

**Б.С. ЖАНАЛИНА**

**РЕГИОНАРНАЯ ЛИМФОСТИМУЛЯЦИЯ И ЛИМФОТРОПНАЯ  
АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ  
С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Западно-Казахстанская государственная медицинская академия имени Марата Оспанова, г. Актөбе

**Актуальность.** Лимфологические методы терапии гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей являются одним из составных комплексного лечения. Включение этих методик патогенетически обосновано. Наибольшее распространение в практической медицине получил метод лимфотропной терапии, позволяющий отказаться от использования других путей введения лекарственных препаратов с созданием высоких концентраций их в зоне очага воспаления и в биологических средах [2,3]. Лимфатические капилляры, сосуды и лимфатические узлы являются барьером для многочисленных токсических факторов, поступающих из воспалительного очага. При тяжелом течении гнойно-воспалительных заболеваний регионарные лимфатические узлы и сосуды оказываются заполненными некробиотическими массами, клетками красной крови, сгустками фибрина, часто с высоким содержанием микрофлоры. Диссеминированно блокируется микролимфатический дренаж тканей, пассаж лимфы через лимфатические узлы. Все это парализует барьерную и иммунную функции лимфатической системы. Она сама становится источником септицемии и токсемии [1,4]. Стимуляция лимфатического дренажа тканей приводит к очищению тканевого сектора и лимфатической системы на уровне микрососудов. Это связано с тем, что усиление транспорта жидкости в звеньях кровь-ткань-лимфа позволяет вымывать из тканей накопившиеся продукты нарушенного метаболизма и некробиоза. Кроме того, усиление перфузии создает возможность проникновения в лимфатические пути вводимых лекарственных препаратов [1-3]. В доступной нам отечественной и зарубежной литературе мы не нашли работ, посвященных применению указанных методов лечения при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области у детей.

**Цель исследования** - изучение эффективности метода лимфотропного введения антибиотиков и стимуляции лимфатического дренажа тканей в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей.

**Материалы и методы исследования.** Работа основана на лечении 506 детей с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, которым проводилось введение лекарственных препаратов лимфотропно: в клетчатку поднижнечелюстной области и в область сосцевидного отростка. При этом применяли антибактериальные препараты широкого спектра действия (цефалоспорины и аминогликозиды), иммуномодуляторы (гамма-плант).

При анализе полученных результатов исходили из данных общеклинического характера, биохимических, иммунологических, бактериологических исследований, процента летальности, процента осложнений и средней продолжительности пребывания в стационаре.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Тактика лечения детей с различными формами гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей относительно унифицирована. Наибольшую сложность вызывает создание оптимальной комплексной схемы ведения больных в послеоперационном периоде. На основании проведенного анализа нами установлено, что у больных с одонтогенными флегмонами и тромбофлебитами вен лица объем лимфогенных методов может быть ограничен лимфотропной инфузией антибактериального препарата, что особенно важно в плане последующей тактики ведения данного контингента больных. Если в ближайшем послеоперационном периоде появились признаки распространения процесса, то в объем лимфотропной терапии вводили препараты из группы иммуномодуляторов; у 87 из 135 больных был применен один антибиотик, у остальных больных антибиотик комбинировали с иммуномодулятором. При диффузных формах остеомиелита верхней челюсти, осложненного гнойным гайморитом и флегмоной орбиты, базовая лекарственная схема состоит из антибактериальных препаратов, иммуномодуляторов. Основой схемы является антибиотик широкого спектра действия. Эффективность антибактериальной терапии можно оценивать через 48 часов от начала лечения. У подавляющего большинства больных этой группы высокоэффективной была комбинация лимфотропной терапии с эндоваскулярным лазерным облучением крови (ЭЛОК). Количество сеансов ЭЛОК равнялось 2-5. У больных данной группы более выраженная лабораторная положительная динамика в сравнении с больными, у которых не использовали лимфогенные методики. Средняя продолжительность пребывания в стационаре снижена на 9,8 койко-дня, количество осложнений уменьшилось в 2 раза.

