

приводит к генерализации опухолевого процесса, чему способствует ряд факторов: во-первых, это уменьшение числа CD 1 и CD 10(+) ранних (бластных) форм, возможно, как результат микроциркуляторных расстройств [2], которые блокируют рециркуляцию через посткапиллярные венулы; во-вторых, блокада гуморальными антителами — CD 20 (+) и антиминоглобулинпозитивными клетками — Т-клеточного цитотоксического эффекта [7] и, в-третьих, недостаток Т-супрессоров, которые контролируют дифференцировку В-клеток и угнетают продукцию иммуноглобулинов [3].

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия. — М., 1990.
2. Байкеев Р.Ф., Цыплаков Д.Э., Бубякин А.Н. и соавт. // Гематол. и трансфузиол. — 1993. — № 2. — С. 26—31.
3. Петров Р.В., Хаитов Р.М. Гомеостаз. — М., 1981.
4. Цыплаков Д.Э., Петров С.В.// Казанский мед. ж. — 1990. — № 4. — С. 302—303.
5. Audouin J., Diebold J.// Ann. pathol. — 1983. Vol. 3. — P. 175—181.
6. Cottier H., Turk J., Sobin L.// Бюлл. ВОЗ. — 1973. — Т.47. — С. 372—377.

7. Hellstrom K.E., Hellstrom I.//Adv. Immunol. — 1974. — Vol. 18. — P. 209—277.

8. Isaacson P.G. Lymphoreticular tissues. In: Oxford Textbook of Pathology. — 1992. — Vol. 2b. — P. 1745—1762.

9. Taylor C.R., Cote R.J. Immunomicroscopy: A Diagnostic Tool for the Surgical Pathologist. — Copyright, 1994, by W.G. Saunders Company.

Поступила 29.09.95.

IMMUNOHISTOCHEMICAL CHARACTERISTIC OF REGIONAL LYMPH NODES IN CARCINOMA

D.E. Tsyplakov, S.V. Petrov, N.Sh. Shamsutdinov

S u m m a r y

The lymph nodes regional to various organs carcinoma are studied by immunohistochemical methods using monoclonic antibodies to CD-antigens. It is stated that in the course of metastatic spreading of the tumor the intensity of cellular immunity reactions decreases abruptly on retention of humoral immune reactions. The factors providing local immunity ineffectivity are revealed:

1) a decrease of the number of CD 1 (+) and CD 10 (+) of blast forms, predecessors of activated T-lymphocytes;

2) a blockade by humoral antibodies CD 20 (+) and antibodies producers of T-cellular cytotoxic effect;

3) a deficiency of CD 8 (+) of T-suppressors capable to oppress immunoglobulin products.

УДК 616.72—002+616.72—006.314.031—08—036.865

ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БУРСИТОВ, ГИГРОМ И ГАНГЛИЕВ

С.Д. Лебедев

Медсанчасть (главрач — С.Д. Лебедев), Марийского целлюлозно-бумажного комбината, г. Волжск

Лечение бурситов должно быть комплексным, то есть включать местные и общие консервативные мероприятия, а также хирургические вмешательства. При хроническом травматическом бурсите рецидивы отмечаются у 2,0—2,5% оперированных [2].

Мы наблюдали 156 случаев острых и хронических бурситов, гигром и ганглиев. К острым клиническим формам отнесены первичные — впервые в жизни выявленные заболевания в пределах 3 месяцев от их начала по анамнезу (а также ранние рецидивы в пределах этого же срока). В зависимости от выраженности клинической картины они подразделены на флегмонозно-гнойные (боль, краснота, отек, инфильтрация синовиальной сумки, повышение темпе-

ратуры тела и гной, если процесс не принял обратного развития), геморрагические (кровь или кровянистая жидкость при первой пункции синовиальной сумки), серозные (боль, краснота, отек, эластическая опухоль, прозрачная синовиальная жидкость при пункции).

