химиотерапия с применением адекватных и озвученных противоопухолевых химиопрепаратов в условиях терморадиотерапии 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, метотраксат, 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° 37° 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 предлежащих 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 ХАРАКТЕРИ-СТИКА 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 соединительнотканные элементы и наружного, состоящего из соединительнотканных 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-соединительнотканных 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 волокна-

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.

Наружная оболочка капсулы лимфатических узлов построена из соединительнотканных волокон, которые сплетаются между собой и образуют своеобразную эластическую сеть с разбросанными по ней лаброцитами, фибробластами и гистиоцитами.

Все слои капсулы лимфатических узлов пронизаны тонкими эластическими и коллагеновыми волокнами с хорошо выраженными запасными складками, которые определяют предел растяжимости капсулы при заполнении лимфатического узла лимфой. В глубоких слоях капсулы залегают более толстые эластические волокна. В трабекулах коллагеновые и эластические волокна формируют сеть с петлями различной формы и величины и длинниками, ориентированными вдоль продольной оси трабекул. Соединительнотканные волокна тесно связаны с миоцитами и объединены с ними в структурно-функциональный синцитий.

В постнатальном онтогенезе всех изученных видов животных в лимфоузлах происходит увеличение отношения коркового вещества к мозговому, утолщение капсулы и увеличение содержания в ней всех структурных элементов (миоцитов, коллагеновых и эластических волокон).

Содержание миоцитов в капсуле регионарных лимфатических узлов в постнатальном онтогенезе однотипно для всех изученных видов животных и увеличивается прямо пропорционально их возрасту. Данная закономерность характерна как для зоны мышечно-соединительнотканных тяжей, так и для зоны разрежения.

Содержание соединительнотканных волокон в капсуле лимфоузлов а, так же, наличие запасных складок в коллагеновых волокнах, также, напрямую зависит от возраста животного, следовательно, лимфатические узлы всех изученных взрослых животных обладают большей депонирующей способностью, так как их коллагеновые волокна содержат большее количество запасных складок, а, значит, способны сильнее растягиваться.

Таким образом, толщина капсулы регионарных лимфатических узлов всех изученных видов животных, а также содержание в ней гладкомышечных и соединительнотканных элементов, варьируют в широких пределах. Они достигают максимума у крупного рогатого скота и уменьшаются в следующей последовательности видов: овца, кошка, собака, норка. У исследованных видов возрастные изменения количества миоцитов, коллагеновых и эластических волокон в капсуле лимфатических узлов однотипны и увеличиваются прямо пропорционально возрасту животно-

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЗАКРЫТОГО КОМПРЕССИОННОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПЯТОЧНОЙ ШПОРЫ

Шапошников В.И.
Кубанская государственная медицинская академия,
Краснодар

Одной из задач в сохранении работоспособности населения является устранение боли при ходьбе, обу-

словленной развитием пяточной шпоры, которая обычно наблюдается у лиц старше 40 лет, хотя встречается и в более молодом возрасте. Характерным для заболевания является то, что появление боли в пяточной области обычно происходит при первой же утренней нагрузке на стопу. Со временем боль становится все более и более нестерпимой, при этом у части больных она сохраняется и в покое. Основным клиническим симптомом заболевания является появление локальной боли при надавливании кончиком пальца на подошвенную поверхность в области проекции шпоры. На рентгенограмме стопы определяется экзостоз длиной 1 - 2 см и более в зоне прикрепления подошвенного апоневроза к пяточной кости, который часто имеет остроконечную форму. При операции вокруг шпоры находят фиброзно - слизистую сумку, которая содержит мутноватую слизистую жидкость. Гистологическое исследование тканей показывает наличие в них хронического воспаления.

Различают консервативное и оперативное лечение пяточной шпоры. Обычно лечебные мероприятия начинается с назначения различных физиотерапевтических процедур и покоя больной конечности. Однако эффект от такого лечения бывает крайне не стойким и через несколько дней после возобновления нагрузки на стопу боль рецидивирует. Многие хирурги прибегают к локальному введению гидрокортизона в мягкие ткани вокруг шпоры, но данная методика таит в себе опасность развития тяжелой гнилостной флегмоны стопы, которая обычно заканчивается ампутацией конечности. Оперативное же лечение предусматривает удаление экзостоза открытым способом, что сопровождается опасностью нагноения раны и развитием продольного плоскостопия. Исходя из этого нами был разработан способ закрытой компрессии пяточной шпоры, позволяющий быстро достигнуть полноценного лечебного эффекта без операции и введения гид-

Методика лечения. Под любым видом обезболивания осуществляется механическое локальное воздействие на область пяточной шпоры. Еще до обезболивания, определяют (путем пальцевой компрессии ) точку наибольшей болезненности ткани, которую маркируют. После выполнения обезболивания стоне придают подошвенное сгибание всех пальцев - проксимальную и дистальную части стопы приближают друг к другу. Вслед за этим, при помощи насадки для металлоостеосинтеза, которая имеет ровную торцовую поверхность диаметром 2 - 2,5 см, осуществляют компрессию шпоры - несколько раз молотком (весом до 1 кг ) энергично ударяют по насадке - туго прижатой к точке наибольшей болезненности тканей стопы. На этом лечение считается законченным. Если компрессия проводилась под местным обезболиванием, а она была применена у 56% больных, пациенты самостоятельно покидают или амбулаторию, или больницу. Это они делают и после выхода из общего обезболивания, то есть в обоих случаях госпитализация не проводится. После манипуляции отмечается умеренная разлитая болезненность в зоне проведенного механического воздействия на ткани, при этом разрыва кожи, некроза мягких тканей и перелома пяточной кости не наблюдается. Продолжительность этой боли