Однако у 10% больных отмечено отсутствие выраженной положительной динамики, что, по нашему мнению, является следствием неверно подобранной антибактериальной терапии. Ретроспективный анализ, построенный на изучении данных бактериального исследования содержимого гнойного очага, показал, что неэффективность антибактериальной терапии у больных обусловлена использованием препарата, к которому высаянная патогенная флора была устойчива.

Лечение острых одонтогенных диффузных форм остеомиелита нижней челюсти, осложненных флегмонами околонижнечелюстных мягких тканей, требует применения комбинации регионарного лимфотропного введения лекарственных препаратов, ЭЛОК. Основная нагрузка общего объема лимфогенных методик приходится на лимфотропную инфузию лекарственных препаратов. Как правило, лекарственная схема включает одномоментное или поочередное введение препаратов. Считаем необходимым провести одну из используемых схем лечения: гентамицин из расчета 4 мг/кг веса ребенка один раз в сутки в течение 3-5 суток; гамаплант - по 2 мг/кг веса ребенка 1 раз в сутки в течение 3-5 суток; 5-10% раствор глюкозы из расчета 10 мг/кг веса ребенка капельно 1 капля в 6 секунд; контрикал - 5 тыс. ЕД 1 раз в сутки в течение 3-5 суток.

Схема является динамичной, и это относится особенно к антибактериальным препаратам и взаимоотношению между ингибиторами протеолитических ферментов и иммуномодуляторами. У больных основной группы, где использовалась лимфотропная терапия, снизилась вероятность развития деструктивного остеомиелита в 2 раза.

Основываясь на полученных клинических данных и обобщив опыт использования лимфотропной терапии, считаем, что в основе лечебного эффекта лежат три основных механизма действия: создание максимально длительных концентраций лекарственных препаратов в биологических жидкостях и в очаге воспаления; нормализация системы микроциркуляции; иммуномодулирующий эффект. Для создания высоких и длительных концентраций лекарственных препаратов необходимо стимуляция лимфатического дренажа челюстно-лицевой области.

Анализ собственных клинических данных и литературы позволил нам выявить существенные отличия регионарного лимфотропного введения антибиотиков от других способов их введения. Практически нами не отмечены случаи возникновения аллергических реакций на антибиотики при их введении в лимфатическое русло. Для лимфостимуляции мы использовали лидокаин, новокаин. Учитывая строение анастомозов интра- и экстраоссальной системы кровоснабжения челюстно-лицевой области, мы использовали тригеминно-симпатические блокады 0,25% раствором новокаина или лидокаина, вакуумный самомассаж (патент на изобретение № 980934). Массаж поддерживает течение лимфы, действуя на функциональные единицы лимфатических сосудов - лимфангионы, а именно на их клапанный аппарат и миоциты стенки, побуждая и стимулируя перистальтическое сокращение сосудов. Сочетание вакуумного массажа, тригеминно-симпатической блокады с регионарной лимфотропной лекарственной перфузией способствуют нормализации лимфообращения, что клинически проявляется уменьшением отека на 2,5-3 см.

**Заключение.** Таким образом, в схему комплексной терапии гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей необходимо включить регионарную лимфотропную терапию с методами стимуляции лимфатического дренажа, усиливающих концентрацию лекарственных препаратов и длительность их пребывания в гнойном очаге.

**Литература:**

1. Бородин Ю.И., Любарский М.С., Смагин А.А. и др. Лимфокоррекция в клинической практике с позиции концепции многоуровневой детоксикации // Бюллетень СО РАМН. 1999, №2, С. 8-12.
2. Джумабаев С.У., ДонА.Н. Лимфология. 1995, №1, С. 36-46.
3. Лохвицкий С.В. Эндолимфатическая терапия острых инфекций. Методические рекомендации. Караганда, 1991, 18 с.
4. Любарский М.С., Шумков О.А., Шевела А.И. и др. Лимфостимуляция в лечении синдрома «стопа диабетика». Сборник материалов Конгресса лимфологов России. Москва, 2000, С. 203.