К хроническим формам бурситов, гигром и ганглиев отнесены впервые в жизни выявленные заболевания при обращении больных за медицинской помощью позднее 3 месяцев от начала их возникновения и рецидивы после этого же срока (табл. 1). Существуют серозные (эластическая опухоль и прозрачная синовиальная жидкость при пункции) и продуктивные (болезненные рисовые тела в сумке без выпота) хронические формы.

При лечении флегмонозно-гнойных бурситов все 15 больных нуждались в освобождении от работы. 3 больным были назначены новокаиновые блокады с пенициллином в окружность инфильтрата, 2 — пенициллин в синовиальную сумку, 4 — тетрациклин в таблетках, 5 — фузидин натрия, 3 — орошение хлорэтилом, 7 — компрессы с 10% салициловой мазью или мазью Вишневского, 13 — длинные гипсовые лонгеты, которые в 7 случаях были переделаны в лонгетно-циркулярные гипсовые повязки (табл. 2). Обратное развитие процесса достигнуто у 5 больных; 3 пациентам потребовалось разведение краев ран, 3 — разрез и 4 — пункции.

Срок временной нетрудоспособности варьировал от 5 до 27 дней (5—16 — при повреждении кожных покровов над синовиальной сумкой, 10—27 — без повреждения). В одном случае на 21-й день наступил рецидив (небольшая краснота и уплотнение тканей над надколенником), что, по нашему мнению, произошло из-за преждевременной выписки больного на работу.

Путем использования описанных методов лечения удалось избежать незакрывающихся свищей и осложнений бурситов подкожной или глубокой межмышечной флегмоной [1].

Из 30 случаев геморрагических бурситов только в 19 (63,3%) больные связывали их с травмой. Всем больным было сделано по одной, редко по 3—5 пункций синовиальных сумок для отсасывания крови или кровянистой жидкости. В 14 (46,7%) случаях был введен гидрокортизон по 25 мг в синовиальную сумку преимущественно после неэффективной первой пункции (в 12 случаях по одному разу и в 2 — по 2 раза). Длинные гипсовые лонгеты накладывали в 23 (76,7%) случаях, которые в 13 (43,3%) были превращены в лонгетно-циркулярные гипсовые повязки в основном на 3-й день, если исчезал выпот после первой пункции, или после второй пункции с введением гидрокортизона в синовиальную сумку. Прочную повязку не снимали в течение 10 дней. В некоторых случаях все эти процедуры приходилось повторять.

Назначение ультразвука с гидрокортизоном до пункции в 5 случаях оказалось неэффективным. Введение гидрокортизона в синовиальные сумки в 1—5-й день от начала лечения в 5 случаях

способствовало излечению больных в течение 12—16 дней, а запаздывание с ним на 6—29 дней удлиняло сроки лечения от 16 до 41 дня в 7 случаях. При отказе от применения гидрокортизона в 12 случаях сроки лечения составили 10—30 дней. Рецидивы после геморрагической формы бурсита без видимой причины возникли через 85—119 дней в 3 (10%) случаях, что, возможно, подтверждает мнение о повышенной склонности к повторному заболеванию [1].

По словам больных, острые серозные бурситы и ганглии были связаны с травмами при локтевых бурситах в 23 (41,1%) случаях из 56, препателлярных — в 6 (40,0%) из 15, подколенных — в 2 (25%) из 8, ганглиях лучезапястного сустава и кисти — в одном (11,1%) из 9.

Все 8 больных с острым серозным бурситом подколенной ямки из-за болей были временно нетрудоспособными. Всем им было произведено отсасывание синовиальной жидкости по одному и редко по 2—3 раза с введением гидрокортизона в синовиальную сумку и наложена длинная гипсовая лонгета, которую в 4 случаях превратили в гипсовый тугор. Противовоспалительные средства (аспирин, бутадион, ортофен, индометацин) назначили 3 больным.

Сроки временной нетрудоспособности составили от 8 до 15 дней у 5 больных и от 22 до 32 — у 3. Наибольшая потеря календарных дней по поводу временной нетрудоспособности была вызвана более поздним (на 6 дней) введением гидрокортизона и иммобилизацией. Двое больных после окончания амбулаторного лечения были переведены на легкую работу на 2 недели. Через один и 2 года на фоне артрозов и повторных травм возникли 2 рецидива.

