

ЛИМФОЛОГИЯ СЕГОДНЯ | ИССЛЕДОВАНИЯ | НОВОСТИ

ЛИМФНА

НОМЕР 1 (5) | МАРТ 2018



Обучение CDT - обзор ведущих школ мира



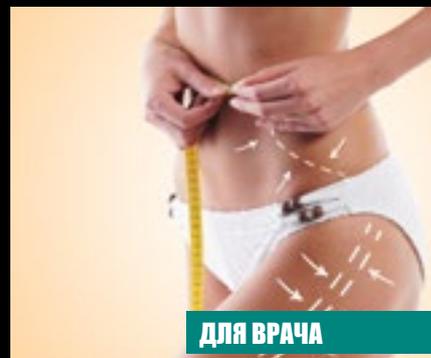
МЕРОПРИЯТИЯ

**VI съезд
лимфологов России
«Эпоха Возрождения»**



МАСТЕР-КЛАСС

**Бандаж
на стопу и голень**



ДЛЯ ВРАЧА

**Липосакция
как метод лечения**

Этот выпуск журнала «ЛИМФНА» для вас подготовили:



Наталья Макарова,
шеф-редактор



Вячеслав Спиридонов



Алексей Фефилов



Туяна Буджапова



Алексей Малахов



верстка - Илона Золотавина



Иван Макаров, главный редактор журнала «ЛИМФНА»

Дорогие друзья!

В мире более 300 млн. человек страдают от лимфедемы. Причем в России эта цифра составляет порядка 10 млн человек. Но за много лет работы с этими пациентами у меня сложилось впечатление, что большая часть их проблем связана либо с отсутствием правильно поставленного диагноза, либо с отсутствием правильно назначенного лечения, либо с отсутствием в их городе специалиста, который бы мог это лечение провести. Лимфедема прогрессирует без лечения и постепенно приводит к инвалидизации, то есть к состоянию, когда человек не может сам ни покушать себе приготовить, ни одеться самостоятельно, ни помыться.

У нас появилось очень простое решение. Мы поняли, что чем больше специалистов будет уметь правильно лечить лимфедему, тем проще будет пациентам.

Самое главное, чтобы им не приходилось искать специалистов по Комплексной физической противоотечной терапии (КФПТ) только в Москве или только Санкт-Петербурге. Пусть эти специалисты будут везде, в каждом городе нашей необъятной Родины. И тогда, наверное, проблема лимфедемы решится.

В этом выпуске мы представляем обзор мировых школ, которые обучают классической методике КФПТ (CDT). Мы надеемся, что это поможет многим из вас выбрать свой путь. Если вам не безразлична судьба лимфологии в России, и вы хотите помогать пациентам, которые оказались в этой сложной жизненной ситуации, тогда выберите одну из этих проверенных мировых школ и начинайте помогать людям.

Обучение специалистов по лечению лимфедемы – это залог того, что каждый пациент с лимфедемой найдет своего врача!

Удачи вам и успехов в победе над лимфедемой!

Искренне Ваш, Иван Макаров
Главный редактор журнала «ЛИМФНА»

НОВОСТИ

03

События в мире лимфологии в 2018 году

НОВОСТИ

25

Всемирный день лимфедемы

МЕРОПРИЯТИЯ

04-07

Обзор VI Съезда лимфологов России «Эпоха Возрождения»

ЛИМФОЛОГИЯ В ЛИЦАХ

28-32

Перспективы реконструктивной лимфологии. Интервью с профессором Байтингером

ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

08-11

Зимние виды спорта при лимфедеме

ИССЛЕДОВАНИЯ

34-37

Экспериментальное обоснование подчелюстной лимфотропной терапии при гнойно-воспалительных заболеваниях головы и шеи

МАСТЕР-КЛАСС

12-14

Мастер-класс по наложению компрессионного биндажа (рука), базовый вариант

ДЛЯ ВРАЧА

38-42

Липосакция как один из методов лечения лимфедемы

ОБЗОР

16-21

Обучение CDT. Обзор ведущих школ мира

НОВОЕ В ЛИМФОЛОГИИ

44-46

Портативный трехмерный сканер

ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

22-24

Уход за кожей при лимфедеме

АНОНС

48

СОБЫТИЯ

в мире лимфологии в 2018 году

Международная научно-практическая конференция по клинической лимфологии «ЛИМФА-2018»

- будет проводиться 18-19 мая 2018 в г. Москве, гостиница «Космос», залы «Галактика».
Регистрация на сайте Сайт Ассоциации лимфологов России: www.lymphologist.com. Тезисы принимаются по электронной почте mig@limpha.ru до 24 апреля 2018 года.



