

внутри бактериальной клетки. Предлагаемый механизм действия объясняет низкую бактерицидную активность электролизного серебра в присутствии сывороток крови, полученных после внутривенного введения животным ЭРС.

ИЗУЧЕНИЕ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА И МОТОРИКИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Семенихина Т.М., Рыжих Р.Г.,
Кадырова Л.М., Оноприев В.В.
*Российский центр функциональной
хирургической гастроэнтерологии,
Краснодар*

Хроническая дуоденальная непроходимость (ХДН) характеризуется постоянной или периодически возникающей задержкой транзита химуса из желудка по (и) 12-перстной кишке. Любое первичное эндокринное заболевание влечет за собой включение в патологический процесс других органов и систем организма. Влияние гормонов щитовидной железы (ЩЖ) на патологию сократительного аппарата желудочно-кишечного тракта остается спорным, а изучения тиреоидного статуса при ХДН не проводилось.

Цель настоящего исследования: повышение качества лечения больных с ХДН и сопутствующей патологией со стороны ЩЖ. **Задачи:** изучение тиреоидного статуса и моторики 12-перстной кишки у пациентов с ХДН.

Материал и методы. Обследовали 25 человек, из них 5 мужчин и 20 женщин в возрасте от 22 до 62 лет у которых ранее при комплексном обследовании была диагностирована ХДН. В плазме крови определяли тиреотропный гормон гипофиза (ТТГ), свободный тироксин (сТ4) иммуноферментным методом (Multiscan Ascent фирмы «Labsystems», Финляндия), структуру ЩЖ ультразвуковым аппаратом (Aloka 1400, Япония). На компьютерном комплексе «PC Polygraf-NR» со стандартной программой для анализа тензограмм «Polygram 2.0» Synectics Medical AB (Швеция) с помощью специального зонда, снабженного 6-ю открытыми катетерами, проводили исследование моторики 12-перстной кишки. В качестве контроля использовали результаты манометрии 10-ти практически здоровых добровольцев. Достоверность межгрупповых различий определяли по критерию достоверности Стьюдента.

Результаты. Ультрасонографическое исследование выявило наличие структурных изменений в ЩЖ характерных для зоба II степени у 8-ми женщин из них субклинический гипотиреоз диагностирован у 3-х (ТТГ от 5,8 до 9,6 мМЕ/мл, сТ4 от 10,0 до 18,0 пм/л), а манифестный – у 5-ти (ТТГ 13,7±0,9 мМЕ/мл, сТ4–8,9±0,4 пм/л) человек. У остальных 17-ти пациентов уровень ТТГ составил 1,6±0,1 мМЕ/мл, сТ4–15,2±0,5 пм/л, что соответствовало норме. По данным манометрического исследования у больных с гипотиреозом продолжительность мигрирующего моторного комплекса (ММК) (114,4±11,3) по сравнению с кон-

тролем (86,5±13,4) была увеличена на 30-40% у 5-ти больных за счет I фазы, у 3-х – за счет II фазы ММК; сократительная активность 12-перстной кишки характеризовалась снижением амплитуды волн давления 37,0±4,3 мм.рт.ст. (в контроле – 53,8±2,9 мм.рт.ст.) (p<0,05) во II и III фазе ММК. Для пациентов с увеличенной по продолжительности II фазой ММК было характерно нарушение натошачевой моторики 12-перстной кишки по дисмоторному типу, заключающееся в увеличении на 50-60% волн ретроградного или стационарного характера и появление кластерных непропульсивных сокращений 12-перстной кишки. У 6-ти женщин с гипотиреозом была диагностирована функциональная форма ХДН, которая сочеталась с язвенной болезнью 12-перстной кишки – у 3-х, хроническим панкреатитом – у 3-х, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью – у 2-х, желчно-каменной болезнью – у 2-х человек. У 2-х больных сопутствующих гастроэнтерологических заболеваний выявлено не было. У пациентов без патологии ЩЖ в 13 случаях причина ХДН была механической.

Заключение. При обследовании больных с ХДН следует исследовать содержание ТТГ и сТ4. При выявлении гипотиреоза в комплекс общепринятых лечебных мероприятий патогенетически оправдано включать L-T4 (левотироксин) в дозе, обеспечивающей эутиреоз. При гипотиреозе чаще диагностируется функциональная форма ХДН, характеризующаяся гипотоническим гипокинетическим, реже гипотоническим гиперкинетическим типом моторики 12-перстной кишки. Обусловленность гастроэнтерологических нарушений моторики ЖКТ тиреоидными причинами подтверждается тенденцией к их обратному развитию на фоне компенсации гормонально-метаболических расстройств.

ЛОКАЛИЗАЦИЯ ИСХОДНОГО ДОМИНАНТНОГО ПЕЙСМЕКЕРНОГО РЕГИОНА СИНУСНОГО УЗЛА СЕРДЦА КРЫС

Сутягин П.В., Акрамова Д.Х.,
Князева Л.А., Чарыева И.Г., Пылаев А.С.
*Российский Государственный
Медицинский Университет,
Москва*

Местоположение синусно-предсердного узла целого ряда видов млекопитающих, в том числе и человека, тесно связано с артерией, называемой артерией синусного узла. Синусно-предсердный узел сердца крыс расположен вокруг и вдоль этой артерии. Витальное окрашивание трипановым синим показало, что артерия синусного узла располагается на границе правой краниальной вены и правого ушка, направление ее хода – в сторону каудальной полой вены, где она истончается и распадается на мелкие артериолы. Индивидуальные особенности хода артерии можно объединить в два варианта: а) отсутствие видимого ветвления или каудальное ветвление (6 случаев), б) краниальное ветвление артерии (11 случаев).

Местоположение доминантного пейсмекерного региона (ДПР) определялось электрофизиологически с помощью стеклянных микроэлектродов. В нем