Острые серозные препателлярные бурситы у больных были менее болезненными. У 5 (33,3%) из 15 больных выздоровление наступило после назначения ультразвука с гидрокортизоном (№ 10) без выдачи больничного листа по временной нетрудоспособности. Пункции синовиальной сумки производились 5 больным, с введением гидрокортизона — 3 (20%). 6 (40%) пациентам были наложены длинные гипсовые лонгеты, превращенные в гипсовые тугоры в 3 случаях. Отдельным больным назначали пенициллин внутримышечно, тетрациклин в таблетках и фузидин натрия, 4 — противовоспалительные

Таблица 1

Локализация и клинические формы бурситов, гигром и ганглиев

Локализация заболеваний	Количество случаев		Клинические формы									
			острые						хронические			
	флегмонозно-гнойные		геморрагические		серозные		серозные		продуктивные			
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Локтевой бурсит	97	62,2	13	8,3	23	14,7	56	35,9	2	1,3	3	1,9
Препателлярный бурсит	24	15,4	2	1,3	5	3,2	15	9,6	2	1,3	—	—
Бурсит (гигрома) подколенной ямки	13	8,3	—	—	2	1,3	8	5,1	3	1,9	—	—
Ганглии в области лучезапястного сустава и кисти	19	12,2	—	—	—	—	9	5,9	10	6,4	—	—
Ганглии в области голеностопного сустава и стопы	3	1,9	—	—	—	—	1	0,6	2	1,3	—	—
Всего	156	100,0	15	9,6	30	19,2	89	57,1	19	12,2	3	1,9

Таблица 2

Частота основных методов, использованных в курсе лечения в целом по изученным заболеваниям и в отдельности по клиническим формам

Основные методы лечения	В целом по анализируемой группе		В отдельности по клиническим формам									
			острые						хронические			
	флегмонозно-гнойные		геморрагические		серозные		серозные		продуктивные			
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Пункции	89	57,0	4	26,7	30	100,0	49	55,1	6	31,6	—	—
Накладывание длинных гипсовых лонгет	92	59,0	13	86,7	23	76,7	49	55,1	7	36,8	—	—
Превращение лонгетной в лонгетно-циркулярную гипсовую повязку	44	28,2	7	46,7	13	43,3	22	24,7	2	10,5	—	—
Введение гидрокортизона в синовиальную сумку	46	29,5	—	—	14	46,7	23	25,8	7	36,8	2	66,6
Ультразвук с гидрокортизоном	47	30,1	—	—	4	13,3	30	33,7	11	57,9	2	66,6
Компрессы с 10% салициловой мазью, мазью Вишневского или 30% раствором ДМСО	28	17,9	7	46,7	1	3,3	17	19,1	1	5,3	2	66,6
Аспирин, бутадион, индометацин, ортофен	11	7,1	—	—	1	3,3	9	10,1	1	5,3	—	—
Тетрациклин (0,2 x 4 раза)	6	3,8	4	26,7	1	3,3	1	1,1	—	—	—	—
Фузидин натрия (0,25 x 3 раза)	6	3,8	5	33,3	—	—	1	1,1	—	—	—	—
Орошение хлорэтилом	5	3,2	3	20,0	—	—	2	2,2	—	—	—	—
Введение 10 мл 0,5 % раствора новокаина с 1 млн. ЕД пенициллина в окружность инфильтрата	4	2,6	3	20,0	—	—	1	1,1	—	—	—	—
То же в синовиальную сумку	2	1,3	2	13,3	—	—	—	—	—	—	—	—
Разведение краев раны	3	1,9	3	20,0	—	—	—	—	—	—	—	—
Разрез	3	1,9	3	20,0	—	—	—	—	—	—	—	—
Пальцевое раздавливание ганглиев	9	5,8	—	—	—	—	6	6,7	3	15,8	—	—

средства, 2 — компрессы с мазью Вишневского и 10% салициловой мазью, которые иногда были эффективными.