Европейский конгресс лимфологов (2018 ESL Congress)

пройдет в этом году в Праге 21-22 сентября 2018 совместно с ежегодным конгрессом чешского общества лимфологов LYMPHO 2018.

Цитата из приветственного слова Мартина Вальда, доктора медицинских наук, доктора философии, президента Конгресса, президент чешского общества лимфологов:

«Как и каждый год, организаторы подготовили достаточно пространства для презентации и демонстрации медицинских пособий для лечения лимфедемы и ее осложнений, что дает участникам возможность напрямую общаться с производителями и распространителями медицинских пособий. Это может быть применимо также к производителям и распространителям лекарств, хотя в настоящее время, в отличие от других медицинских областей, лимфология не основана на фармакотерапии. С другой стороны, лекарства часто являются неотъемлемой частью комплексного плана лечения лимфедемы.»

Регистрация по стандартным ценам доступна до 30 июня 2018. Тезисы можно присылать до 31 мая 2018 года. Официальный сайт Конгресса: www.esl2018.com

Санкт-Петербургская школа лимфологов

состоится 11-12 октября 2018 года в ФБГУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.
Сайт: www.almazovcentre.ru



XIII Международная конференция «Лимфология: от фундаментальных исследований к медицинским технологиям»

состоится 20-21 ноября 2018 года в НИИКЭЛ филиал ИЦиГ СО РАН, г. Новосибирск. Прием тезисов докладов с 1 апреля до 17 сентября 2018 г.
Официальная страница конференции: http://niikelsoramn.ru/conference/20_11_18/

Обзор VI съезда лимфологов России «Эпоха возрождения»

15–16 ноября 2017 года в отеле «Космос», зале «Галактика» состоялся VI съезд лимфологов России «Эпоха возрождения». Это уникальное для нашей страны мероприятие. Оно объединило всех ведущих лимфологов России, а также врачей других специальностей, которым интересна лимфология.



Открыл мероприятие Иван Васильевич Ярёма, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, основатель отечественной клинической лимфологии (1967–2006) с докладом, в котором осветил основные этапы формирования лимфологической науки в России. В следующем сообщении Иван Васильевич поведал о возможностях трансфузии лимфы в определённых клинических ситуациях.

Иван Геннадьевич Макаров, руководитель медицинского и образовательного направления в НПЦ ЛИМФА, член Ассоциации Лимфологов России, автор методических рекомендаций для врачей и пациентов представил доклад на тему «Практическое

Профессор И.В. Ярёма, вице-президент Ассоциации Лимфологов России, д.м.н., член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ, о решении проблемы лимфологии в России: «Один из путей решения – этот съезд. А также люди-энтузиасты, которые развивают лимфологию в России героическими усилиями. Все новое проходит три этапа: первый - отрицание, все говорят, что это ерунда и никому не нужно, второй этап – все начинают замечать, что в этом что-то есть, третий этап – то, что было новым становится очевидным. Мы сейчас как раз на первом этапе. Врач сегодня лечит больного, не обращая внимание на состояние лимфатической системы. Нужно создавать курсы, обучающие программы, возможность публикации монографий, открывать лимфологические центры. Врачи должны иметь возможность получать специализацию в этой области, как и в любой другой. Если врач будет понимать патогенез болезни и участие в этом патогенезе лимфатической системы, тогда только ситуация сдвинется с места. Программа данного съезда очень нужная. Все доклады интересные. Важно, что раньше лимфологией занимались в основном хирурги, а сейчас здесь собралось множество врачей различной специализации».



развитие лимфологии в России». Особое внимание Иван Геннадьевич уделил современным тенденциям и пер-

спективам этого направления медицины в нашей стране и за её пределами.

Марина Петровна Березко, врач лимфолог, к.м.н. (Москва) представила сообщение на тему «Использование перемежающейся пневмокомпрессии в комплексном лечении лимфедемы». В основу лекции были положены результаты собственного сравнительного клинического исследования терапии пациентов, перенесших хирургическое лечение рака молочной железы. В рамках исследования пациенты с наличием лимфедемы верхней конечности 2-3 стадии (по Фельди) 50 человек были разделены на две группы (по 25). В первой они получали стандартный курс комплексной противоотёчной физической терапии (КПФТ), включающей в себя мануальный лимфодренаж (1 час), бандажирование, физические упражнения и уход за кожей. Отличие

Врач-лимфолог
Макаров И.Г.
с докладом
«Практическое
развитие лимфологии
в России».





