

конечностей за счет снижения кинетического сопротивления на уровне обоих сегментов, увеличения объемных и скоростных показателей в венозном и лимфатическом коллекторах, что позволило улучшить состояние неврологического статуса за счет улучшения основных видов чувствительности у пожилых больных.

**ПРИМЕНЕНИЕ ДЕТРАЛЕКСА ДЛЯ  
КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ  
ГЕМОЛИМФОЦИРКУЛЯЦИИ У  
ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ  
ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ НА ФОНЕ  
ИНСУЛИНЕЗАВИСИМОГО САХАРНОГО  
ДИАБЕТА**

Каменская О.В., Марченко Е.В.  
*ГУ НИИ клинической и экспериментальной  
лимфологии СО РАМН  
Новосибирск, Россия*

Цель: Выявить особенности гемолимфоциркуляции в нижних конечностях у пожилых больных с синдромом диабетической стопы (СДС) при инсулиннезависимом сахарном диабете (ИНСД) на фоне терапии детралексом.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 106 пациентов старше 60 лет со смешанной формой СДС без трофических нарушений на фоне ИНСД. Все больные получали традиционную комплексную терапию: сахароснижающие препараты, низкомолекулярные гепарины, антиоксиданты, препараты альфа-липоевой кислоты, дезагреганты и энтеросорбенты. Пациенты с СДС методом случайной выборки были разделены на две группы. В первую контрольную группу было включено 62 человека, которые получали стандартную терапию по поводу смешанной формы СДС. Во вторую группу входило 44 человека, которые наряду с традиционной терапией получали детралекс по одной таблетке два раза в день во время еды в течение 15-ти дней. Каждая таблетка содержала 500 мг микронизированной очищенной флавоноидной фракции. Эффективность лечения оценивалась по данным РЛВГ, импедансометрии, состояния неврологического статуса.

Результаты: Дополнение курса лечения детралексом позволило улучшить состояние гемолимфоциркуляции в венозном коллекторе за счет снижения кинетического сопротивления венозному оттоку, что дало возможность увеличить скоростные и объемные показатели СВО и ОВО на голени на 10,0% и 24,7% соответственно. В области стопы отмечалась тенденция к увеличению СВО и ОВО. По данным импедансометрии сопротивление мягких тканей снизилось на уровне средней трети голени справа на 19,75% и слева на 4,55%. Данный курс лечения позволил снизить кинетическое сопротивление лимфотическому оттоку. В области стопы КСЛО снизилось на

26,5%, что привело к увеличению СЛО и ОЛО. На голени КСЛО снизилось на 18,8%, СЛО и ОЛО возросли на 15,5% и 74,2% соответственно. Включение в программу лечения СДС приема детралекса существенно не повлияло на состояние артериального звена. Положительная динамика в состоянии гемолимфоциркуляции позволила улучшить состояние неврологического статуса за счет улучшения основных видов чувствительности в сравнении с контрольной группой.

Выводы: Прием детралекса обладает положительным эффектом на состояние гемолимфоциркуляции в регионе нижних конечностей за счет снижения кинетического сопротивления на уровне обоих сегментов, увеличения объемных и скоростных показателей в венозном и лимфатическом коллекторах, что позволило улучшить состояние неврологического статуса за счет улучшения основных видов чувствительности у пожилых больных.

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ  
НОВОГО МЕТОДА ЛИМФОТРОПНОЙ  
ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ**

Морозов В.В., Кучма С.Н.  
*Научно-исследовательский институт  
клинической и экспериментальной лимфологии  
СО РАМН  
Новосибирск, Россия*

В купировании воспалительного процесса при инфекциях мочевыводящей системы в настоящее время активно применяются методы регионарной лимфотропной терапии, суть которых сводится к неинвазивному или инвазивному насыщению лимфатического региона почек лекарственными препаратами.

Морфологическим обоснованием метода непрямо лимфотропной терапии послужили сведения о том, что лимфатический дренаж тканей осуществляется, начиная из окружающей клетку перичеселлюлярного пространства (внесудистая микроциркуляция) - тканевая жидкость с растворенными в ней веществами и взвешенными частицами всасывается в лимфатические капилляры и, таким образом, становится лимфой. При лимфотропном способе введения лекарственного вещества поступает преимущественно в лимфатические капилляры, транспортирующие его в регионарные лимфатические узлы. Выбор места инъекции лекарственного препарата в данной ситуации определяется по локализации патологического процесса. Установлено, что при регионарном лимфотропном введении лекарств их концентрация в патологическом очаге значительно превышает таковую при традиционных методах введения.

В урологической практике при почечной колике давно применяют новокаиновую блокаду по М.Ю. Лорин-Эпштейну как для дифференци-