

ществ они корректируют процессы гемодинамики и трофики тканей носа.

При однократном приеме алкоголя реакция тучных клеток более активна по сравнению с хронической алкогольной интоксикацией, что свидетельствует об истощении компенсаторных возможностей тканевых базофилов как регуляторов при многократном приеме алкоголя. Долгое время эти изменения остаются компенсированными, но на определенном этапе хронической алкогольной интоксикации компенсаторные и приспособительные возможности организма снижаются, и наступает декомпенсация.

Литература

1. Буров Ю.В., Кампов-Полевой А.Б., Кашевская А.П. // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. — 1988. — № 8. — С. 67–68.
2. Буров Ю.В., Жуков В.Н., Кампов-Полевой А.В. Методические рекомендации по экспериментальному (фармакологическому) изучению препаратов предлагаемых для клинической апробации в качестве средств для лечения и профилактики алкоголизма. — М., 1979.
3. Гапонюк А.В., Пухлик С.М., Калиновская Л.П. // Рос. ринология. — 2005. — № 2. — С. 44.
4. Гланц С. Медико-биологическая статистика / пер. с англ. Ю.А. Данилова. — М.: Практика, 1999.
5. Кампов-Полевой А.Б. // Фармакология экспериментального алкоголизма : сб. трудов НИИ Фармакологии АМН СССР. — М., 1982. — С. 130–136.
6. Кошкина Е.А. // Наркология. — 2004. — № 1. — С. 16–21.
5. Красовская Е.В. Функциональная морфология автономной иннервации артерий, кровоснабжающих зрительный нерв, в норме и при острой алкогольной интоксикации : дис. ... канд. мед. наук. — Владивосток, 1996.
7. Миракян Л.А. // Журнал ушных, носовых, горловых болезней. — 1988. — № 3. — С. 28–30.
8. Мотавкин П.А., Гельцер Б.И. Клиническая и экспериментальная патофизиология легких. — М.: Наука, 1998.
9. Пакина В.Р., Быкова В.П. // Рос. ринология. — 2004. — № 3. — С. 20–24.
10. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. // Клиническая ринология. — М.: Миклош, 2002.
11. Рязанцев С.В. // Вестник оториноларингологии. — 2000. — № 3. — С. 60–64.

Поступила в редакцию 06.12.05.

MAST CELL OF NASAL MUCOSA AT ALCOHOL INTOXICATION OF RATS

E.A. Gilifanov, V.S. Karedina

Vladivostok State Medical University

Summary — Chronic alcohol intoxication and one reception of alcohol have been modulated on 30 male-rats. Nasal mucosa of rat has been examined with the help of toluidine blue. Mast cell have been found out to be regulation of local homeostasis and react to one or multireception of alcohol by changing the number of cell, value of profile field and coefficient of degranulation. The correlative connection has been found out between these changes.

Pacific Medical Journal, 2006, No. 4, p. 40–41.

УДК 616.36-008.5-072.1-089

Е.Ф. Рыжков, М.Ю. Агапов, Н.А. Таран

РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СТЕНТИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ БИЛИАРНОЙ ОБСТРУКЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Отделенческая больница на ст. Владивосток

Ключевые слова: механическая желтуха, стентирование, эндоскопия.

Механическая желтуха является одним из наиболее характерных симптомов при злокачественных опухолях поджелудочной железы и желчевыводящих путей. К сожалению, на момент диагностики радикальную операцию можно выполнить не более чем у 20% пациентов с раком поджелудочной железы [2] и у 50% больных с раком желчевыводящих путей [1], поэтому купирование механической желтухи у неоперабельных пациентов является одной из важнейших задач паллиативного лечения.

Цель настоящей работы — оценка эффективности применения пластиковых стентов диаметром 11,5, 10,0 и 8,5 Fr у пациентов с неоперабельными злока-

чественными опухолями поджелудочной железы и желчевыводящих путей.

За период выполнения работы в эндоскопическое отделение Отделенческой больницы на ст. Владивосток с целью ликвидации механической желтухи злокачественной этиологии были направлены 43 пациента. Больные, которым в дальнейшем выполнялись радикальные операции (2 пациента с раком большого дуоденального соска), лица с неподтвердившейся злокачественной природой обструкции (2 пациента), а также больной с раком миндалины и метастазами в ворота печени из исследования были исключены. Соотношение мужчин и женщин — 1:1, возраст пациентов — от 54 до 82 лет. Всем больным проводилась попытка ретроградной холангиопанкреатографии под глубокой седацией (пропофол) с использованием дуоденоскопа Olympus (с каналом диаметром 4,2 мм) и инструментов фирмы Willson-Cook (катетер, проводники, бужи, система установки стентов и стенты). Всем пациентам, у которых удавалось завести проводник выше уровня препятствия, были установлены пластиковые стенты диаметром 11,5, 10,0 или 8,5 Fr. Оценивались успешность постановки стента, наличие осложнений и время функционирования стентов.

