

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 не прямой 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-

альной диагностики (например, с острым аппендицитом), так и с лечебной целью. Раствор местного анестетика вводят под паховую связку (в толщу семенного канатика или ткани, окружающие круглую связку матки). Обезболивающее действие этой лечебной манипуляции объясняется снятием спазма сегментарной мускулатуры мочеоточника вследствие блокады симпатической иннервации. Следовательно, одним из опосредованных эффектов блокады является улучшение уродинамики, что является важным условием патогенетической терапии острого пиелонефрита.

Мы применили лимфотропные инъекции под паховую связку в лечении 18 пациентов с острым пиелонефритом в возрасте от 5 до 12 лет. В составе комплексной лекарственной смеси вводили местный анестетик (лидокаин), лидазу, гипертонический раствор глюкозы. Лимфотропные инъекции числом 3 с интервалом 48 часов выполняли на фоне стандартного лечения (уросептики, десенсибилизация, эубиотики, парентеральное назначение антибактериальных препаратов курсом 7-10 суток).

Проведенные исследования выявили, что на фоне проведения регионарной лимфотропной терапии основные клинические проявления острого пиелонефрита купировались в более ранние сроки, чем при применении стандартной схемы лечения. Так, уже через 3 суток после начала лечения удалось достичь нормализации температуры тела и купирования астенического синдрома, начиная с 4-х суток, у всех пациентов был полностью купирован болевой синдром, к 5-м суткам ни в одном случае не выявлялись явления дизурии.

По нашему мнению, при проведении регионарной лимфотропной терапии появляется возможность опосредованным путем купировать нарушения уродинамики и (за счет снижения внутрилоханочного давления) патологические рефлекссы с рецепторного аппарата почки, что приводит к разрешению венозного и лимфатического стока в регионе поражения и более быстрому купированию воспалительного процесса, позволяя достичь лучших результатов лечения острого пиелонефрита.

ПРЕДУПРЕЖДАЮЩАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Морозов В.В., Смагин А.А., Кочеткова М.В., Степанов А.В.

*ГУ НИИ клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН
Новосибирск, Россия*

Актуальность: Интерес к проблеме послеоперационной боли и методам борьбы с ней в настоящее время существенно возрос, что связано с появлением современных эффективных ме-

тодов анальгезии и осознанием роли адекватного обезболивания в послеоперационной реабилитации пациентов. Появление внутривенной формы парацетамола, разрешенной для клинического использования у пациентов старше 1 года, сделало возможным применение этого препарата в качестве основы мультимодальной послеоперационной анальгезии.

Цель исследования: Оценить эффективность послеоперационного обезболивания перфалганом у пациентов детского возраста.

Материал и методы: Пациенты мужского и женского пола в возрасте от 3 до 15 лет, оперированные в условиях общей анестезии по поводу острых заболеваний органов брюшной полости, были разделены на 2 группы. 1 группа - послеоперационное обезболивание наркотическими и ненаркотическими опиоидами в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами; 2 группа - использования предупреждающей анальгезии перфалганом - введение препарата за 15 минут до индукции в наркоз в дозе 15 мг/кг массы тела с последующим его назначением 2-3 раза в сутки в суммарной дозе, не более 60 мг/кг. Контроль эффективности - исследование ФНО-альфа и СРБ, оценка интенсивности болевых ощущений в послеоперационном периоде с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ).

Результаты исследования: После проведения оценки интенсивности болевых ощущений в послеоперационном периоде с использованием ВАШ степень выраженности болевого синдрома в 1 группе в первые 3 часа после операции (в покое) составила 2,9 в контрольной группе и 5,1 балла в основной группе, через 24 часа после операции (при движении) 3,84 и 4,56 баллов соответственно. Разница уровня СРБ до операции и через 24 часа в 1 группе была достоверной. Разница уровня ФНО-альфа до операции в 1 группе, через 6 часов и через 24 часа после была достоверной, во 2 группе достоверность была низкой.

Выводы: Таким образом, применение в клинической практике концепции предупреждающей анальгезии с использованием инъекционной формы парацетамола обеспечивает повышение качества жизни пациентов детского возраста в послеоперационном периоде, ускорение послеоперационной функциональной реабилитации, снижение частоты послеоперационных осложнений, сокращение сроков стационарного лечения.