

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 литературе 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-

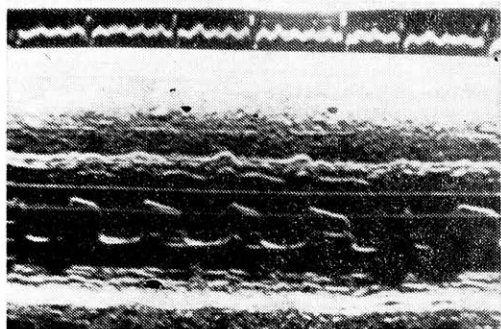


Рис. 1. Эхокардиограмма больной З., 52 лет. II стандартная позиция. Митральный стеноз, мерцательная аритмия.

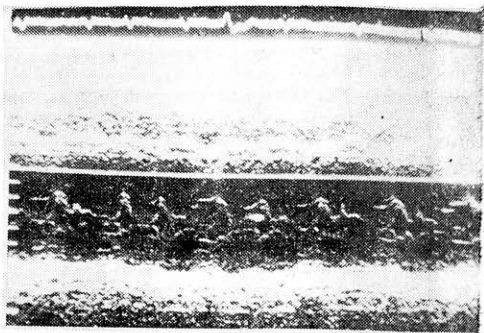


Рис. 2. Эхокардиограмма больного С., 50 лет. II стандартная позиция. Атеросклеротический кардиосклероз, мерцательная аритмия.

ние Длп (4,8 см). У больных с атеросклеротическим кардиосклерозом зафиксированы разнонаправленность движения створок митрального клапана, некоторое снижение V_m (103,26 мм/с), увеличение Длп (4,6 см). На приведенных фотографиях (рис. 1 и 2) указанные признаки хорошо прослеживаются.

Направление движения створок митрального клапана является качественным дифференциально-диагностическим признаком, а показатель V_m — количественным критерием, поскольку при митральном пороке сердца он в 4,4 раза ниже ($P < 0,001$), чем при атеросклеротическом кардиосклерозе. При том и другом заболевании выявлено увеличение Длп, но достоверной разницы в размерах левого предсердия не установлено, поэтому этот показатель в дифференциальной диагностике использоваться не может.

Таким образом, с помощью таких эхокардиографических признаков, как направление движения створок митрального клапана и скорость раннего прикрытия передней створки митрального клапана можно успешно проводить дифференциальную диагностику данных заболеваний. Как метод, обеспечивающий высокую точность и скорость исследования, эхокардиография должна найти широкое применение для дифференциальной диагностики заболеваний, осложненных мерцательной аритмией сердца.

УДК 617.7—006—076.5

А. Г. Мухин, А. Ф. Корнилова, Л. Ф. Жандарова (Саратов). Опыт цитодиагностики в офтальмоонкологии

С целью диагностики опухолей переднего отрезка, защитного аппарата глаза и заглазничных опухолей, а также для динамического наблюдения за лечением опухолей криогенным методом мы применяли цитологический метод.

Материал брали с помощью модифицированного трепана для пересадки роговицы диаметром 3 мм; использовали метод мазка — отпечатка и соскоба. Все инструменты стерилизовали спиртом и медицинским эфиром. Исследуемый материал фиксировали смесью Никифорова и окрашивали по Романовскому—Гимзе. При эпibuльбарных опухолях перед взятием материала предварительно проводили анестезию 0,5% раствором дикаина. Опухоли защитного аппарата обрабатывали 70% этиловым спиртом.

Цитологические исследования выполняли у 106 больных с опухолями защитного аппарата и ретробульбарными опухолями переднего отрезка глаза. У 30 больных была диагностирована папиллома, у 23 — атерома, у 8 — кожный рог, у 7 — гиперплазия конъюнктивы, у 5 — ретробульбарная опухоль, у 17 — рак кожи век. Диагноз был поставлен на основании типичной клинической картины и подтвержден цитологическим исследованием.

Значение цитологического метода можно подтвердить следующими примерами.

С., 63 лет, находился под наблюдением по поводу паренхиматозного кератита правого глаза. Лечение больного в течение 5 лет было безуспешным. При обследовании в клинике обнаружена следующая картина: утолщение конъюнктивы век и склеры с папилломатозными выростами, искривление хряща, обильная васкуляризация роговицы с признаками дискератоза. Это позволило заподозрить злокачественное новообразование роговицы и конъюнктивы. У больного был взят отпечаток с конъюнктивы склеры и век. Цитологическая картина плоскоклеточного ороговевающего рака. Гистологическое исследование материала, взятого с помощью биопсии, подтвердило поставленный диагноз. Больному проведена близкофокусная рентгенотерапия в НИИ глазных болезней им. Гельмгольца.

П., 43 лет, обратился с жалобами на припухлость, сукровичные выделения из язва на коже нижнего века правого глаза в течение с.дного года. 3 года до этого лечилась амбулаторно по поводу холязиона. При клиническом обследовании обна-