

ТАБЛИЦА 4

Сроки до- и послеоперационного пребывания больных с мочепузырными кровотечениями $M \pm m$ (в койко-днях) в зависимости от наличия послеоперационных осложнений

Наличие послеоперационных осложнений	экстренные		срочные		отсроченные	
	до	после	до	после	до	после
Осложненные	-	-	-	20,2 ± 12,4	10,8 ± 5,7	17,7 ± 9,0
Неосложненные	-	14,5 ± 5,0	2,1 ± 0,5	12,1 ± 5,5	11,6 ± 6,0	14,5 ± 6,0

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение сроков, характера и объема ТУВ показало, что почти у половины больных удается выполнить операцию в необходимом объеме в отсроченном периоде. Однако многие ТУВ выполнялись в экстренном и срочном порядке, что было продиктовано безуспешностью консервативного лечения и продолжающимся кровотечением.

О. Н. Родионова, Э. Ю. Реутова, А. Р. Бабаева

Кафедра факультетской терапии ВолГМУ

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

УДК 616.33/34-008.1-07

У 40 больных функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ФЗ ЖКТ) исследован тиреоидный статус. Средние значения концентрации тиреоидных гормонов у больных функциональной диспепсией (ФД) и синдромом раздраженного кишечника (СРК) достоверно не отличались от аналогичных показателей в контрольной группе. Однако у ряда больных обнаружены функциональные нарушения тиреоидного статуса в виде изменения уровня тиреоидных гормонов, зачастую сочетающиеся с органической патологией в виде кальцинатов и кист малого размера.

Ключевые слова: функциональная диспепсия, синдром раздраженного кишечника, щитовидная железа, свободный Т3, свободный Т4, тиреотропный гормон.

O. N. Rodionova, E. Yu. Reutova, A. R. Babaeva

SOME ASPECTS OF THYROID SATUS IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS

We studied thyroid status in 40 patients with functional gastrointestinal disorders. In some patients functional disorders of thyroid status manifested themselves as thyroid hormone level changes, which were frequently combined with the organic pathology such as calcinates and small cysts.

Key words: functional dyspepsia, irritable bowel syndrome, thyroid gland, free T3, free T4, thyroid stimulating hormone.

Несмотря на то, что ФЗ ЖКТ уделяется в современной гастроэнтерологии большое внимание, точные механизмы развития данной патологии во многом до конца не изучены [1]. В последние годы обсуждается роль тиреоидной гормональной системы в формировании клинических проявлений ФД и СРК, поскольку гормоны щитовидной железы (ЩЖ) оказывают значимое влияние на моторику ЖКТ [1, 2]. Однако в целом исчерпывающие данные о содержании тиреоидных гормонов и струк-

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности и целесообразности выполнения ТУВ при мочепузырных кровотечениях и необходимости дальнейших исследований в этом направлении.

Предложенная нами рабочая классификация ТУВ позволяет, по нашему мнению, облегчить их систематизацию и унификацию в неотложной урологической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Левковский Н. С. Трансуретральная резекция предстательной железы и мочевого пузыря. — СПб.: Вита — Нова, 2002. — 200 с.
2. Лопаткин Н. А., Мартов А. Г. Практическое руководство по трансуретральной эндоскопической электрохирургии доброкачественной гиперплазии предстательной железы. — М.: Триада-М, 1997. — 144 с.
3. Лопаткин Н. А., Мартов А. Г. // Материалы X Российского Съезда урологов. — М., 2002.
4. Lee D. // J. Urol. — 2006. — Vol. 4, I.3. — P. 12—14.

турных изменениях ЩЖ у больных ФД и СРК на сегодняшний день крайне немногочисленны, а стройно сформулированная концепция возможных нарушений тиреоидного статуса у данной категории пациентов пока отсутствует.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

В связи с этим нам представлялось актуальным изучение тиреоидной гормональной системы у больных ФД и СРК.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включено 40 больных ФЗ ЖКТ (20 больных ФД и 20 больных СРК, Римские критерии III, 2006). Возраст больных ФЗ ЖКТ колебался от 18 до 45 лет (10 мужчин; (25 %) и 30 женщин; (75 %)) и составил в среднем в общей группе $(26,30 \pm 6,13)$ лет; средняя длительность заболевания — $(9,6 \pm 3,6)$ года. В контрольную группу вошли 20 практически здоровых лиц — 9 мужчин (45 %) и 11 женщин (55 %) — в возрасте от 18 до 41 года, средний возраст составил $(23,20 \pm 4,32)$ года. Возрастной и гендерный состав указанных групп был вполне сопоставим.

