

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 нормоглицеридемии (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 снижению 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). Рентгенэндоскопические вмешательства при холестазе различной этиологии

Хорошие результаты применения рентгенэндоскопических 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 чреспечечочных холангиографий с помощью сверхтонких игл «Хибах» и стилет-катетеров, в ходе которых проводили различные рентгенэндоскопические 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, структур и стенозов желчевыводящих путей служит показанием к более сложным рентгенэндоскопическим вмешательствам. Подобным больным выполняли глубокое зондирование внепечечочных желчных протоков специальным зондом с последующим наружным желчеотведением, бужирование сужений различного характера. Наружное

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

В 4 случаях дренирования холедоха по Вишневскому при стенозах воспалительного характера в послеоперационном периоде через дренаж осуществляли катетеризацию и баллонную дилатацию зоны стеноза холедоха баллон-катетером ЭП ГИТО диаметром 6 мм с последующим наружновнутренним желчеотведением. Эффективность дренирования 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 холедоха через fistулу желчного пузыря удаляли камень петлей Дормиа в одном случае и осуществляли фрагментацию конкремента с форсированным вымыванием мелких осколков из холедоха 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 рентгенэндоскопических 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 находилась 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 инфузционную, седативную, спазмолитическую, гипотензивную терапию и др.

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

составили беременные с резус-отрицательной кровью без антител (13). У 49 беременных был инсулинзависимый сахарный диабет, у 34 — пиелонефрит, у 32 — генитальная инфекция, у 11 — ревматизм неактивной формы.

Наиболее часто встречающейся формой гестоза беременных при многоводии и сопутствующей патологии является отек. При сахарном диабете отек был у половины беременных. Нефропатия наблюдалась в основном при тяжелом течении сахарного диабета. У беременных с резус-отрицательной кровью нефропатия встречалась чаще, чем у беременных, у которых не было антител. При пиелонефrite у половины женщин была диагностирована нефропатия, тогда как при ревматизме и генитальной инфекции почти у всех был отек.

Отек беременных чаще предшествовал многоводию, а нефропатия возникала одновременно или после его развития. Отек появлялся преимущественно в сроки беременности от 26—27 до 36—37 нед, нефропатия — от 29—30 до 39—40 нед, многоводие — от 29—30 до 38—39 нед. При резусконфликтной беременности с наличием антител нефропатия определялась раньше. У беременных с многоводием помимо гестоза имели место следующие осложнения: угроза прерывания беременности (32%), токсикоз ее первой половины (7,7%), многоплодие (3,5%), тазовое предлежание (3,5%), меняющееся положение плода (1,4%). У 29% беременных была анемия, у 14,8% — ОРЗ при беременности, у 7,7% — сердечно-сосудистые заболевания, у 4,9% — заболевания дыхательной системы.

Из 142 женщин с многоводием и гестозом исход беременности был прослежен у 95: скрочными родами беременность закончилась у 58 (61,0%), преждевременными — у 35 (36,8%), запоздалыми — у 2 (2,2%). Преждевременные роды чаще наблюдались у беременных с инсулинзависимым сахарным диабетом и резус-конфликтом, а также при сочетании пиелонефрита и сахарного диабета. У 14 из 35 женщин с преждевременными родами было произведено досрочное прерывание беременности (при сахарном диабете — у 10, при резус-конфликте с наличием антител — у 2 и при хроническом пиелонефrite — у 2) в основном по показаниям со стороны плода.

В родах возникли следующие осложнения: несвоевременное отхождение вод (у 32,6%), аномалии родовой деятельности (у 12,6%), отслойка нормально расположенной плаценты (у 3,2%), нарушение жизнедеятельности плода (у 35,8%). Роды закончились оперативно у 23 женщин: кесарево сечение произведено у 19 (по показаниям со стороны плода — у 15, со стороны матери — у 4), акушерские щипцы наложены у 4. У 18 женщин с сахарным диабетом роды разрешены кесаревым сечением, у 4 — наложением акушерских щипцов. При хронической инфекции кесаревым сечением роды завершены у 3, при резус-конфликте — у 2.