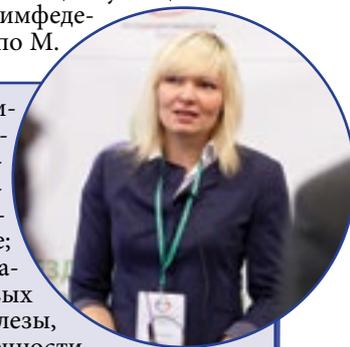
Березко М.П., врач-лимфолог, к.м.н., о проблемах лимфологии в России: «Основная проблема лимфологии в нашей стране – это неосведомленность пациентов. Они часто считают, что остались наедине со своей проблемой, они не знают, куда им обратиться. Также у нас мало профильных лечебных учреждений, которые занимаются лимфедемой, и отсутствуют серьезные исследования в области лимфологии. В нашей стране нет государственных программ по лечению лимфедемы. Пациентам приходится искать, куда обратиться, а потом и лечиться за свой счет».

второй группы заключалось в сокращении времени ручного лимфодренажного массажа с 60 до 30 минут и дополнения переменной пневмокомпрессии на аппарате lymphra press plus в течение 30 минут. Оценка эффективности лечения производилась путём измерения окружности, объёма верхней конечности, оценки толщины подкожно-жировой клетчатки (при помощи УЗИ), удовлетворённости лечением по 10-бальной шкале и оценкой качества жизни по опроснику ULL-27. Результаты: в 1-й группе было достигнуто сокращение отёка на 17 %, во второй – 16,4 %, а удовлетворённость пациентов лечением в группе с аппаратной пневмокомпрессией была выше - 8,5 балла, против 7 в контрольной группе. Стоит отметить, что во второй группе наблюдались такие нежелательные реакции, как парестезии кожи.

Олег Эдуардович Фатуев, к.м.н., главный врач ГБ №40 (Москва), хирург, онколог обратился к тематике «Возможности флюоресцентной лимфографии в выявлении и профилактики лимфореи». Олег Эдуардович представил результаты исследования, на основе лечения 620 онкологических пациентов с 2006 по 2015 годы в онкохирургических отделениях МУЗ

звания «Флуоресцеина Новартис» для интраоперационной визуализации лимфатических сосудов и мест лимфоистечения с целью профилактики и лечения послеоперационной лимфореи; 2) разработана и морфологически обоснована методика фотодинамической терапии; 3) предлагаемые методики позволили снизить объём лимфопотери в 4,7 раза и полностью излечивать пациентов с длительной лимфореи; 4) комплексная профи-

Ермощенко М.В., онколог, к.м.н., о проблемах профилактики постмастэктомического отека: «Основная проблема – это проблема профилактики развития лимфедемы верхней конечности и нижней конечности у больных раком молочной железы и больных злокачественными новообразованиями в гинекологической сфере; предупреждение развития этих осложнений. Наша страна наконец перешла к определению и биопсии сторожевых лимфатических узлов у больных раком молочной железы, что позволит снизить риск развития отека верхней конечности. Потому что в Европе этот процент невысокий в отличие от нашей страны, там уже в течение долгих лет используется эта методика. У нас же раньше применяли лимфаденэктомию трех уровней, и именно она является риском развития отека верхней конечности. Будем надеяться, что в ближайшем будущем у нас снизится процент этой тяжелой категории больных. У тех, пациентов, у которых нельзя использовать эту методику нужно осуществлять своевременную профилактику отека – использование комплекса мероприятий в послеоперационном периоде, а при проявлении преходящего отека нужно сразу подключать специалистов, которые занимаются консервативными методами лечения».



сократить пребывание пациента в стационаре на 2,7 и на 7,2 суток на амбулаторном этапе.

Надежда Юрьевна Мушникова, хирург, к.м.н. (ГКБ №40, Москва) продолжила тематику интраоперационной флюоресцентной лимфографии. Накоплению флюоресцирующего вещества в опухоли способствует локальный лимфостаз (застой лимфы), эта особенность может использоваться для улучшения выявления, а следовательно и лечения опухолевых заболеваний.

