

**0035. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ
ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ КОНТАКТНОГО
ХИМИЧЕСКОГО ЛИТОЛИЗА (КХЛ)**

**Э.В. Трифонова, О.В. Рыжкова,
Р.Г. Сайфутдинов
Кафедра терапии ГБОУ ДПО КГМА
МЗСР РФ, г.Казань, МСЧ ОАО “Татнефть”
и г. Альметьевск, Россия**

Цель работы: оценить влияние метил-трет бутилового эфира (МТБЭ) на сократительную способность желчного пузыря.

Материалы и методы: КХЛ проведен 5 женщинам с множественными (10-15) рентгеннегативными камнями желчного пузыря, отказавшимся от холецистэктомии. Сократительная способность желчного пузыря оценивалась по стандартной методике с сорбитом до процедуры, в процессе растворения, спустя 2, 6, 9 месяцев после КХЛ.

Результаты: Средний возраст пациентов составил $43,2 \pm 0,3$ лет. Индекс массы тела – $29,3 \pm 0,5$ кг/м². Давность холецистолитиаза – $5,3 \pm 0,5$ лет. Средний диаметр конкрементов – $12,3 \pm 0,8$ мм. Исходная сократительная функция желчного пузыря – $23,8 \pm 0,4\%$. Длина желчного пузыря – $72,4 \pm 1,1$ мм, ширина – $29,9 \pm 0,9$ мм, толщина стенки – $4,1 \pm 0,5$ мм. Успешный литолиз отмечен у всех пациентов. Время полного растворения составило $12,3 \pm 0,6$ часов, для лечения требовалось от 7 до 12 дней. КХЛ длился $65 \pm 1,2$ минут в сутки (от 15 минут до 3 часов). Назначения антибактериальных препаратов не требовалось. После удаления катетера осложнений не отмечено. Всем пациентам для профилактики рецидива камнеобразования назначен препарат урсодезоксихолевой кислоты (урсосан) 15 мг/кг в сутки. При динамическом наблюдении конкрементов в полости желчного пузыря не было. У 1 женщины выявлен холестероз. Длина желчного пузыря составила $76,6 \pm 1,6$ мм, ширина – $32,3 \pm 1,4$ мм, толщина

стенки – $2,7 \pm 0,8$ мм. Сократительная функция желчного пузыря $37,5 \pm 0,8\%$.

Выводы: после растворения холестериновых камней желчного пузыря с использованием МТБЭ сократительная функция желчного пузыря достоверно усилилась (до процедуры – $23,8 \pm 0,4\%$, после – $37,5 \pm 0,8\%$, $p < 0,001$).

0036. ФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Э.В. Трифонова, О.В. Рыжкова,
Р.Г. Сайфутдинов, Р.К. Хаирова, З.З. Детистова
Кафедра терапии ГБОУ ДПО КГМА
МЗ СР, г. Казань, МСЧ ОАО «Татнефть»
и г. Альметьевск, Россия

Цель работы - оценить функцию щитовидной железы у больных желчекаменной болезнью (ЖКБ).

Материалы и методы: УЗИ щитовидной железы выполнено 540 (354 (65,6%) женщинам и 186 (34,4%) мужчинам) больным ЖКБ. Средний возраст составил $46,6 \pm 0,7$ лет (у женщин – $46,1 \pm 0,3$ лет, мужчин – $46,9 \pm 0,9$ лет, $p > 0,05$). Определение уровня трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4), тиреотропного гормона (ТТГ) и антител к тиреопероксидазе (АТ к ТПО) осуществляли иммуноферментным анализом микроплощечным методом на аппарате, автоматическом ридере и вошере фирмы «Bio-tek» (США) с использованием реагента «Алкор-био» (Россия).

