

**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) рентггенегативными 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/м<sup>2</sup>. 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  $\beta$  – 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