Мария Владимировна Ермощенко, к.м.н., онколог, реконструктивно-пластический хирург МНИОИ им. Герцена (Москва) представила собственный опыт применения водоструйной липосакции у пациентов с вторичной лимфедемой 2 стадии по М. Фельди.



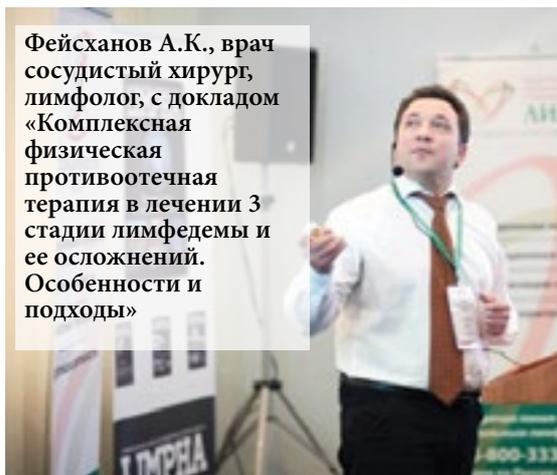
Профессор Уртаев Б.М., президент Ассоциации Лимфологов России, д.м.н., заведующий кафедрой производственной и клинической трансфузиологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

ГКБ № 40 ДЗМ г. Москва. Исследование привело к следующим результатам: 1) доказана возможность исполь-

лактика и лечение послеоперационной лимфореи позволяет уменьшить её длительность на 4,9 дня, тем самым

Айгиз Камилиевич Фейсханов, сосудистый хирург, лимфолог центра Терра Вита (Казань) в своём докладе на тему «Комплексная физическая противоотечная терапия в лечении 3 стадии лимфедемы и ее осложнений. Особенности и подходы» поделился опытом успешного лечения пациентов с запущенными случаями лимфедемы (развившегося элевантиаза). Секрет успеха в использовании доказавшей свою эффективность КПФТ, индивидуальных программ реабилитации для каждого пациента.

Фейсханов А.К., врач сосудистый хирург, лимфолог, с докладом «Комплексная физическая противоотечная терапия в лечении 3 стадии лимфедемы и ее осложнений. Особенности и подходы»



Будожапова Т.С.,
врач лимфолог, и.о. главного врача
НПЦ «ЛИМФА», с докладом
«Консервативное лечение
лимфедемы верхней конечности III
ст. по M.Foeldi
(постмастэктомический отек
запущенной формы) как
альтернатива ампутации»

разом методика комплексной физической противоотечной терапии в очередной раз подтвердила свою эффективность и безопасность даже в тяжёлых клинических ситуациях, позволяя добиться стойкой ремиссии заболевания.

Доклад доктора В.В. Мельникова (Москва) был посвящён возможностям эндолимфатического, лимфотропного введения антибиотиков в комплексном лечении гнойно-септических осложнений у больных с различными видами парентеральной наркомании. У данных пациентов региональная лимфотропная антибиотикотерапия может рассматриваться, как альтернатива длительной системной антибактериальной терапии.

Туяна Саяновна Будожапова (Москва), и.о. главного врача НПЦ ЛИМФА, Член Ассоциации Лимфологов России представила очень интересное сообщение на тему «Консервативное лечение лимфедемы верхней конечности III ст. по M.Foeldi (постмастэктомический отек запущенной формы) как альтернатива ампутации». Заболеваемость раком молочной железы за последнее десятилетие выросла на треть. Кумулятивная частота развития лимфедемы после оперативного лечения данной патологии за 10 - летний период наблюдения превышает 40 %. Туяна Саяновна представила результаты лечения наиболее сложных клинических случаев. Это пациентки с 3-й стадией заболевания, которым как единственный выход была предложена ампутация верхней конечности. В центре «Лимфа» эти пациенты получали комплексную физическую противоотечную терапию. Снижение лимфоотёка зафиксировано у всех больных, из них радикальное уменьшение объёма (на 75-100 %) было достигнуто более чем у 90 %. Таким об-

Пациентка С. 46 лет, на этапе
лечения 20 процедур КФПТ из 30



8 800 3333 961 (звонок из России бесплатный) | +7 495 646 17 86 | www.limfa.ru

Слайд из доклада Будожаповой Т.С. «Консервативное лечение лимфедемы верхней конечности III ст. по M.Foeldi (постмастэктомический отек запущенной формы) как альтернатива ампутации»



Александра Вадимовна Ровная (Москва), врач реабилитолог, лимфолог, представила доклад на тему «Ожирение, липидедема, лимфедема – в чём разница (и взаимосвязь)?». Особенностью данных патологий является то, что нередко их не отличают друг от друга даже практикующие врачи, что ведёт к неверному выбору тактики лечения. Александра Вадимовна поведала о патогенетических, клинических особенностях каждого из этих заболеваний, представила алгоритм их дифференциальной диагностики, осветила подходы к лечению.