У 95 женщин родились 90 живых детей, из них в хорошем состоянии (по шкале Апгар — 8—10 баллов) — 53 ребенка: 28 — у женщин с сахарным диабетом, 16 — при резус-отрицательной крови и несовместимости по АBO и 9 — при хронической инфекции. В удовлетворительном состоянии (по шкале Апгар — 6—7 баллов) рождены 23 ребенка: 15 — при сахарном диабете, 2 — при резус-отрицательной крови с наличием антител, 6 — при хронической инфекции. Асфиксия возникла у 14 детей: у 8 — при инсулинзависимом сахарном диабете, у 3 — при резус-отрицательной крови без антител, один — при резус-отрицательной крови с наличием антител, 2 — при хронической инфекции.

Таким образом, неблагоприятные результаты встречались чаще у беременных при резус-отрицательной крови с антителами и инсулинзависимом сахарном диабете. Из 93 детей перинатально погибли 8 (8,2%): антенатально — 4, интранатально — один, умерли в 1-е сутки — 3. Причиной антенатальной гибели детей (в сроки беременности 29—33 нед) во всех случаях была отечная форма гемолитической болезни. Интранатальная смерть плода наступила у повторнородящей 34 лет при тяжелом инсулинзависимом сахарном диабете, нефропатии II и многоводии. Ребенок родился на сроке 35 нед с массой тела 4500 г; у него были диабетическая фетопатия, коарктация аорты и родовая травма. Из 3 умерших в 1-е сутки у одного доношенного ребенка была отечная форма гемолитической болезни. Другой недоношенный ребенок погиб через 15 ч от рождения — причиной смерти явились гиалиновые мембранны. Его мать страдала инсулинзависимым сахарным диабетом, гломерулосклерозом и хроническим пиелонефритом. У матери третьего ребенка, умершего от внутриутробной пневмонии и гиалиновых мембранны, были ревматизм, митральный порок сердца; кроме того, в 32 нед беременности она перенесла ангину.

При гестозе беременных и многоводии перинатальная смертность на фоне сахарного диабета составила 4,1% при резус-конфликтной беременности с наличием антител — 25% (все погибли от отечной формы гемолитической болезни), при хронической инфекции — 5,6%. Таким образом, сочетание гестоза беременных и многоводия чревато большой частотой неблагоприятных исходов для плода.

Итак, своевременное выявление диабета беременных, адекватная компенсация сахарного диабета, выявление очагов хронической инфекции и антибактериальная терапия с учетом характера возбудителя и переносимости препаратов могут явиться методом профилактики развития гестоза беременных.

УДК 616.284/.288—006

В. М. Бобров, Н. А. Кирьянов (Ижевск). Новообразования наружного и среднего уха

Мы наблюдали с 1977 г. по настоящее время 50 больных (мужчин — 22, женщин — 28) с опухолями уха. 2 пациента были моложе 20 лет, 8 — в возрасте от 21 до 30 лет, 13 — от 31 до 40, 12 — от 41 до 50, 6 — от 51 до 60, 9 — старше 61 года.

Наиболее часто встречались опухоли и опухолеподобные образования из покровного эпителия (19) и мезенхимы (16), затем невусы (9). Преимущественно все они располагались в ушной раковине и перепончатом отделе наружного слухового прохода.

Среди доброкачественных опухолей из покровного эпителия чаще обнаруживалась папиллома (4). Кератоакантома была диагностирована у больных. Данная опухоль характеризуется быстрым ростом, циклическим течением и склонностью к самоизлечению. Клинически имеет вид узла, который растет 3—4 нед, затем его рост прекращается. Через 6—12 нед узел уменьшается и на его месте образуется рубец. Однако опухоль может иметь и длительное рецидивирующее течение на протяжении ряда лет.

Под нашим наблюдением находился больной З., 77 лет, который поступил в ЛОР-отделение с жалобами на опухолевидное образование в области правой ушной раковины, шелушение кожи, зуд-