

конечному пользователю еще более широкие, продуктивные и полезные возможности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. D.H. Stojanovic and S.J. Djordjevic-Kajan. Developing location-based services from a GIS perspective. In 5th International Conference on Telecommunications in Modern Satellite, Cable and Broadcasting Service (TEL-SIKS 2001)
2. K. Cheverst, N. Davies, K. Mitchell, and A. Friday. Experiences of developing and deploying a context-aware tourist guide. In Proceedings of the sixth annual international conference on Mobile computing and networking, August 2000.
3. O. Wolfson. The Opportunities and Challenges of Location Information Management. In Intersections of Geospatial Information and Information Technology Workshop, 2001.

Социальные и медицинские проблемы Сибири

ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Любарский М.С., Морозов В.В., Коновалов М.Ю.
*Научно-исследовательский институт клинической
и экспериментальной лимфологии СО РАМН,
Новосибирск*

Лечение острого панкреатита продолжает оставаться актуальной проблемой абдоминальной хирургии. Общая летальность имеет слабую тенденцию к снижению и на протяжении ряда лет по данным разных авторов составляет от 4 до 12%. Послеоперационная летальность при деструктивном панкреатите колеблется в пределах 10—75%.

Проблемы эндогенной интоксикации, частота гнойных осложнений и летальность заставляют искать новые методы лечения этого грозного заболевания.

Как известно наиболее благоприятным сроком лечения острого панкреатита является ферментативная фаза, а оптимальным видом терапии в этот важный промежуток времени - интенсивная многокомпонентная консервативная терапия, направленная на обрыв заболевания. Такая тактика оправдывает себя у большинства больных. Достижение тем самым асептического течения заболевания служит основным путем улучшения результатов лечения пациентов с деструктивным панкреатитом. В ранние сроки заболевания оперативные вмешательства, как правило, не требуются, так как следствием хирургической агрессии при широких лапаротомиях, является всплеск эндогенной интоксикации в ближайшем послеоперационном периоде. Ранние лапаротомии являются вынужденным шагом, крайней мерой. Оправданы они лишь у 4-6 % больных при прогрессирующем панкреонекрозе без тенденции к ограничению процесса.

Применение стимуляторов лимфооттока и лимфокорректоров находит все более широкое применение в практической медицине и абдоминальной хирургии в частности. Состояние органа и его лимфатического аппарата находится в прямой и обратной зависимости. Эффективная реабилитация органа возможна лишь при сохранности, морфофункциональной достаточности данного лимфатического региона. Доказано, что обильно развитые сети лимфатических капилляров расположенные в рыхлой околопанкреатической соединительной ткани формируют обширную всасывающую поверхность. С помощью непрямой лимфостимуляции возможно значительно уско-

рять отток межтканевой жидкости от пораженного органа в лимфатическое русло.

С целью улучшения результатов лечения острых панкреатитов предприняты попытки внедрения новых методов. Были разработаны и применены на практике межкостистые лимфостимулирующие блокады. С применением этой методики в отделении неотложной хирургии 333 Военного госпиталя пролечено 5 пациентов. Диагноз острого панкреатита верифицировался на основании клинической картины, лабораторных и инструментальных исследований. Общее состояние больных и выраженность эндогенной интоксикации оценивали по температуре тела, пульсу, содержанию в крови лейкоцитов, молекул средней массы, ЛИИ, общего белка, билирубина, амилазы, трансаминаз, мочевины, креатинина, щелочной фосфатазы, ЛДГ. Также традиционный состав дополнительных методов обследования, включающий в себя динамическое УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, КТ, ФГДС.

Проведение традиционного лечения в виде базисной терапии включало в себя постельный режим, голод, местную гипотермию, проведение внутривенной инфузионной терапии в объеме 2-3 литров глюкозо-солевых растворов в режиме форсированного диуреза, спазмо- и холинолитики, ингибиторы протеаз, новокаиновые блокады. Данное лечение с первых суток пребывания в стационаре дополнялось межкостистым введением лекарственной смеси (лидаза, лидокаин, 10% глюкоза, анальгетик).

По сравнению с контрольной группой больных, получающих традиционную базисную консервативную терапию отмечено, что уменьшение болей, нормализация лабораторных показателей крови, амилитической активности поджелудочной железы наступала на 2-3 сутки, моторно-эвакуаторной функции на 2 сутки. Таким образом, острый процесс купировался в первые фазы воспаления (ферментативную и реактивную) и по нашим наблюдениям имел abortивный характер. Из числа пролеченных по данной методике больных случаев гнойных осложнений не было, показания к оперативным вмешательствам не возникли.

Вывод: выполнение лимфостимулирующих блокад при остром панкреатите позволяет купировать болевой синдром и обеспечить пролонгированное действие лекарственных препаратов воздействующих на патологические процессы в поджелудочной железе.