

17(77,3%) в возрасте от 44 до 79 лет. Ранее оперированы 3 (13,6%) больных (передняя резекция прямой кишки, аппендэктомия, лапароскопическое дренирование сальниковой сумки и брюшной полости). До 6 часов от начала заболевания госпитализирован 1 (4,5%) пациент, от 6 до 24 часов – 8 (36,4%), в течение 2-3 суток – 7 (31,8%), 4-6 суток – 4 (18,2%) и 12-14 суток – 2 (9,1%). Тяжелое состояние отмечено у 17 (77,3%) больных и средней тяжести – у 5 (22,7%). У пациентов и их родственников выясняли наличие сахарного диабета в анамнезе. Изучали уровень глюкозы в крови. Частота её определения зависела от периода лечения (до- или послеоперационный). Коррекцию уровня гликемии проводили путём внутривенного и подкожного введения малых доз инсулина короткого действия. Оценивали показатели общего анализа крови и мочи, биохимических исследований, ЭКГ, рентгенографии грудной и брюшной полостей, УЗИ, лапароскопии. Результаты наших исследований подтверждают данные других авторов, свидетельствующие о том, что сахарный диабет приносит негативные особенности в течение клинической картины ОКХ, характеризующееся быстрым прогрессирующим течением с развитием разнообразных осложнений. Послеоперационный период протекает тяжело с наличием частых осложнений и высокой летальности. Операция и наркоз – сильные стрессовые факторы, усугубляющие метаболические и иммунные нарушения, углубляют декомпенсацию сахарного диабета и сопутствующих заболеваний. В связи с этим придерживались более активной хирургической тактики. Так, до 6 часов после госпитализации оперирован 1 (4,5%) больной, от 6 до 24 часов – 20 (90,9%) и на 3 сутки – 1 (4,6%). Катаральная форма ОКХ диагностирована у 1 (4,5%) пациента, флегмонозная форма – у 8 (36,4%) и гангренозная форма – у 13 (59,1%). Осложненные формы заболевания преобладали у 18 (81,8%) больных, из которых у 15 (83,3%) был околопузырный инфильтрат и у 1 (5,6%) – абсцесс, у 1 (5,6%) – холедохолитиаз, механическая желтуха и у 1 (5,6%) – перфорация желчного пузыря.

Всем пациентам выполнена холецистэктомия от шейки, дополненная у 1 (4,5%) больного холедохолитомией с дренированием холедоха по Вишневскому. Санировали и широко дренировали зону операции многоканальным трубчатым дренажом собственной конструкции.

В послеоперационном периоде продолжена многокомпонентная консервативная терапия, направленная на нормализацию функций всех органов и систем. Осложнений и летальных исходов не наблюдали.

Таким образом, практически у всех пациентов с ОКХ, страдающих сахарным диабетом, отмечено быстрое прогрессирующее течение, имели место деструктивные формы, среди которых преобладали гангренозные – 61,9%. Придерживались более активной хирургической тактики – 90,9% больных оперировали в первые сутки, что улучшило результаты лечения.

МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ ДИСБАЛАНС ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ С ДИФфуЗНЫМИ И ДИФфуЗНО-ОЧАГОВЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ю.И. Караченцев^{1,2}, О.А. Гончарова¹, И.М. Ильина²

¹Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины;

²Институт проблем эндокринной патологии им. В.Я. Данилевского НАМН Украины, г. Харьков

Сложная проблема взаимодействия между микроэлементами в организме разработана на сегодняшний день недоста-

точно, но исследования в этом направлении активно проводятся (Б. А. Курляндский, В. А. Филов, 2002). Установлено, в частности, что соединения кадмия (Cd) и ртути (Hg) проявляют аддитивный эффект, вместе с тем, отмечен выраженный антагонизм этих и других тяжелых металлов с селеном (Se) и цинком (И.И. Доценко, Р. Д. Габович, 2004).

Антагонизм Se по отношению к Cd, Hg и мышьяку лежит в основе одной из гипотез, объясняющих установленный в рамках функционирования норвежского банка сывороток крови доноров (проект Janus) факт, что дефицит Se является фактором риска рака щитовидной железы (ЩЖ) (Dislefos, 2006). В качестве механизма такого антагонизма сегодня рассматривается роль металлотронеинов – семейства низкомолекулярных белков с высоким содержанием цистеина, которые способны связывать как физиологические, так и ксенобиотические металлы (Thirumoorthy N., 2011). В свою очередь, Se отвечает за синтез селен-цистеин-содержащих протеинов (V. F. Brauer, 2006).

Цель исследования – изучить уровни Se и Cd в волосах жителей г. Харькова в зависимости от наличия аутоиммунного тиреоидита (АИТ), в т.ч. его диффузно-очаговой формы.

Исследованы уровни Se и Cd в волосах у 45 женщин в возрасте 40-63 лет, не менее 10 лет проживающих в г. Харькове. 30 женщин с АИТ составили основную группу, 15 (без тиреопатологии) – контрольную. Исследование проведено с помощью атомно-абсорбционного спектрометра ICE3500 (ThermoFisherScientific, USA). За нормальные показатели принимали уровни Se в диапазоне 0,8-1,15 мкг/г, Cd – 0,05-0,25 мкг/г. Состояние ЩЖ оценивали по данным УЗИ, уровням ТТГ, FT4, антител к тиреопероксидазе и тиреоглобулину. Все показатели проанализированы в сравнительном аспекте между группами женщин с АИТ и контрольной группы, у больных АИТ – в подгруппах с наличием очаговых изменений в ЩЖ и с диффузной патологией по данным УЗИ. Статистическая обработка данных выполнена с помощью программы BiostatisticVersion 6.0.

Уровень Se в волосах был снижен у 95% женщин с АИТ и у 93,3% – в контроле, при этом средние показатели уровня были одинаковыми в данных рассмотренных группах (0,38±0,02 мкг/г), что может свидетельствовать о недостаточной обеспеченности Se в г. Харькове. В подгруппах женщин с АИТ с диффузно-очаговыми изменениями ЩЖ и с диффузной патологией уровни Se достоверно не отличались (0,41±0,04 против 0,35±0,03 мкг/г соответственно, p>0,05). Уровень Cd в волосах превышал норму у 40,0% женщин с АИТ и у 6,7% – в контрольной группе (p<0,001). Средний показатель уровня Cd был повышен у больных АИТ и в пределах нормы – в контроле, разница между группами была достоверной (0,28±0,05 против 0,14±0,03 мкг/г, p<0,05). У больных АИТ наличие очаговой патологии железы сопровождалось достоверным повышением уровня Cd (0,41±0,09 против 0,19±0,04 мкг/г, p<0,05). При этом данный показатель при АИТ с диффузными изменениями ЩЖ оказался в пределах нормы, хотя и превышал данные контрольной группы на 35,7% (0,19±0,03 против 0,14±0,03 мкг/г).

Выводы: 1. Результаты проведенного исследования позволяют сделать предварительный вывод, что г. Харьков относится к территориям с недостаточной обеспеченностью селеном и обосновывают необходимость проведения расширенных исследований в масштабах города и области.

2. На фоне селенодефицита имеет место повышение уровня кадмия у больных аутоиммунным тиреоидитом с диффузно-очаговыми изменениями щитовидной железы. Учитывая данные об антагонизме в организме селена и кадмия, коррекция уровня селена может быть использована в комплексных мероприятиях по профилактике очаговой тиреопатологии.