Результаты: при УЗИ правой доли щитовидной железы зарегистрированы следующие параметры: длина – $43,2 \pm 0,6$ мм (у женщин – $43,6 \pm 0,8$ мм, у мужчин – $42,7 \pm 0,9$ мм, $p > 0,05$), толщина – $19,1 \pm 0,4$ мм (у женщин – $18,6 \pm 0,5$, у мужчин – $19,8 \pm 0,6$ мм, $p > 0,05$), ширина – $17,1 \pm 0,4$ мм (у женщин – $16,6 \pm 0,5$ мм, у мужчин – $17,9 \pm 0,7$ мм, $p > 0,05$); левой доли: длина – $42,2 \pm 0,8$ мм (у женщин – $41,9 \pm 1,2$ мм, у мужчин – $42,7 \pm 1,2$ мм, $p > 0,05$), толщина – $18,1 \pm 0,6$ мм (у женщин – $16,7 \pm 0,7$ мм, у мужчин – $20,1 \pm 0,9$ мм, $p < 0,05$), ширина – $16,5 \pm 0,8$ мм (у женщин – $15,6 \pm 0,6$ мм, у мужчин – $17,8 \pm 1,7$ мм, $p > 0,05$); размеры перешейка – $4,1 \pm 0,2$ мм (у женщин – $3,9 \pm 0,2$ мм, у мужчин – $4,3 \pm 0,4$ мм, $p > 0,05$). Уровень Т3 составил $1,6 \pm 0,1$ нмоль/л (у женщин – $1,5 \pm 0,1$ нмоль/л, у мужчин – $1,6 \pm 0,1$ нмоль/л, $p > 0,05$), Т4 – $94,3 \pm 2,3$ нмоль/л (у женщин – $95,5 \pm 2,6$ нмоль/л, у мужчин – $92,6 \pm 5,0$ нмоль/л, $p > 0,05$), ТТГ – $3,0 \pm 0,7$ мкМЕ/мл (у женщин – $3,8 \pm 1,0$ мкМЕ/мл, у мужчин – $1,5 \pm 0,2$ мкМЕ/мл, $p < 0,05$), АТ к ТПО – $36,9 \pm 15,7$ Е/мл (у женщин – $48,7 \pm 20,7$ Е/мл, у мужчин – $3,3 \pm 0,9$ Е/мл, $p < 0,05$).

Выводы: у женщин с ЖКБ отмечена дисфункция щитовидной железы: снижение ТТГ и повышение АТ к ТПО, что, возможно, является одной из причин большего распространения у них холелитиаза, чем у мужчин.

0037. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА.

Г.В. Тухватуллина

Клинический госпиталь ФКУЗ МСЧ МВД
России по Республике Татарстан

Реферат. В данной статье отражены сведения об исследовании, позволяющем контролировать уровень глюкозы, оценивать углеводный обмен за длительный период времени и отдалять риск прогрессирования отдаленных осложнений диабета.

Клиническое значение определения гликозилированного гемоглобина (HbA1c)

Очень важно при ведении больных сахарным диабетом добиться оптимального содержания глюкозы в крови. Контроль уровня глюкозы в крови больной может проводить самостоятельно (портативными глюкометрами) или в лаборатории. Результат единичного определения глюкозы в крови показывает концентрацию глюкозы на момент взятия, поэтому сделать какие-либо предположения о состоянии углеводного обмена больного между измерениями не представляется возможным. Оценить углеводный обмен у больного за длительный период времени можно только измеряя концентрацию гликозилированного гемоглобина в крови, согласно рекомендациям Комитета по контролю за диабетом и его клиническими осложнениями (DCCT). По данным исследований, проводимых DCCT, было показано, что риск развития и прогрессирования отдаленных осложнений диабета 1 типа тесно связан со степенью эффективности контроля уровня гликемии, выраженного в содержании гликозилированного гемоглобина в крови.

Характеристика показателя.

Гликозилированный гемоглобин (употребляется также термин «гликированный гемоглобин») образуется в результате неферментативного присоединения глюкозы к N – концевым участкам β – цепей глобина гемоглобина A1 и обозначается как HbA1c. Концентрация HbA1c прямо пропорциональна средней концентрации глюкозы в крови. У здоровых концентрация HbA1c в крови от 4 до 6%, у больных сахарным диабетом его уровень в 2 – 3 раза выше (в зависимости от степени гипергликемии). Образовавшийся HbA1c аккумулируется внутри эритроцитов и сохраняется в течение всего срока жизни эритроцита. Полупериод циркуляции эритроцита в кровяном русле составляет 60 суток, таким образом, концентрация HbA1c отражает уровень гликемии пациента за 60 – 90 дней до исследования [2, 3]. Огромное число исследований с использованием традиционных методов измерения содержания глюкозы подтвердило взаимосвязь HbA1c и уровня гликемии пациента [12-14]. Результаты исследований, проведенных DCCT в 90-х годах, послужили основанием для подтверждения гипотезы о том, что уровень HbA1c отражает уровень глюкозы в