Екатерина Юрьевна Чиж, сосудистый хирург, лимфолог (Москва) выступила с двумя сообщениями. Первая лекция была посвящена противопоказаниям к проведению компрессионной терапии отеочного синдрома конечностей. Вторую часть сообщения Екатерина

Юрьевна посвятила опыту использования и преимуществам австралийской системы Мобидерм в комплексном лечении лимфедемы.

ботки данных врачами-лимфологами».

Оксана Сергеевна Курочкина, к.м.н., реконструктивный хирург,

Методика наложения лимфо-венулярных анастомозов уже доказала свою эффективность в клинической практике и является одним из перспективных направлений в хирургии лимфатической системы.



Нимаев В.В., лимфолог, д.м.н., г. Новосибирск, на VI Съезде лимфологов России

Нимаев Вадим Валерьевич, лимфолог, д.м.н., руководитель лабораторией оперативной лимфологии и лимфодезинтоксикации НИИ клинической и экспериментальной лимфологии (г. Новосибирск) представил результаты изучения генома пациентов с первичной наследственной лимфедемой. Данное исследование позволяет получить дополнительную информацию о природе заболевания, что в перспективе может помочь разрабатывать новые средства для адресного лечения и профилактики этой патологии. Во втором сообщении Вадим Валерьевич представил разрабатываемую единую базу данных - Российский регистр больных с лимфедемой и лимфатическими мальформациями.

НИИ микрохирургии (Томск) поведала о возможностях микрохирургии в лечении лимфедемы. В своём докладе

Профессор Джумабаев Э.С., Узбекистан: «Мне хотелось бы поблагодарить организаторов Съезда, потому что лимфология для нас остается пока загадочной. Надо внедрять методы лимфатической терапии в учебный процесс, чтобы студенты больше знали о лимфологии. Нужно более широко показывать и объяснять на курсах постдипломного образования, что такое лимфатическая терапия и как она работает. Проведение сегодняшнего съезда — это очень важное событие в жизни не только лимфолога, но и практического здравоохранения. И если организаторы здравоохранения, благодаря нашему энтузиазму, внедрят эти методы в практику в виде протоколов, опций, то нам можно ожидать значительной подвижки в лимфологии».



Марина Юрьевна Демехова, хирург-флеболог сети медицинских центров REACLINIC в своём сообщении раскрыла тему «Проблема унификации диагноза и статистической обра-

Оксана Сергеевна поделилась результатами работы под руководством профессора Владимира Фёдоровича Байтинера, пионера супермикрохирургии лимфатической системы в России.

Это лишь часть докладов, которые были представлены на VI Съезде лимфологов России. Другие доклады были не менее интересными и полезными, каждый доклад нес в себе определенную научную ценность. Ознакомиться с тезисами к данному Съезду вы можете в предыдущем номере журнала – ЛИМФА №4-2017 (выпуск можно найти на сайте www.limpharus.ru). А программу съезда и фотографии с мероприятия находятся на сайте Ассоциации лимфологов России – www.lymphologist.com



Демехова М.Ю., хирург флеболог, г. Санкт-Петербург

Алексей Михайлович Малахов

Зимние виды спорта И ЛИМФЕДЕМА

Согласно международным рекомендациям «золотым стандартом» лечения лимфедемы является комплексная физическая противотечная терапия (КФПТ). Регулярные физические упражнения составляют один из четырёх ее компонентов. И включены они в КФПТ не просто так. Физическая нагрузка обладает дополнительной дренажной функцией, которая улучшает лимфатический отток.



**Буджапова
Туяна Саяновна,
врач-лимфолог**



Зачем нужен спорт?

Поверхностная лимфатическая система располагается преимущественно в области подкожно-жировой клетчатки. При любом сокращении мышечных волокон мышцы утолщаются и таким образом «давят» на подкожно-жировую клетчатку изнутри.

Каждый пациент с лимфедемой знает, что компрессионный трикотаж необходимо носить ежедневно в течение всего дня, особенно при физических нагрузках. Он воздействует на подкожно-жировую клетчатку снаружи.