Критериями исключения из исследования являлись: наличие органической патологии ЖКТ, симптомы «тревоги», позволяющие заподозрить органическое заболевание (немотивированная потеря массы тела; дисфагия; рвота с кровью; мелена, гематохезия; симптомы диспепсии, впервые возникшие в возрасте старше 45 лет; сопутствующий прием лекарственных средств, потенциально способных приводить к нарушению функции ЖКТ; прогрессирующее течение заболевания; лихорадка; изменения в объективном статусе [гепатомегалия, спленомегалия и т. д.]), лабораторные сдвиги (кровь в кале, лейкоцитоз, анемия, ускорение СОЭ, изменения в биохимии крови и т. д.), а также наличие любых острых заболеваний или обострений хронических процессов.

Пациенты сравниваемых групп обследованы по единой программе, включающей в себя обязательные инструментальные исследования (эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и малого таза, УЗИ ЩЖ, эндоскопия толстой кишки и ирригография) и диагностический лабораторный минимум по общепринятым методикам (общий анализ крови и мочи, общий белок и белковые фракции крови, глюкоза крови, электролиты, биохимическое исследование крови — билирубин, трансаминазы, мочевины, креатинин).

Наряду с традиционным лабораторно-инструментальным обследованием всем участникам исследования проводилось количественное определение уровня свободного Т4 (свТ4), свободного Т3 (свТ3) и тиреотропного гормона (ТТГ) в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа (ИФА) с помощью стандартного тест-набора ЗАО «Алкор Био» (Санкт-Петербург). Постановку реакций проводили согласно прилагаемым к набору инструкциям с обязательным контролем стандартных позитивных и негативных сывороток, входящих в состав тест-систем. Результаты ИФА оценивали на планшетном спектрофотометре «Униплан-2000» при длине волны 405 нм с ранжированием результатов в строгом соответствии с рекомендациями, указанными в инструкции. Расчет содержания тиреоидных гормонов осуществлялся по калибровоч-

ной кривой, построенной по результатам фотометрирования стандартных образцов.

Степень увеличения ЩЖ оценивалась на основании метода пальпации в соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения (1994). При УЗИ ЩЖ определялись размеры, структура и объем органа в мл.

Для статистической обработки полученных данных использовали компьютерную программу «Microsoft Excel-статистика». Достоверность различий средних величин сравниваемых показателей оценивали по критерию Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате исследования установлено, что больные ФЗ ЖКТ характеризовались изменением тиреоидного статуса по сравнению с группой контроля. По данным пальпаторного исследования, нормальные размеры ЩЖ выявлены у 32 (80 %) пациентов с ФЗ ЖКТ (17 больных ФД и 15 больных СРК) против 16 человек в группе здоровых лиц (80 %). У оставшихся 8 (20 %) пациентов (3 больных ФД и 5 больных СРК) установлен зоб 1-й степени (против 1 человека в контрольной группе, 5 %). По результатам УЗИ, нормальный объем ЩЖ обнаружен у 30 (75 %) обследованных пациентов с ФЗ ЖКТ (12 больных ФД и 18 больных СРК). У 10 (25 %) больных ФЗ ЖКТ имело место увеличение ЩЖ зоб 1-й степени — против 1 (5 %) человека в контрольной группе. Средний объем ЩЖ у больных ФЗ ЖКТ в общей группе составил $(15,6 \pm 2,2)$ мл, что достоверно не отличалось от аналогичного параметра в контрольной группе [$(13,2 \pm 1,8)$ мл; $p > 0,05$]. При УЗИ ЩЖ у 10 (25 %; 5 больных ФД и 5 больных СРК) из 40 обследованных больных ФЗ ЖКТ найдено изменение экоструктуры органа в виде кальцинатов, кист и узловых образований диаметром более 3—4 мм, в то время как подобные изменения структуры ЩЖ среди здоровых лиц обнаружены в 10 % случаев ($p < 0,05$).

Средние значения концентрации свТ3, свТ4 и ТТГ как в общей группе больных ФЗ ЖКТ, так и у пациентов с ФД и СРК достоверно не отличались от аналогичных показателей в контрольной группе ($p > 0,05$) (табл. 1).

По результатам выполненного обследования у 12 больных ФЗ ЖКТ верифицирован эутиреоидный зоб: диффузный эутиреоидный — у 10 пациентов (25 %, из них — у 5 больных ФД и 5 больных СРК), узловой эутиреоидный — 2 (5 %) больных СРК, что оказалось выше, чем у лиц контрольной группы (1 человек, 5 %).

Нормальные значения свТ3, свТ4 и ТТГ, согласно прилагаемой инструкции, колеблются в пределах 1,4—4,2 пг/мл, 10—25 пмоль/л и 0,39—6,16 мкМЕ/мл соответственно. В соответствии с этими значениями был проведен анализ частоты положительных проб в обследуемых группах. Из-

менение концентрации ТТГ не было обнаружено ни у одного из 40 больных ФЗ ЖКТ (табл. 2).

