

ваются серотонин, лейкотриены, гистамин, тромбоксан А₂, также не исключается влияние эндотелиальной дисфункции коронарных артерий, резких колебаний гормонального фона, повышения активности симпатической и парасимпатической нервной системы.

Артериальная система находится в непрерывном состоянии вазодилатации, поддерживая локальный кровоток. Тонус артерий контролируется субстанциями, продуцируемыми эндотелием. Вазодилатация осуществляется за счет продукции эндотелиального расслабляющего фактора (ЭРФ), идентифицированного как оксид азота (NO), простациклина и фактора гиперполяризации ЭРФ формируется спонтанно после стимуляции рецепторов на эндотелиальных клетках. NO химически нестабильное соединение с периодом полужизни в несколько секунд. В просвете сосуда NO быстро инактивируется растворенным кислородом и бисупероксидными анионами. Если NO достигает эритроцитов и диффундирует в них, он инактивируется гемоглобином. Нарушение или отсутствие продукции NO при дисфункции эндотелия не может быть компенсировано высвобождением NO из здоровых эндотелиальных клеток пограничной области. Существует множество факторов которые нарушают функцию эндотелия, снижая образование NO и усиливая его разрушение. Наиболее важными из них являются гипертензия, гиперлипидемия и сахарный диабет.

Спазм коронарных артерий не является редкостью. Продолжительность ангинозных приступов у большинства больных составляет 5-15 минут, но может достигать 30 минут. Приступы стенокардии возникают в покое, чаще ночью или ранним утром. Иногда они могут протекать в виде серий из 2-5 приступов, которые следуют один за другим с промежутками 2-15 минут

Приступам спонтанной стенокардии, как правило, не предшествуют значительное увеличение частоты сердечных сокращений и повышение АД, что хорошо доказывается результатами суточного мониторирования ЭКГ. В этих случаях больные хорошо переносят физические нагрузки и вне приступов чувствует себя практически здоровым. Велоэргометрическая проба у таких больных может оказаться отрицательной.

Во время приступа на ЭКГ происходит смещение сегмента ST выше изоэлектрической линии от незначительного смещения сегмента ST вверх на 2 мм до резкого его подъема на 20-30 мм. Подъем сегмента ST регистрируется в течение 5-10 минут, реже дольше, после чего он приходит к изоэлектрическому уровню. Во время ангинозного приступа у 50% больных вазоспастической стенокардией возникают нарушения ритма. Чаще всего это желудочковые аритмии. Спазм возникает в проксимальной части артерий, обычно в области атеросклеротически измененного участка, но может диффузно охватить всю коронарную артерию, вплоть до ее мельчайших ответвлений.

Для диагностики этой формы стенокардии обычно применяют пробы с гипервентиляцией и провокаторами спазма гладкой мускулатуры. За период наблюдения, на базе кардиологического отд. Магадан-

ской обл. больницы, обследовано и получали терапию 124 пациента с окончательным верифицированным диагнозом: Вазоспастическая стенокардия- из них: 19-25 лет - 24 пациента, 25-35 лет - 46 пациентов, 46-56 лет - 54 пациента, 61%-женщины, 39%-мужчины. При верификации диагноза использовались: 100% случаев ЭКГ-нагрузочные пробы \ ВЭМ, ЧП ЭКС, холоддовая проба, проба с гипервентиляцией \, 84%-больных обследовано на УЗИ из них 12 больным проведено обследование по методом, предложенным Sueda S. \ сочетание нагрузочной пробы либо пробы с ГВ и последующего УЗИ сердца \. Подтверждение на коронарографии получено в 42% случаев.

Анализ смертности от ОКС \острого коронарного синдрома \ по г. Магадану показал что смертность от ОКС по городу составляет до 14% случаев в возрастной группе 19-45 лет из общего числа умерших на дому от патологии сердца, что позволяет говорить о низкой выявляемости на амб. этапе обследования и о тенденции прогрессивного роста патологии, связанного в основном с 3 причинами : растом ювенильного атеросклероза, дезадаптацией населения к урбанизационным стрессам, родившейся на Северо-Востоке РОССИИ экономической политике, и появления в более раннем возрасте эндокринных расстройств в основном у мужчин \19-25 лет\.

РОЛЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КОМПАСОВ В РАННЕМ РАСПОЗНАВАНИИ ЛЕПТОСПИРОЗА И ДРУГИХ ЛИХОРАДОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Амбалов Ю.М., Мамедова Н.И.,
Васильева И.И., Кузнецова Г.В., Суладзе А.Г.
*Ростовский государственный
медицинский университет,
Ростов-на-Дону*

«Ахиллесовой пятой» ранней диагностики лептоспироза является т.н. субъективный фактор (Ю.М.Амбалов, 1999). Как показал клинический анализ ведения 125 больных лептоспирозом, находившихся на лечении в инфекционных стационарах г. Ростова-на-Дону и области, ошибки диагностики этого заболевания, допускаемые врачами амбулаторно-поликлинического звена, обусловлены, как правило, не объективными, а субъективными причинами. Основная из них заключается в том, что, осуществляя диагностику методом «доминантной аналогии», указанные специалисты просто не в состоянии, в большинстве случаев, при обращении пациента за врачебной помощью «вспомнить», а, следовательно, и заподозрить (без специальной подсказки) заболевание, ранее не встречавшееся или редко встречавшееся в их клинической практике. На нашем материале все врачи первого звена, не распознавшие лептоспироз, в прошлом с этим инфекционным заболеванием лично не сталкивались, хотя и были, как выяснилось при личной беседе, в той или иной мере информированы о нем. Очевидно, что у большинства врачей, особенно с небольшим стажем работы, еще не сформировалась «опытная доминанта», а следовательно, и своего рода настороженность в отношении лептоспироза. Нам представляется, что проблема раннего распознавания этой достаточно тяжелой и неблагоприятно проте-

кающей инфекции, как, впрочем, и других заболеваний, может быть решена лишь путем выработки у врачей умения методически правильно проводить дифференциально-диагностическую процедуру.