Продолжительность временной нетрудоспособности варьировала от 5 до 21 дня. Острый серозный препателлярный бурсит на фоне гриппа, интерстициального нефрита и инфекционно-аллергической почки потребовал для излечения 49 дней. Через 30 дней возник один рецидив, вызванный, по нашему мнению, отсутствием прочной иммобилизации при лечении первичного заболевания.

При острых серозных локтевых бур- ситах пункции синовиальной сумки были произведены в 36 (64,3%) случаях из 56, введение гидрокортизона — в 12 (21,4%), наложение длинных гипсовых лонгетов — в 35 (62,5%), которые в 15 (26,8%) случаях были превращены в лонгетно-циркулярные гипсовые повязки. Ультразвук с гидрокортизоном назначали в 16 (28,6%) случаях, компрессы с мазью Вишневского, 30% раствором диметилсульфоксида и 10% салициловой мазью — в 14 (25,0%), орошение хлорэтилом — в 2, противовоспалительные средства — в 2.

При острых серозных локтевых бур- тах использование только ультразвука с гидрокортизоном (№ 10) в 13 (81,2%) случаях из 16 оказалось эффективным и не привело к утрате трудоспособности.

При соответствующем лечении больных продолжительность временной нетрудоспособности составляла в среднем 12,1 дня. При задержке с введением гидрокортизона на 23 дня срок лечения удлинялся до 36 дней, а при задержке с превращением длинной гипсовой лонгеты в лонгетно-циркулярную гипсовую повязку — на 15 и 30 дней (срок лечения составил 26 и 41 день). Наблюдалось 3 (5,3%) рецидива на 35, 42-й день и через 11 месяцев.

Основными методами лечения при острых серозных ганглиях в области лучезапястного и голеностопного суставов было пальцевое раздавливание узлов в 6 случаях из 10, назначение ультразвука с гидрокортизоном — в 3 и введение гидрокортизона с новокаином в узел с целью гидравлического разрыва — в одном. После пальцевого раздавливания через один и 4 года возникли 2 рецидива. В первом случае эффек-

тивным оказался ультразвук с гидрокортизоном, во втором — большую прооперировали с потерей 25 календарных дней из-за временной нетрудоспособности.

Лечение хронических серозных бур- ситов, гигром и ганглиев мало отличается от лечения острых серозных форм заболеваний. В наблюдавшихся нами 3 случаях хронической продуктивной формы локтевого бурсита эффективными были введение гидрокортизона в локтевую сумку и ультразвук с гидрокортизоном. Потеряно 5 и 13 календарных дней по временной нетрудоспособности.

ВЫВОДЫ

1. При острых и хронических серозных бур- ситах и ганглиях без боли и нарушения функции суставов выздоровление наступало чаще в результате применения ультразвука с гидрокортизоном без выдачи листа временной нетрудоспособности.

2. Удаление синовиальной жидкости, введение в синовиальную сумку гидрокортизона с новокаином и полноценная иммобилизация способствовали выздоровлению и сокращению срока временной нетрудоспособности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пикин К.И. Многотомное руководство по хирургии. /Под ред. Б.В. Петровского. — М., 1964.
2. Стручков В.И., Тапинский Л.С., Бенцианова В.М., Кевши Л.Е. БМЭ. — Изд. третье. — М., 1976.

Поступила 01.07.92.

TO THE PROBLEM OF TEMPORARY DISABLEMENT EXAMINATION IN THE TREATMENT OF BURSTITISES, HYDROMAS AND GANGLIONS

S.D. Lebedev

S u m m a r y

As many as 97 cases of ulnar bursitises, 24 — prepatellar and 13 — popliteal hygromas along with 22 cases of ganglions on arms and legs, the efficiency of their treatment methods depending on temporary disablement period are analyzed. The great efficiency of the ultrasound treatment with hydrocortisone, liquid removal using punctures, the injection of hydrocortisone with novocain to the synovial bursa cavity and immobilization of full value is revealed.