В экстренном порядке 01.10.2010 выполняется ЭТПВ в объеме ЭРХГ, ЭПСТ, НБД, при котором диагностируется компрессия ОЖП на уровне ворот печени (рис. 3). 05.10.2010 при уровне билирубина 25 мкмоль/л выполняется ВЛХЭ. Больной выписан в удовлетворительном состоянии на 5-е сут. после операции.

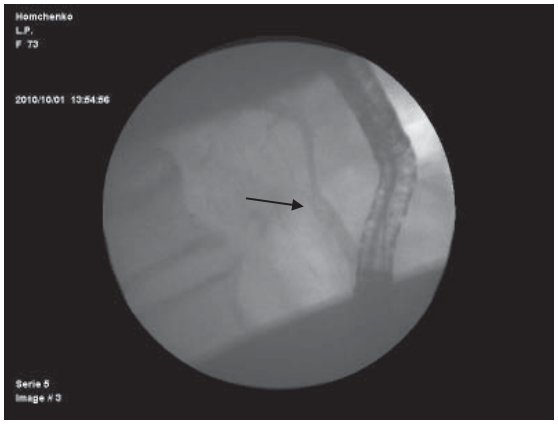

Рис. 3. ЭРХГ больного Х. с синдромом Миризи I тип по C. McSherry. Сдавление ОЖП шейкой желчного пузыря (обозначено стрелкой), умеренная эктазия внутрипеченочных желчных протоков

В лечении синдрома Миризи все шире используются максимально малоинвазивные эндоскопические методики. Поэтому с целью диагностики и первого этапа вмешательства больным выполнялось ЭРХПГ, ЭПСТ с последующим выполнением этапных литотрипсий и экстракций, в 1 случае удалось выполнить ДУВЛ. В 4-х случаях после санации билиарного дерева выполнена ВЛХЭ. В 6 случаях при тяжелой сопутствующей патологии, пожилом и старческом возрасте ограничились стентированием общего желчного протока.

В 4-х случаях диагноз данного заболевания устанавливался во время ВЛХЭ, основными его признаками были инфильтрат в подпеченочном пространстве справа, отсутствие пузырного протока с пролабированием конкремента из просвета пузыря в просвет ОЖП. Оперативное вмешательство завершали отсечением желчного пузыря от ОЖП с запасом тканей, позволявших выполнить пластику стенки ОЖП путем использования клипс или наложением интракорпорального шва.

У 15 (36,6%) больных из 41 пациента с СМ выполнены открытые традиционные вмешательства. У 13 больных использовалась стандартная и более простая методика, заключавшаяся в выполнении лапаротомии, холецистэктомии, холедохолитотомии с дренированием ОЖП по Керу. Холецистэктомию выполняли с запасом тканей стенок пузыря, чтобы при необходимости выполнить пластику дефекта стенки ОЖП. Данное вмешательство выполнялось только при полной уверенности в адекватном желчеоттоке, обеспеченном ЭТПВ, что подтверждалось при контрольной ЭРХПГ и интраоперационной холеграфии. В одном случае при невозможности обеспечения при ЭТПВ адекватного желчеоотока наложен ХДА, в другом случае после выполненной ЭПСТ, механической литотрипсии и литоэкстракции после полной санации билиарного дерева выполнена лапаротомия, холецистэктомия.

Заключение

Таким образом, на современном этапе, эндоскопические методы диагностики и лечения больных с осложненной ЖКБ в сочетании с методиками эндобилиарного стентирования, ДУВЛ и позволяют в 90% случаев добиться адекватной декомпрессии и санации желчных протоков, а при наличии синдрома Миризи только у 36,6% выполнять открытые лапаротомные вмешательства.

Список литературы

1. Назыров Ф.Г. Диагностика и лечение синдрома Миризи / Ф.Г. Назыров, М.М. Акбаров, М.Ш. Нишанов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2010. – № 4. – С. 67-73.

2. Охотников О.И. Рентгенохирургическое лечение синдрома Миризи у больных с высокой степенью операционно-анастезиологического риска / О.И. Охотников, С.Н. Григорьев, М.В. Яковлева // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Т. 14, № 3. – С. 22-29.

3. Диагностика и лечение внутренних желчных свищей у больных с желчнокаменной болезнью / Э.Х. Байчоров, В.И. Греясов, Б.Б. Хациев [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Т. 14, № 4. – С. 43-47.

4. Шиленок В.Н. Синдром Миризи: диагностика, лечебная тактика / В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин, В.Н. Соболь // Актуальные проблемы хирургической гепатологии: XVII междунар. конгр. хирургов-гепатологов стран СНГ, Уфа, 15-17 сент. 2010 г.: тез. докл. / РАМН, Ассоц. хирургов-гепатологов России и стран СНГ, Башкир. гос. мед. ун-т Росздрава [и др.]. – Уфа, 2010. – С. 148.