Получается, что лимфатическая система вместе с подкожно-жировой клетчаткой при каждом сокращении мышцы будет находиться в компрессии с двух сторон. С каждым расслаблением мышцы будет исчезать и давление на лимфатические сосуды. Такое чередование напряжения и расслабления способствует продвижению лимфы по сосудам.

Это и есть дренажная функция. Именно она является основой для выбора физических нагрузок при лимфедеме. Статические нагрузки (йога, пилатес и т.д.) не рекомендуются для пациентов с лимфедемой. Мышцы при статических нагрузках находятся в постоянном напряжении, ток крови ухудшается, уменьшается поступление кислорода. Этап расслабления отсутствует или возникает через длительное время. Следовательно, дренажный эффект отсутствует.

Разобравшись, как работает дополнительная дренажная функция при движении, любой человек с лимфедемой сможет подобрать правильную физическую нагрузку, которая не приведет к ухудшению состояния и прогрессированию отека.



Спорт зимой

Разберем основные виды физической деятельности в зимнее время, так как зима не повод сидеть дома. Конечно, необходимо помнить, что все нагрузки следует проводить только в компрессионном трикотаже.

ХОДЬБА

Обычная ходьба на свежем воздухе – самый простой вид физической нагрузки, но при этом очень действенный. Темп при ходьбе должен быть чуть выше среднего. Немаловажно и правильное дыхание: вдох должен производиться через нос, выдох – через рот. Увеличение темпа должно быть медленным. Ходить нужно так, чтобы была возможность говорить.



СКАНДИНАВСКАЯ ХОДЬБА

Лучше обычной ходьбы может быть только «скандинавская» ходьба, или ходьба с палками. Это такой вид физической активности, при котором используется специальная техника ходьбы с модифицированными лыжными палками. При скандинавской ходьбе работают мышцы не только нижних конечностей, но и мышцы спины и верхнего плечевого пояса. Важно, что опора на палки уменьшает нагрузку на позвоночник и коленные суставы, а вероятность поскользнуться и упасть значительно снижается. Скандинавская ходьба с палками почти универсальна, так как разрешена людям любого возраста и с любым уровнем физической подготовки.

Таким образом, при наличии хронических заболеваний перед началом занятий необходимо проконсультироваться с врачом. Внимательно изучите технику скандинавской ходьбы самостоятельно или посетите занятие с тренером, который научит правильной ходьбе и дыханию, а также подберет длину палок.

Экипировка: удобная обувь, палки для скандинавской ходьбы.

Процесс

Темп ходьбы индивидуален. Необходимо следить за пульсом.

Во время ходьбы вы должны говорить. Если говорить можете, то темп нормальный, если нет – темп нужно сбавить.

Продолжительность занятий может быть от 30 мин до 2 часов. Темп и длительность занятий нужно увеличивать постепенно.

И тем не менее нашим пациентам мы настоятельно рекомендуем начинать занятия с инструктором.



Противопоказания к занятиям спортом:

- острые инфекционные заболевания;
- обострения хронических заболеваний;
- при наличии заболеваний сердечно-сосудистой системы необходима консультация с врачом.

КОНЬКИ

Занятия на коньках (хоккей, фигурное катание, шорт-трек, конькобежный спорт) можно сразу исключить для пациентов с лимфедемой нижних конечностей. При катании на коньках ботинки слишком сильно сжимают стопу и нижнюю треть голени, что препятствует оттоку и лимфы, и отек прогрессирует. А если ботинки зашнуровать слабо, то увеличивается вероятность травмирования голеностопного сустава.



БЕГОВЫЕ ЛЫЖИ

Беговые лыжи, как и скандинавская ходьба, – универсальный вид спорта, которым могут заниматься как дети, так и пожилые люди. При ходьбе на лыжах задействованы практически все мышцы: плечевой пояс, пресс, мышцы спины, нижние конечности и т.д. Ходьба на лыжах укрепляет сердечно-сосудистую и дыхательную системы. Стоит отметить, что речь не идет о лыжной акробатике или прыжках с трамплина.

Экипировка

Перед началом занятий необходимо подобрать с инструктором длину лыж и палок. Особое внимание нужно обратить на ботинки: они должны быть на полразмера больше вашей ноги, невысокие, мягкие и без специальных вставок, фиксирующих ногу. В противном случае может возникнуть сдавление мягких тканей с последующим ухудшением оттока лимфы (как при катании на коньках).

