидность и калькулез ЧО), а также спаечный процесс (хронический аппендицит).

По нашим данным, эффективность лапароскопии в диагностике ОА достигает 98%. Квалифицированный специалист, владеющий техникой исследования, знающий показания и противопоказания, имеющий опыт трактовки эндоскопических признаков, может свести к минимуму частоту как ошибочных заключений, так и осложнений.

В последние годы все чаще применяется лапароскопическая аппендэктомия. Ее сторонники отмечают, что, в отличие от открытой аппендэктомии, при выполнении лапароскопического вмешательства отсутствует боль, меньше продолжительность послеоперационного лечения, невелика частота осложнений, невелик риск образования спаек, лучше косметический эффект. Однако другие хирурги не видят преимуществ лапароскопической аппендэктомии перед традиционной или пропагандируют другой вариант малоинвазивной операции — лапароскопически асстированную аппендэктомия.

В литературе приводятся противоречивые све-

дения, относящиеся к показаниям и противопоказаниям к выполнению лапароскопической аппендэктомии. Нам представляется, что для широкой практики приемлемы рекомендации И.С. Малкова и соавт., которые считают, что такая операция должна выполняться в диагностически трудных случаях, когда процедура начинается с диагностической лапароскопии, а также у женщин репродуктивного возраста. Лапароскопическая аппендэктомия противопоказана при деструктивном аппендиците, осложненном плотным аппендикулярным инфильтратом, периаппендикулярным абсцессом, тифлитом и разлитым перитонитом.

Таким образом, приведенные нами сведения позволяют получить ответы на некоторые спорные и нерешенные вопросы диагностики и лечения недеструктивных форм ОА.

УДК 616.895.8:616.329-007.251-06:616.259.7

**В.А. Иванов, А.К. Ахметзянов, Г.М. Шираданова, А.В. Иванов (Казань). Разрыв пищевода с развитием медиастинита и плеврального выпота у больного, страдавшего психическим заболеванием**

Основанием для анализа данного наблюдения являлась сложность своевременного и правильного выявления у больного, страдавшего психическим заболеванием, разрыва пищевода при прорастании рака пищевода в параэзофагеальную клетчатку. Рак был осложнен медиастинитом и плевральным выпотом.

Х., 54 лет, поступил в психоневрологический диспансер 04.07.2000 г. с диагнозом: шизофрения, прогрессивное течение, параноидная форма. Общее соматическое состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Несколько лет назад был оперирован по поводу язвенной болезни желудка. При осмотре: средней упитанности, кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Региональные лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. В сердце тоны приглушены. Частота пульса — 72 уд. в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 150/90 мм Нг. Язык чистый, влажный; зев без особенностей; живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. На передней стенке живота — послеоперационный рубец. Стул и диурез сохранены.

Общий анализ крови: Нб — 145 г/л, эр. —  $4,2 \cdot 10^{12}/л$ , л. —  $7,2 \cdot 10^9/л$ , эоз. — 1%, п. — 1%, с. — 76%, лимф. — 20%, мон. — 2%, СОЭ — 23 мм/ч, уровень билирубина в крови — 6,3 мкмоль/л, С-РБ — отр., концентрация сиаловых кислот — 190 оп.ед., мочевины — 5,3 мкмоль/л, тимоловая проба — 2 ед., уровень холестерина — 5,99 ммоль/л, общего белка — 64 г/л, активность АЛТ — 0,71 мкмоль/л, АСТ — 0,56 мкмоль/л, ИФА на ВИЧ-инфекцию, HBsAG, гепатит С — отр., уровень глюкозы в крови — 4,64 ммоль/л; кровь на RW — отр.

Общий анализ мочи: патологии не выявлено. Яйца глист, простейшие в кале не обнаружены; кал на дизентерийную, сальмонеллезную группы, условно-патогенную флору — отр.

Рентгенография органов грудной клетки: легкие, аорта, сердце без патологии.