5. Влияние рубцово-воспалительного процесса на результаты лечения больных с калькулезным холециститом / Ч.С. Германович, С.И. Яковлев, В.Ю. Самсонов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – Т. 15, № 3. – С. 12-14.

6. Чрескожное чреспеченочное желчеотведение у больных механической желтухой: 25 лет эволюции метода / В.Г. Ившин, И.В. Малафеев, А.Ю. Якунин [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Т. 14, № 1, прил. – С. 11. – (Пленум правления ассоц. хирургов-гепатологов стран СНГ, Рязань, 20-21 марта 2009 г.: тез. науч. работ).

7. Ahlawat S.K. Mirizzi syndrome / S.K. Ahlawat, R. Singhania, F.H. Al-Kawas // Curr. Treat. Options. Gastroenterol. – 2007. – Vol. 10, № 2. – P. 102-110.

8. New diagnostic and surgical approach to Mirizzi syndrome / B.J. Sánchez, S.R. Cabezali, L.E. Monsalve [et al.] // An. Med. Interna. – 2007. – Vol. 24, № 6. – P. 281-284.

9. Охотников О.И. Транспапиллярные миниинвазивные вмешательства при холедохолитиазе / О.И. Охотников, С.Н. Григорьев, М.В. Яковлева // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – Т. 16, № 1. – С. 58-62.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПРИМЕРЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН САНКТ-ПЕТЕРБУРГА, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПОЗДНЕМ СРОКЕ ГЕСТАЦИИ

Беспалова В.С., Тер-Оганесянц Э.А.,
Соболева Д.Е., Дора С.В.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: lerabespalova@yandex.ru

Актуальность

Неотъемлемой частью гормонов щитовидной железы (ЩЖ) является йод. Под влиянием тиреоидных гормонов (ТГ) во время внутриутробного развития закладываются и формируются церебральные функции плода, а также другие органы и системы. Поэтому беременные женщины являются основной группой риска развития йододефицитных заболеваний (ЙДЗ) и не должны иметь даже лёгкий йододефицит (ЙД). ЙДЗ можно предупредить. В настоящее время существует 2 метода профилактики ЙДЗ: массовая профилактика – использование йодированной соли (ЙС) – и групповая/индивидуальная – применение препаратов йодида калия. Второй метод профилактики применяется среди групп риска развития ЙДЗ. Однако, несмотря на усилия международных организаций по борьбе с ЙДЗ, большая часть населения планеты имеет недостаток йода. Российская Федерация (РФ) также является территорией легкого ЙД.

Цель исследования: определить йодобеспечение женщин, находящихся в 3 триместре беременности, и оценить эффективность проводимых методов профилактики ЙД среди представительниц основной группы риска ЙДЗ, проживающих в Санкт-Петербурге.