Процесс

Начинать в легком темпе, увеличивать нагрузки, как и при других видах спорта, медленно.

САНКИ И ТЮБИНГ

Санки и тюбинг («ватрушки») являются более безопасным видом спуска с горы. Хотя это тоже зависит от склона и массы человека. Сейчас мы говорим об обычном спуске на санках, а не об олимпийском виде санного спорта. Тюбинг, или «ватрушка», является больше развлечением, чем видом спорта, как для детей, так и для взрослых. Таким образом, кататься на санках, снегокатах и «ватрушках» можно, соблюдая при этом обычные правила безопасности. Лучше, если это будет небольшой пологий склон, чтобы не развивать высокую скорость. Помните, что любая лишняя травма для пациента с лимфедемой крайне нежелательна.





СНОУБОРДИНГ

Сноубординг – спуск с заснеженных гор и склонов на специальном снаряде – сноуборде (монолыже с окантовкой, на которой установлены крепления для ног). Этот вид спорта мы не рекомендуем нашим пациентам.

Во-первых, сноубординг весьма травмоопасный вид спорта. Даже обучение начинается с того, как правильно падать.

Во-вторых, при правильном скольжении тело остается всегда неподвижным, а ноги зафиксированы в одном положении, что говорит о постоянной статической нагрузке. Отсутствие динамики отрицательно сказывается на лимфатической системе. Скольжение и повороты производятся за счет перемещения веса тела с одной ноги на другую и с пятки на носок, но мышцы все время напряжены.

КАК ОДЕВАТЬСЯ?

Отдельное внимание стоит уделить зимней экипировке, ключевым принципом которой является многослойность.

Первый слой – базовый, он прилегает к телу. Зимой лучше использовать специальное термобелье. Почему не подойдет обычное хлопковое белье? При нагрузках человек потеет, а хлопковое белье намокнет и станет влажным, что приведет к переохлаждению. Термобелье жидкость будет отводить.

Второй слой – изолирующий, должен проводить жидкость и удерживать тепло. Лучше всего подойдут материалы из флиса или полартека.

Следующий слой – внешний, предназначен защищать от влаги и ветра. В зимнее время это должна быть плотная куртка. Рукава и манжеты – без тугих резинок и громоздких застежек. Шапка также должна защищать от влаги и ветра, поэтому подойдет флисовая. Для защиты шеи в спортивных магазинах вы найдете флисовые воротники или баффы. Перчатки лучше выбирать вязанные или трикотажные. При очень низких температурах носить варежки: так пальцы будут быстрее согреваться.

ДЛЯ ЛЮБОГО СПОРТА

Неважно, каким видом спорта вы будете заниматься зимой, главное – перед началом занятий «разогреться» или



сделать разминку, а после тренировки сделать заминку.

Разминка подготавливает организм к предстоящим нагрузкам, суставы становятся более подвижными, повышается эластичность мышц и связок, учащается пульс, и мышцы с током крови получают больше кислорода. Также разминка предотвращает травмы, повышает эффективность тренировки.

Заминка – комплекс упражнений для плавного перехода из состояния напряжения в состояние покоя, расслабления. Заминка приводит пульс в норму, предотвращает появление мышечных болей, выравнивает дыхание.

От качественно выполненных разминки и заминки зависит успех тренировки, состояние опорно-двигательного аппарата, восстановление организма после физической нагрузки.

ПАЦИЕНТУ С ЛИМФЕДЕМОЙ

Пациентам с лимфедемой необходимо помнить, что при занятии любым видом спорта следует избегать травм и свести риск их появления к минимуму. Экипировка выбирается предельно удобной. Занятия должны приносить вам радость. Каждый человек индивидуален, и проявления лимфедемы могут быть различные. Поэтому, чтобы удостовериться, что спорт вам не повредит, проконсультируйтесь с вашим врачом-лимфологом.

Мастер-класс

по наложению компрессионного биндажа (рука) базовый вариант

С

егодня мы продолжим тему наложения компрессионного биндажа на верхние конечности. Мы разобрали в прошлом номере журнала LIMPNA (LIMPNA №4-2017) бинтование пальцев и области кисти.

ВАЖНО!

Компрессионный биндаж и компрессионная терапия не являются единственным методом лечения. Более того, если делать ставку только на компрессионную терапию, можно столкнуться с рядом осложнений и ухудшить состояние. То есть компрессионная терапия должна идти в составе Комплексной физической противоотечной терапии.



