

### НОВЫЙ МЕТОД РЕГИОНАРНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Смагин А.А., Морозов В.В., Лутков А.А.

*Научно-исследовательский институт клинической и  
экспериментальной лимфологии СО РАМН,  
Новосибирск*

Хронический пиелонефрит у детей представляет серьезную медико-социальную проблему. По распространенности пиелонефрит занимает четвертое место среди детских болезней (после инфекционных заболеваний, болезней дыхательного и пищеварительного аппарата).. Хронический пиелонефрит с характерной для него этиологической многофакторностью и нередко прослеживаемой этапностью развития служит наглядной клинической иллюстрацией «континуума переходных состояний от полного здоровья до его утраты». Зачастую пиелонефритом заболевают в детском возрасте, а страдают от него всю последующую жизнь. Данная патология склонна к хронизации, рецидивированию и прогрессированию с формированием нефросклероза и развитием хронической почечной недостаточности, приводящих к инвалидизации организма и требующих экстраординарных вмешательств. По данным ВОЗ, в числе умерших от инфекции почек значительную долю составляют больные хроническим пиелонефритом. Столь серьезные медико-социальные последствия данного заболевания и отсутствие заметных позитивных сдвигов в их предотвращении определяют необходимость поиска новых эффективных методов лечения данной патологии. Исходя из этих соображений, нами была разработана и внедрена методика лимфотропной антибактериальной терапии с применением межкостистых лимфотропных лимфостимулирующих инъекций (МЛЛИ) у детей. Смесь лекарственных препаратов для МЛЛИ готовили *ex tempore*, в состав инъекции включали лидокаин, лидазу, цефабол и 10% раствор глюкозы в качестве растворителя и наполнителя. Общий объем инъекции составлял до 5 мл. Препараты, входящие в нее, не вступают в химическое взаимодействие. Инъекцию осуществляли внутрикостной иглой в межкостистую связку позвоночника на глубину 0,5-1 см (в зависимости от конституции, возраста и веса пациента). Препарат вводили двумя-тремя инъекциями, с интервалом 48 часов.

Противопоказанием для выполнения МЛЛИ считали: непереносимость какого-либо препарата, входящего в состав лекарственной смеси (при этом допустимо замещение его другим препаратом, принадлежащим к этой же группе); местные гнойные процессы в области выполнения инъекций. При использовании МЛЛИ в нашем исследовании не было отмечено аллергических реакций на препараты, входящих в состав МЛЛИ, местных осложнений и ортостатических коллапсов после выполнения процедур.

В качестве клинического примера использования данного вида регионарной лимфотропной терапии приводим следующее наблюдение:

Пациентка М-на С. В., 16 лет. Поступила в плановом порядке в уронефрологическое отделение с диагнозом: «Первичный хронический пиелонефрит.

Латентное течение». Впервые диагноз установлен в возрасте 7 лет. Находится на диспансерном учете у нефролога поликлиники. Ежегодно проходит лечение в стационаре. При плановом обследовании в поликлинике выявлена лейкоцитурия, бактериурия. На поликлиническом этапе было выполнено обследование: УЗИ, экскреторная урография, микционная цистография, данных за нарушение уродинамики и аномалии развития не обнаружено. В отделении пациентка получила курс межкостистых лимфотропных лимфостимулирующих инъекций. В составе инъекций вводили цефабол (с учетом чувствительности микрофлоры - посев мочи). Инъекции выполнялись с интервалом один день, на курс лечения выполнено три блокады. Кроме того, пациентка получала препарат фурадонин, витаминотерапию, физиолечение, эубиотики. Лечение переносила хорошо. Контроль анализов на седьмые сутки патологических изменений в ОАМ и ОАК не выявил. Контрольный посев мочи бактериурии не выявил. Выписана на четырнадцатые сутки с клинико-лабораторной ремиссией.

Таким образом, простота методики и клиническая эффективность позволяют рекомендовать МЛЛИ в качестве метода лечения хронического пиелонефрита у детей для использования в специализированных отделениях.

### НЕОБХОДИМОСТЬ ЭНТЕРОСОРБЦИИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Фурсов С.А., Морозов В.В., Рягузов М.Е.

*Научно-исследовательский институт клинической и  
экспериментальной лимфологии СО РАМН,  
Новосибирск*

Ежегодно в мире регистрируются 800 000 новых случаев этого заболевания, причем половина пациентов (около 440 000) погибает в течение года. Наличие у человека злокачественной опухоли сопровождается выраженной в различной степени эндогенной интоксикацией. Эндотоксемия имеет смешанную природу и обусловлена иммунодепрессией, усилением патологических процессов, поражением или нарушением функции органов детоксикации, повреждающим действием лучевой терапии, применением цитостатических препаратов. Как «первому барьеру организма», лимфатической системе принадлежит важная роль в патогенезе синдрома эндогенной интоксикации любой этиологии, поскольку продукты нарушенного метаболизма, некробиоза и другие токсические вещества из тканей в кровь поступают при непосредственном ее участии. Опираясь на естественные механизмы детоксикации, осуществляемые с помощью лимфатической системы, возможно строить программу борьбы с эндотоксикозом у онкологических больных на фоне полихимиотерапии моделируя, потенцируя и (или) протезируя дренажно-детоксикационную функцию лимфатической системы с помощью синтетических сорбционных материалов.

В настоящем сообщении кратко излагается наш собственный клинический опыт применения у пациентов со злокачественным поражением толстой кишки после радикального хирургического лечения на