

химиотерапия с применением адекватных и озвученных противоопухолевых химиопрепаратов в условиях терморрадиотерапии не принесли ожидаемых результатов, а хирургическое вмешательство, вследствие распространения первичной опухоли и регионарных метастазов с вовлечением сосудисто-нервного пучка, не может быть выполнено, мы считаем оправданным применение различных схем системной химиотерапии согласно «Алгоритмам объема лечения злокачественных опухолей», изложенных в методических указаниях (Москва, 2002).

При этом чаще всего используется в различных комбинациях блеомицин, метотрксат, платидиам, винкристин, винбластин, проспидин. На фоне лучевого лечения может быть с учетом применены 5-фторурацил и платидиам.

Для снижения частоты и выраженности побочных реакций в Ростовском НИИ онкологии разработаны и широко применяются при лечении злокачественных опухолей различных локализаций методы биотерапии, когда цитостатики вводятся на естественных для организма средах, в частности, на аутокрови- аутогемохимиотерапия (АГХТ). Этот метод технически прост, не требует хирургического вмешательства и может применяться многократно (Ю.С. Сидоренко, 2002). Для проведения АГХТ перед началом лечения производят забор 150-200 мл крови больного в стерильный флакон с гемоконсервантом и растворяют в ней химиопрепарат или несколько химиопрепаратов при условии их совместимости. После инкубации цитостатика с кровью при  $t^{\circ} 37^{\circ}$  в течение 30 минут его вводят больному внутривенно капельно согласно избранной схеме лечения.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алгоритмы объемов диагностики и лечения злокачественных новообразований. Методические указания. М. 2002.
2. Сидоренко Ю.С. Аутогемохимиотерапия. Ростов-на-Дону, 2002, 299 с.

#### ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Чиж Г.И., Светицкий А.П.

*Ростовский научно-исследовательский онкологический институт,  
Ростов-на-Дону*

Эти злокачественные опухоли в Ростовской области в структуре новообразований всех локализаций составляют 0,3%. Из 280 больных, наблюдаемых нами в стационаре за 35 лет (1964-1998) эпителиальные опухоли были выявлены у 238 (85%), неэпителиальные - у 42 (15%). При распространенных процессах, обтурирующих полость и поражающих околоносовые пазухи, нередко установить первичное место развития опухоли не представляется возможным. Только анализ нашего хирургического материала показал, что чаще всего опухоль локализовалась в решетчатом лабиринте (55,5%), реже - в верхнечелюстной пазухе (15%), сочетанное поражение этих пазух выявлено у

23,9%, лобной пазухи - у 1,7%, полости носа - у 8,9%. При распространенных стадиях заболевания у 60-70% больных отмечается деструкция подлежащих костей, что нередко требует экзентерации орбиты помимо лучевого, хирургического, комбинированного и комплексного лечения с использованием системной и регионарной химиотерапии. Однако при нередких рецидивах особенно на опорных тканях до 40%, зачастую прибегают к повторным, как правило, безуспешным резекциям пораженных костей. В подобных случаях мы с успехом в течение нескольких лет применяем сочетание полярных термических факторов в виде локальной гипертермии и криогенного воздействия.

#### МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАПСУЛЫ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ НЕКОТОРЫХ МЛЕКОПИТАЮЩИХ

Чумаков В.Ю., Складнева Е.Ю., Медкова А.Е.,  
Новицкий М.В., Кудашова Е.А., Романов В.М.,  
Назарова Е.М., Красовская Р.Э., Тюдишева О.И.  
*Хакасский государственный  
Университет им. Н.Ф.Катанова,  
Абакан, республика Хакасия*

В ходе исследования были установлены морфофункциональные особенности капсулы регионарных лимфатических узлов некоторых органов домашних животных (сердца, мочевого пузыря, легких, глотки, шеи, пищевода, преджелудков, сычуга, подвздошной и ободочной кишок). Материалом для исследования служили трупы и органокомплексы клинически здоровых представителей отряда млекопитающих: крупного рогатого скота, овец, собак, кошек и американской норки.

Капсула лимфатических узлов состоит из трех слоев: внутреннего, представленного слоем эндотелиальных клеток, среднего, содержащего в своем составе гладкомышечные и соединительнотканые элементы и наружного, состоящего из соединительнотканых волокон и клеток. Главным элементом сократительной активности лимфатических узлов являются миоциты их капсулы. Миоциты среднего слоя капсулы имеют ядра веретеновидной формы с заостренными концами и залегают вдоль поверхности капсулы неравномерно. Наибольшее количество миоцитов содержится в области расположения трабекул капсулы (зона мышечно-соединительнотканых тяжей), причем в этой зоне они формируют мощные пучки, лежат в 2-3 слоя и ориентированы по направлению трабекул. Миоциты капсулы лимфатических узлов воронкообразно переходят с нее в трабекулы, где ориентируются вдоль их оси и залегают в непосредственной близости с коллагеновыми и эластическими волокнами.

В зоне прилегания лимфатических фолликулов (зона разрежения) капсула гораздо тоньше и содержит меньшее количество миоцитов, чем в области расположения трабекул. Миоциты данной зоны залегают в 1-2 слоя пучками или одиночно и не имеют определенной ориентации.