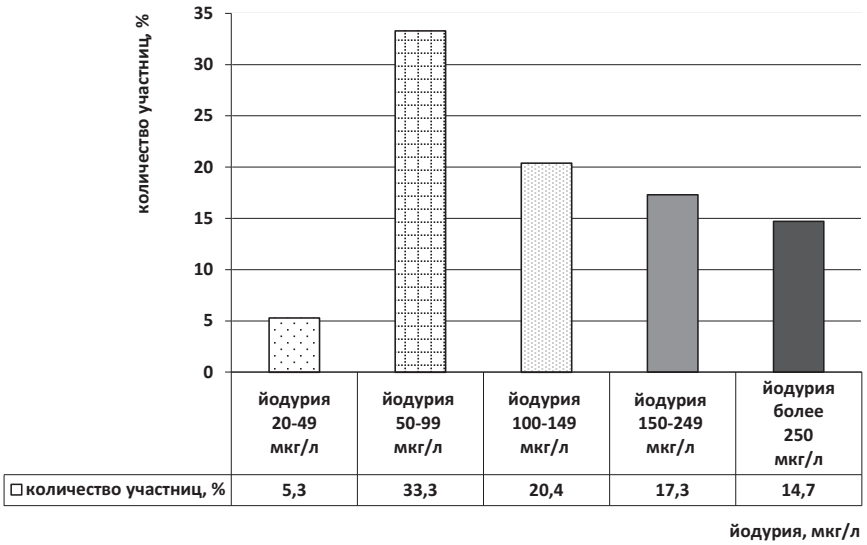

Рис. 1. Йодобеспечение беременных женщин

Материалы и методы

С февраля по октябрь 2014 года были обследованы 74 беременные женщины, проживающие в Санкт-Петербурге не менее трёх лет. Все участницы заполнили краткую анкету по питанию, важными вопросами в которой были: употребление ЙС и препаратов калия йодида (в том числе поливитаминов с йодом). Все беременные были осмотрены эндокринологом, произведена пальпация ЩЖ. Была однократно забрана порция дневной мочи (до 12.00) с последующим расчётом медианы йодурии церий-арсенитным методом (реакция Sandell-Kolthoff). Степень тяжести ЙД оценивалась по уровню медианы йодурии беременных, предложенной ВОЗ: более 250 мкг/л соответствует избыточному потреблению йода, 150-249 мкг/л – адекватному потреблению йода и менее 150 мкг/л-дефициту йода. Обработка результатов исследования выполнена с помощью статистической программы SPSS 16.0 (SPSS Inc, США). Исследование поддержано грантом конкурса научных проектов молодых ученых ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Результаты

Средний возраст участниц – 29,78 ± 0,64 лет. Медиана йодурии составила 117,25 мкг/л (25,40-470,20 мкг/л), что соответствует дефициту йода. Причём 51 участница (68,9%) имела йодурию менее 150 мкг/л, а 23 (31,1%) – более 150 мкг/л. Если основываться на классификации ВОЗ ЙД по степени тяжести для школьников и других возрастных групп населения, то легкий ЙД имеют 24 беременные (33,3%), умеренный – 4 (5,3%). Избыточное потребление йода, характерное для беременных женщин выявлено у 11 человек (14,7%) (рис. 1).

По результатам опросников выяснено, что употребляют ЙС 38 женщин (51,4%), 31 беременная (41,9%) не употребляет ЙС и 5 человек (6,8%) не знают, какую соль они употребляют. 35 беременных (47,3%) употребляют препараты йодида калия. Получены данные о том, что медиана йодурии женщин, принимающих ЙС и препараты калия йодида достоверно выше (p=0,031), чем медиана йодурии женщин, не принимающих ни ЙС, ни препараты калия йодида.

При анализе зависимости йодобеспечения от начала приема препаратов калия йодида выяснено, что медиана йодурии 19 беременных, принимавших препараты калия йодида с 1 триместра и до момента исследования, достоверно выше медианы йодурии группы, не принимавшей препараты калия йодида (p=0,006), а также соответствует рекомендуемой норме для беременных женщин – 190,50 мкг/л. Медиана йодурии 16 беременных, продолжавших прием препаратов калия йодида со 2 триместра – 132,70 мкг/л, что также достоверно выше медианы йодурии группы, не принимавшей препараты (p=0,036), однако ниже рекомендуемой нормы. 39 женщин, не принимавших препараты йода в течение всей беременности, находятся в дефиците йода: медиана йодурии – 81,00 мкг/л. Достоверной разницы между женщинами, начавшими приём препаратов в 1 и во 2 триместре, нет (p=0,213).

Выводы

1. Беременные женщины Санкт-Петербурга находятся в ЙД.
2. ЙС и препараты калия йодида принимают чуть более половины беременных женщин, что отражает недостаточную эффективность мер борьбы с ЙДЗ в Санкт-Петербурге.
3. Начало приема препаратов калия йодида (в том числе и поливитаминов с йодом) в первом триместре обеспечивает адекватное потребление йода в течение беременности.

Список литературы

1. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Трошина Е.А. и др. Дефицит йода – угроза здоровью и развитию детей России: национальный доклад. 2006. – 123 с.

2. Дора С.В., Красильникова Е.И., Волкова А.Р. и др. Оценка йодобеспечения Санкт-Петербурга в 1999 и 2010 годах. Результаты эпидемиологического исследования // Проблемы женского здоровья. – 2010. – 84 с.

3. Сенькевич О.А., Ковальский Ю.Г., Езерский Р.Ф. Антенатальный йододефицит на Дальнем Востоке – фактор риска формирования патологических состояний новорожденных // Дальневосточный медицинский журнал. – 2012. – № 3. – URL: http://www.fesmu.ru/dmj/20123/2012307.aspx

4. Haji Kedir, Yemane Berhane, Alemayehu Worku. Subclinical Iodine Deficiency among Pregnant Women in Haramaya District, Eastern Ethiopia: A Community-Based Study // Journal of Nutrition and Metabolism. – 2014. – URL: http://dx.doi.org/10.1155/2014/878926

5. WHO, UNISEF, ICCIDD. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination. 2001. – 98 p.

6. WHO. Guideline: Fortification of Food-Grade Salt with Iodine for the Prevention and Control of Iodine Deficiency Disorders. – Geneva, 2014. – URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK254244/#background.s1