ТАБЛИЦА 1

Концентрация свТ3, свТ4 и ТТГ в сыворотке крови больных ФЗ ЖКТ, ФД, СРК и контрольной группе

Группы больных	Содержание свТ3		Содержание свТ4		Содержание ТТГ	
	Уровень Т3, пг/мл	норм. знач.	Уровень Т4, пмоль/л	норм. знач.	Уровень ТТГ, мкМЕ/мл	норм. знач.
Больные ФЗ ЖКТ, n = 40	2,67	1,4-4,2	15,8	10,0-25,0	3,57	0,39-6,16
Больные ФД, n = 20	3,25	1,4-4,2	18,6	10,0-25,0	4,21	0,39-6,16
Больные СРК, n = 20	2,78	1,4-4,2	21,2	10,0-25,0	3,23	0,39-6,16
Контрольная группа, n = 20	3,01	1,4-4,2	18,5	10,0-25,0	3,22	0,39-6,16

ТАБЛИЦА 2

Частота обнаружения измененного содержания свТ3, свТ4, ТТГ и повышенного содержания свТ4 в сыворотке крови больных ФД, СРК и в контрольной группе, %

Группы	Содержание тиреоидных гормонов					
	Уровень свТ3, пг/мл		Уровень свТ4, пмоль/л		Уровень ТТГ, мМЕд/л	
	пониженный	повышенный	пониженный	повышенный	пониженный	повышенный
ФД, n = 20	25,0	10,0	15,0	15,0	0	0
СРК, n = 20	25,0	15,0	20,0	10,0	0	0
Контрольная группа, n = 20	5,0	0	5,0	5,0	1	1

Между тем, синдром «низкого» свТ3 в виде снижения уровня данного гормона, соответствующий синдрому эутиреоидной слабости, обнаружен у 10 (37,5 %;

5 больных ФД и 5 больных СРК) пациентов с ФЗ ЖКТ против одного человека (5 %) в контрольной группе.

Значения выше нормы при исследовании уровня свТ3 выявлены у 5 (7,5 %; 2 пациента с ФД и 3 пациента с СРК) больных ФЗ ЖКТ, между тем, как у здоровых лиц повышенного содержания свТ3 не было обнаружено. При изучении уровня свТ4 снижение его концентрации установлено у 7 (10,4 %; 3 больных ФД и 4 больных СРК) пациентов с ФЗ ЖКТ (против 5 % в контрольной группе, 1 человек), увеличение — у 5 (7,5 %; 3 больных ФД и 2 больных СРК) против 1 (5 %) человека в группе контроля. Следовательно, частота положительных проб по уровню свТ3 и свТ4 в отличие от ТТГ в группе больных ФД и СРК оказалась выше, чем у здоровых лиц.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты позволяют сделать заключение о том, что у больных ФЗ ЖКТ зачастую имеет место нарушение тиреоидного статуса в виде изменения структуры и функциональной активности органа, что не исключает возможного участия ЩЖ в механизмах формирования ФД и СРК. Это диктует необходимость дальнейшего изучения тиреоидной системы для уточнения механизмов формирования ФЗ ЖКТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. AACE clinical practice guidelines for the evaluation and treatment of hyperthyroidism and hypothyroidism. // Endocr. Pract. — 1995. — Vol. 1. — P. 54—62.
 2. Baskin H. J. // Endocr. Pract. — 1995 — Vol. 1 — P. 302—305.

Е. А. Резникова, И. В. Лекарева, А. Р. Бабаева

Кафедра факультетской терапии ВолГМУ

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И СТЕПЕНИ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА

УДК 616.379-008.64-06

В ходе данного исследования был проведен анализ структуры поздних осложнений и степени компенсации углеводного обмена у пациентов, страдающих сахарным диабетом 2-го типа.

Ключевые слова: сахарный диабет 2-го типа, гликемия, диабетические ангиопатии.

E. A. Reznikova, I. V. Lekareva, A. R. Babaeva

ANALYSIS OF THE STRUCTURE OF LONG-TERM COMPLICATIONS AND DEGREES OF COMPENSATION OF DIABETES MELLITUS TYPE II

The study analyzed the structure of long-term complications and the degrees of compensation of carbohydrate metabolism in patients suffering from diabetes mellitus type II.

Key words: diabetes mellitus type II, glycemia, diabetic angiopathies.

Профилактика и лечение поздних осложнений сахарного диабета (СД), развитие которых

во многом определяет высокие показатели инвалидизации и смертности пациентов, является