Из 38 больных, включенных в исследование, стент установлен выше препятствия в 31 случае (81,5%). Не удалось выполнить стентирование 5 пациентам с раком поджелудочной железы и 2 больным с раком желчевыводящих путей. Основной причиной неудач была невозможность провести проводник выше уровня обструкции (6 случаев). В одном наблюдении обструкция двенадцатиперстной кишки у пациента с раком поджелудочной железы не позволила провести аппарат в залуковичные отделы. Стенты диаметром 11,5 Fr были установлены в 10, 10,0 Fr – в 18 и 8,5 Fr – в 3 случаях.

Мы наблюдали 3 осложнения: острый постхолангиопанкреатографический панкреатит, кровотечение из папиллотомного разреза и миграция стента. Летальный исход, связанный с вмешательством, наступил у одного пациента (2,6%), вследствие упомянутого выше кровотечения. Среднее время нахождения больного в стационаре после ретроградной холангиопанкреатографии равнялось 5 суткам.

После стентирования все пациенты оставались под наблюдением, средний срок которого составил 90 дней. У 24 человек (77,4%) стент продолжал нормально функционировать, но в 7 случаях (22,6%) потребовалось рестентирование (в 2 наблюдениях в связи с распространением опухоли выше стента, в 5 – из-за обтурации стента), причем одному пациенту повторное стентирование выполнялось двукратно. В 2 случаях обтурировались стенты диаметром 8,5 Fr (через 58 и 65 дней после установки), в 2 случаях – стенты диаметром 10,0 Fr (через 101 и 111 дней) и в одном – диаметром 11,5 Fr (через 116 дней). Только в 4 из 7 случаев (57,1%) повторного стентирования удалось добиться успешной ликвидации обструкции желчевыводящих путей (табл. 1).

Лечение неоперабельных больных со злокачественными опухолями поджелудочной железы и желчевыводящих путей и механической желтухой до последнего времени представляло собой достаточно сложную проблему. Операционная летальность при выполнении паллиативных операций с целью билиарной декомпрессии у таких пациентов достигала 14%, а уровень осложнений – 29% [4]. Эндоскопическая установка пластиковых стентов предоставляет на практике возможность ликвидировать механическую желтуху, не прибегая к сложному хирургическому вмешательству. По полученным нами данным уровень летальности при эндоскопическом стентировании составил 2,6%, а осложнения встретились в 7,8% случаев. Необходимо отметить, что летальный исход и два осложнения пришлось на первые 5 попыток стентирования, т.е. на период освоения методики. Такие цифры согласуются с данными литературы об уровне летальности (2,7–3%) и осложнений (11%) [3, 4].

Сравнивая стенты диаметром 8,5, 10,0 и 11,5 Fr, мы пришли к выводу о существенно более коротких сроках функционирования первых, что застави-

Таблица 1
Результаты применения пластиковых стентов различного диаметра

Диаметр стента, Fr	Кол-во стентирований	Кол-во осложнений	Обтурация стента
8,5	3	0	2
10,0	18	1	2
11,5	10	2	1

ло отказаться от их применения у больных с данной патологией. В то же время не было отмечено достоверной разницы между частотой обтурации стентов диаметром 10,0 и 11,5 Fr. Однако данные литературы о средних сроках сохранения проходимости стентов 10,0 и 11,5 Fr в 3 и 4 месяца соответственно [3], в сочетании с гораздо худшими результатами повторного стентирования по сравнению с первичным вмешательством, не позволяет рекомендовать их для применения у больных с более длительным ожидаемым сроком жизни.

Таким образом, стентирование общего желчного протока пластиковыми стентами диаметром 10,0 и 11,5 Fr является эффективным способом ликвидации механической желтухи у неоперабельных пациентов со злокачественными опухолями панкреобилиарной зоны. Данное вмешательство показано с целью паллиативного лечения лиц с ожидаемым сроком жизни, не превышающим 90–120 дней. При постановке стента у пациентов с большей ожидаемой продолжительностью жизни рациональным подходом может быть плановая замена стента через 90–120 дней до появления клиники его непроходимости.

Литература

1. *Guidelines for the diagnosis and treatment of cholangiocarcinoma : consensus document.* – Gut. – 2002. – Vol. 54. – P. 1–16.
2. *Guidelines for the management of patients with pancreatic cancer periampullary and ampullary carcinomas.* – Gut. – 2005. – Vol. 54. – P. 1–16.
3. *Pereira-Lima J.C., Jakobs R., Maier M. et al. // American J. Gastroenterol.* – 1996. – Vol. 91, No. 10. – P. 2179–2184.
4. *Smith A.C., Dowsett J.F., Russell R.C. et al. // Lancet.* – 1994. – Vol. 17. – No. 344. – P. 1655–1660.

Поступила в редакцию 07.11.05.

THE ROLE OF THE ENDOSCOPIC STENTING IN TREATMENT OF BILIAR OBSTRUCTION OF MALIGNANT ETHIOLOGY

E.F. Ryzhkov, M.Yu. Agapov, N.A. Taran
Vladivostok Railroad Hospital

Summary – 38 cases of stenting by plastic stents of diameter 11.5, 10.0 and 8.5 Fr at patients with malignant pancreato-duodenal tumors are described. Stents have been successfully used in 81.5% of cases. Stents of diameter 11.5 and 10.0 Fr were passable not less than 3 months, stents of 8.5 Fr – till 2 months.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 4, p. 41–42.