

С. Б. Орлов (Казань). Влияние хронической потери желчи на щитовидную железу

Изучали морфофункциональное состояние паренхимы и микроциркуляторное русло щитовидной железы при хронической потере желчи. Исследования проводили на 25 кошках обоего пола, у которых выполняли наружное дренирование общего желчного протока от 5 до 40 сут. Через 7—10 сут в щитовидной железе определялись выраженная гипертрофия и гиперплазия фолликулярного эпителия. Гиперплазия носила экстрафолликулярный характер с образованием многочисленных микрофолликулов. Происходило статистически достоверное увеличение высоты клеток фолликулярного эпителия и уменьшение среднего диаметра фолликулов. На 10-е сутки эксперимента уровень белковосвязанного йода в сыворотке составлял $0,29 \pm 0,03\%$ ^{131}I на 1 л сыворотки (Функциональные методы исследования в эндокринологии. Киев, Здоров'я, 1981 г.), в контроле — $0,34 \pm 0,04\%$. Накопление ^{131}I достигало максимального уровня через 6—10 часов.

Изменения микроциркуляторного кровеносного русла в эти сроки проявлялись в основном расширением всех звеньев на всем его протяжении. Размеры эндотелиальных клеток были равномерно увеличены, что особенно выражалось в артериолах диаметром 20—50 мкм и капиллярах.

Через 15—20 сут происходило постепенное увеличение диаметра фолликулов и уменьшение высоты фолликулярного эпителия. В составе коллоида часто обнаруживались слущенные клетки. Описанные изменения сопровождались дальнейшим снижением содержания белковосвязанного йода, которое на 20-е сутки составляло $0,17 \pm 0,03\%$ ^{131}I на 1 л сыворотки (в контроле — $0,32 \pm 0,03\%$). Максимального уровня накопление ^{131}I достигало через 4—8 часов (в контроле — через 24 часа).

В указанные сроки было выявлено наличие многочисленных спазмов стенки артериол на фоне общего сужения на всем их протяжении. В капиллярах сохранялся отек эндотелиальных клеток.

На более отдаленных сроках (через 30—40 дней) морфологические признаки гиподисфункции щитовидной железы прогрессировали, что проявлялось развитием кистозно расширенных (до 1500 мкм) фолликулов, резким уплотнением фолликулярного эпителия. Содержание белковосвязанного йода на 30-е сутки эксперимента составляло $0,14 \pm 0,04\%$ ^{131}I на 1 л сыворотки (в контроле — $0,35 \pm 0,03\%$). Накопление ^{131}I щитовидной железой достигало максимального уровня через 2—3 часа после введения. В сосудах микроциркуляторного кровеносного русла через 30—40 дней наблюдались хаотически расположенные участки спазмов и расширений сосудистой стенки, а также признаки атрофии эндотелиальных клеток.

Полученные данные дают основание полагать, что описанные в условиях хронической потери желчи изменения щитовидной железы (морфологически коллоидный либо паренхиматозный зоб), отражают стадии одного и того же процесса. Одной из основных причин последнего, видимо, является потеря организмом вместе с желчью и йода. Целесообразно изучение возможности компенсации гипотиреоидного состояния организма при хронической потере желчи путем коррекции сдвигов в содержании йода.

УДК 616.126.423+616.132.2—004.6]—06.616.12—008.318—079.616.12—073.97

А. К. Розенцвейг (Казань). Эхокардиография в дифференциальной диагностике митрального стеноза и атеросклеротического кардиосклероза, осложненных мерцательной аритмией

Мы применили эхокардиографию для дифференциальной диагностики атеросклеротического кардиосклероза и митрального порока сердца, осложненных мерцательной аритмией. Изучали направление движения створок митрального клапана, скорость раннего диастолического прикрытия передней створки митрального клапана (V_m), переднезадний размер левого предсердия (Длп).

Существуют эхокардиографические признаки, которые позволяют достоверно диагностировать митральный стеноз. Главными из них являются однонаправленность движения створок митрального клапана и снижение V_m . Если присоединяется мерцательная аритмия, эти признаки сохраняются. При атеросклеротическом кардиосклерозе эхограмма митрального клапана не отличается от таковой у здорового человека.

Обследовано 15 больных, из них 7 человек с атеросклеротическим кардиосклерозом (средний возраст — 55 лет) и 8 с ревматическим митральным пороком (средний возраст — 45,5 лет). Учитывая неравномерность V_m у больных с мерцательной аритмией, вычисляли среднюю величину V_m за пять последовательных сердечных сокращений.

У всех больных с митральным пороком сердца выявлены однонаправленность движения створок митрального клапана, выраженное снижение V_m (23,4 мм/с), увеличе-