С целью оказания врачам-клиницистам реальной помощи в распознавании как распространенных, так и, главное, сравнительно редко встречающихся в их практике нозологических единиц, нами созданы и внедрены в работу участковых терапевтов и врачей скорой медицинской помощи г. Ростова-на-Дону т.н. диагностические компасы, ориентирующие клинициста на выявление различных заболеваний, протекающих с синдромами лихорадки, диспепсии, желтухи, катара дыхательных путей, шока, комы и др. В данном сообщении нами представлен один из созданных диагностических компасов «Угрожаемые лихорадки», с помощью которого можно, как нам представляется, успешно осуществлять раннюю диагностику наиболее опасных для жизни лихорадочных заболеваний. На этом компасе, наряду с гриппом, сепсисом, брюшным тифом, малярией, менингококковой инфекцией, вирусными гепатитами, геморрагическими лихорадками, чумой, риккетсиозами, очаговыми инфекциями, представлен и лептоспироз. Применение диагностических компасов, во-первых, позволяет избежать использования в процессе диагностики метода «доминантной аналогии», равнозначного для недостаточно опытного клинициста «гаданию на кофейной гуще», а, во-вторых, и это главное, вынуждает врача проводить дифференциальную диагностику, последовательно исключая у лихорадящего больного наиболее опасные для жизни заболевания. При этом, у обследуемого пациента осуществляется целенаправленный поиск только определенных, наиболее важных в дифференциально-диагностическом отношении клинических, эпидемиологических и лабораторных показателей. Если же врачу не удастся отвергнуть то или иное лихорадочное заболевание, фигурирующее на компасе (в частности, лептоспироз), он будет вынужден направить больного для дальнейшего обследования к соответствующему специалисту, который и доведет дело до логического конца.

Как нам представляется, использование при ведении больных диагностических компасов, выполняющих роль своеобразного «маяка», позволяет практическому врачу методически правильно проводить процедуру дифференциальной диагностики заболеваний, сводя удельный вес диагностических ошибок к минимуму. Именно на этом пути мы видим решение пусть не глобальной, но весьма важной в практическом отношении задачи оптимизации ранней клинической диагностики лептоспироза и других лихорадочных заболеваний.

БАКТЕРИАЛЬНЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ И ЛИМФАТИЧЕСКИЕ КАПИЛЛЯРЫ

Аминова Г.Г.

*НИИ Морфологии человека РАМН,
Москва*

Хорошо известно, что часто встречающиеся небольшие локальные воспалительные процессы не обя-

зательно сопровождаются ответной реакцией регионарных лимфатических узлов. Это объясняется морфологическими и функциональными особенностями лимфатических капилляров, обеспечивающими изоляцию и ликвидацию микроорганизмов в местах их проникновения. Нами выявлено, что в слизистой оболочке желудка крысы после попадания бактериальных микроорганизмов (палочек) в ткань собственной пластинки большая часть микроорганизмов резорбируется лимфатическими капиллярами. В результате этого в лимфатическом капилляре происходит ряд процессов, который позволяет придти к выводу, что основная часть микроорганизмов погибает внутри капилляра. На серийных срезах стенки желудка выявлено, что лимфатический капилляр, заполненный микробами, изолируется от общей сети лимфатических капилляров путем пережатия просвета с двух сторон. В результате этого на фоне невыявляемых других лимфатических капилляров стенки желудка капилляр, содержащий микроорганизмы, выделяется своим резко расширенным просветом.

Морфологическими структурами, способными изменять просвет капилляров, могут быть актиноподобные сократительные белки, которые в виде филаментов обнаруживаются в эндотелиоцитах. Кроме того, сами эндотелиоциты в лимфатических капиллярах местами имеют спиралевидную ориентацию относительно своей длинной оси, что при переполнении капилляра лимфой может сыграть роль своеобразного сфинктера. Таким образом, резорбирующая функция лимфатических капилляров и двигательная активность эндотелиоцитов являются определяющими факторами в процессе изоляции микроорганизмов от окружающей среды. Помимо этого, в просвете лимфатических капилляров, видимо, происходят изменения физико-химического состояния лимфы в сторону усиления ее коагуляционной способности. Об этом свидетельствуют изменения тинкториальных свойств лимфы, а также глыбчатая ее структура. Все описанные явления направлены на ограничение подвижности микроорганизмов в просвете капилляра. В непосредственной близости от стенок лимфатического капилляра отмечаются небольшие скопления малых лимфоцитов, часть которых устремляется в просвет капилляра. В самом просвете капилляра содержатся единичные лимфоциты, еще более редко встречающиеся эозинофилы и нейтрофилы. Все они находятся в состоянии деструкции. В некотором отдалении от лимфатического капилляра отмечается заметная концентрация нейтрофилов, характеризующая начало местного воспалительного процесса.

Микроорганизмы, попадая в ткань желудка и его лимфатические капилляры, становятся полиморфными, их контуры принимают неправильные очертания, появляются утолщения. Это является свидетельством перехода микробов в «некультивируемую форму», которая возникает в ответ на неблагоприятные факторы окружающей среды. В просвете капилляра они образуют скопления разной величины.

Таким образом, наши данные свидетельствуют о наличии еще одной функции, выполняемой лимфатическими капиллярами, - защитной, что позволяет от-