

ммоль/л. Высокий уровень ХС ЛПВП ($2,5 \pm 0,3$ ммоль/л) обнаружен у 53% больных, причем его повышение зависело от возраста. Так, у лиц в возрасте от 23 до 39 лет его уровень составлял 2,7 ммоль/л, тогда как в возрасте 40—55 лет — 2,2 ммоль/л. Средний уровень триглицеридов крови больных при поступлении был в пределах нормы ($1,6 \pm 0,2$ ммоль/л). Повышение содержания триглицеридов сыворотки крови до $2,5 \pm 0,3$ ммоль/л наблюдалось у 36,5% больных. Отмечалась обратная зависимость между содержанием триглицеридов и ХС ЛПВП. Так, уровень ХС ЛПВП у больных с гипертриглицеридемией был гораздо ниже, чем при нормотриглицеридемии (соответственно 1,9 и 2,9 ммоль/л). Средний уровень общего холестерина сыворотки крови всех больных при поступлении был в пределах нормы ($5,2 \pm 0,4$ ммоль/л). Небольшое повышение его уровня констатировано лишь у 22,2% больных.

Исследование липидов крови больных через 12 дней лечения показало достоверное понижение до нормальных величин уровня ХС ЛПВП (в среднем $1,2 \pm 0,1$ ммоль/л), тенденцию к понижению содержания общего холестерина (в среднем $4,0 \pm 0,3$ ммоль/л) и к повышению уровня триглицеридов крови (в среднем $1,7 \pm 0,2$ ммоль/л).

Таким образом, нами выявлено почти двукратное увеличение уровня ХС ЛПВП в сыворотке крови у 53% больных до начала лечения; причем более значительным оно было у лиц молодого возраста.

Следовательно, подъем уровня ХС ЛПВП в крови может служить объективным и чувствительным диагностическим признаком злоупотребления алкоголем, а его нормализация у больных хроническим алкоголизмом — ценным тестом контроля за ходом лечения и критерием воздержания от приема алкоголя.

УДК 616.367—003.7—073.75

С. А. Кондрашин (Калуга). Рентгеноэндобилярные вмешательства при холестазах различной этиологии

Хорошие результаты применения рентгеноэндобилярных вмешательств при различных формах поражений желчных путей, невысокая стоимость этих манипуляций по сравнению с операцией или эндоскопией, а также высокая частота билиарной патологии диктуют необходимость более широкого внедрения данного метода в практику здравоохранения.

В настоящее время наш опыт насчитывает более 40 чрескожных чреспеченочных холангиографий с помощью сверхтонких игл «Хиба» и стилет-катетеров, в ходе которых проводили различные рентгеноэндобилярные вмешательства. Стандартная программа их осуществления через иглу включала в себя холангиографию, отмывание желчных путей физиологическим раствором, извлечение контрастного вещества и желчи после исследования, внутрипротоковую антибиотикотерапию, введение спазмолитиков.

Выраженная обтурационная желтуха на почве опухоли желчных протоков и окружающих тканей, стриктур и стенозов желчевыводящих путей служит показанием к более сложным рентгеноэндобилярным вмешательствам. Подобным больным выполняли глубокое зондирование внепеченочных желчных протоков специальным зондом с последующим наружным желчеотведением, бужирование сужений различного характера. Наружное

и наружновнутреннее желчеотведение производили 4 больным с опухолью гепатикохоледаха и одной больной с холедохолитиазом как паллиативную операцию или в качестве предоперационной подготовки. Наибольшая длительность желчеотведения составила 4 недели.

В 4 случаях дриенирования холедаха по Вишневскому при стенозах воспалительного характера в послеоперационном периоде через дренаж осуществляли катетеризацию и баллонную дилатацию зоны стеноза холедаха баллон-катетером ЭП ГИТО диаметром 6 мм с последующим наружновнутренним желчеотведением. Эффективность дриенирования желчных путей зависела от внутреннего диаметра катетера, который был не менее 2,7—3,0 мм, что позволяло эвакуировать из печени по 800—1000 мл желчи в сутки и быстро купировать желтуху. Хороший отток желчи по дренажу предотвращает подтекание желчи вдоль катетера в брюшную полость, что имеет место при неадекватном использовании дренажей малого диаметра.

2 больным с резидуальными камнями холедаха через фистулу желчного пузыря удаляли камень петлей Дормия в одном случае и осуществляли фрагментацию конкремента с форсированным вымыванием мелких осколков из холедаха в двенадцатиперстную кишку — в другом. Свищи желчного пузыря закрылись. Наблюдение в течение 2 лет показало, что пациенты здоровы.

Все манипуляции выполняли под местной анестезией на рентгенодиагностических аппаратах с рентгенотелевидением («Ундистат», «Хирадур-125» «ТУР-Д-800»).

Наш опыт показывает, что в настоящее время сложились условия для более широкого внедрения рентгеноэндобилярных вмешательств в практику работы многопрофильных лечебно-профилактических учреждений. Для проведения данных обследований нужны опытные врачи-ангиологи, а также необходим выпуск соответствующих инструментов.

УДК 618.3—008.6+618.346—008.811.1

М. А. Ярцева (Ленинград). Гестоз беременных и многоводие

В последнее время все большее внимание клиницистов привлекает такое осложнение беременности, как многоводие.

В доступной литературе мы не обнаружили работ, которые бы раскрывали особенности течения гестоза беременных при многоводии. Кроме того, было бы интересно изучить частоту гестоза и его развитие с учетом возможных причин многоводия, оценить исход беременности для матери и плода при сочетании данных осложнений.

Под наблюдением находилось 161 беременная с многоводием, из них у 142 (88,2%) был гестоз беременных. Основной контингент (61,3%) составили беременные в возрасте от 20 до 30 лет.

Диагноз многоводия ставили по результатам клинического и ультразвукового (УЗИ) исследований, проводимых в динамике. Рассматривали только случаи хронического многоводия, при которых количество околоплодных вод было не менее чем 1,5 л. В зависимости от формы и тяжести гестоза применяли инфузионную, седативную, спазмолитическую, гипотензивную терапию и др.

При гестозе беременных и многоводии чаще всего выявлялись хроническая уrogenитальная инфекция и инсулинзависимый сахарный диабет, нередко они сочетались. Довольно большую группу