Нужно наложить ватный бинт таким образом, чтобы он защищал максимально всю руку. Мы его накладываем без натяжения.



Если бинт закончился, мы берем второй и накладываем его.



В тех местах, где предполагаемое давление будет выше (это локтевой сгиб и локтевой отросток), можно сделать больше туров этого бинта, либо проложить дополнительные прокладки, которые будут это место защищать.



Руку нужно защитить до самого плеча, так же, как будут накладываться бинты. Это один из самых простых и легких способов наложения бандажа. В запущенных случаях лимфедемы используется большее количество прокладок. Могут использоваться дополнительно поролоновые прокладки, которые будут защищать и формировать цилиндрический профиль конечности. В данном мастер-классе мы используем базовый вариант только с ватным бинтом.



Дальше начинаем накладывать бинты низкой растяжимости. Сначала самые маленькие – это бинты 6 см шириной. Сначала фиксирующий тур абсолютно без натяжения. А дальше, когда будем уходить на кисть, не надо забывать, что мы должны держать пальцы в разведенном состоянии, иначе после наложения бинта уже нельзя будет нормально этой рукой пользоваться.



Фиксируем бинт, если он закончился. Здесь сильной фиксации не требуется, мы заклеиваем пластырем, и он держится.



Мы не пытаемся бинтом низкой растяжимости продавить прослойку, созданную ватным бинтом. Мы делаем это рукой, а бинт просто фиксирует то, насколько ее продавили. Таким образом создается дополнительная компрессия. При этом постоянно напоминаем пациенту, что пальцы должны быть в максимальном разведении, потому что бинт их постоянно поджимает. Также смотрим, чтобы компрессия была распределена максимально равномерно. Если какие-то участки остались без компрессии, то обязательно их закрываем.

Проверяем, как распределилась компрессия: насколько она выше в одних участках и ниже в других. И дальше это распределение корректируется с помощью оставшихся бинтов.



ВАЖНО!

Наша задача – сделать давление максимальным в дистальных отделах и минимальным в проксимальных. Тогда это улучшит, облегчит транспорт лимфы.



Лучше наложить бинт так называемой «елочкой». Везде накладываем с абсолютно одинаковым натяжением, но каждый последующий тур бинта накладывается чуть дальше, чем предыдущий. Таким образом, мы можем визуальнo проконтролировать, насколько у нас снижается давление.

Следующий бинт - на 4 см больше, чем первый, и на 2 см больше, чем предыдущий. Первый был 6 см, второй бинт - 8 см. И теперь можно накладывать бинт шириной 10 см - объем стал больше, так как мы поднялись выше. Во-первых, так мы быстрее закончим наш бандаж. Во-вторых, так будет проще распределять давление.



Особенно внимательно проходим локтевой сгиб. При этом рука должна быть в физиологическом положении, то есть мы ее немного сгибаем. Если мы забинтуем прямую руку, то мы абсолютно не сможем ей двигать. Следим за тем, чтобы в локтевом сгибе не было края бинта, чтобы он прошел максимально посередине, и бинтуем эту область крест-накрест.



Если бинт заканчивается, мы никогда его не заканчиваем в области локтевого сгиба. Заканчиваем либо ниже него, либо выше.

ВАЖНО!

Прежде чем делать какие-либо медицинские манипуляции, посоветуйтесь с врачом. Он скажет, как это лучше сделать именно в вашем случае.

Проверяем распределение давления. Чтобы у нас там отек не увеличился, нам нужно создать адекватную компрессию. Если есть область с недостаточным давлением, тогда можно начать в этом месте следующий тур бинта. А дальше распределять компрессию так, чтобы она шла по градиенту от максимальной к минимальной. И таким образом создавала благоприятные условия для транспорта лимфы.



Наложение компрессионного бандажа от уровня кисти до уровня плеча – это очень полезный навык. Это самый базовый и самый простой вариант, но от этого он не теряет своей эффективности на начальных стадиях лимфедемы. Он может позволить снизить нагрузку на лимфатическую систему в моменты ее перегрузки. А может позволить и справиться с небольшим лимфатическим отеком.

Видео с мастер-классом наложения компрессионного бандажа на руку (от уровня кисти до плеча) вы всегда можете посмотреть канале [lympholog](https://www.youtube.com/channel/UC...) на сайте www.youtube.com

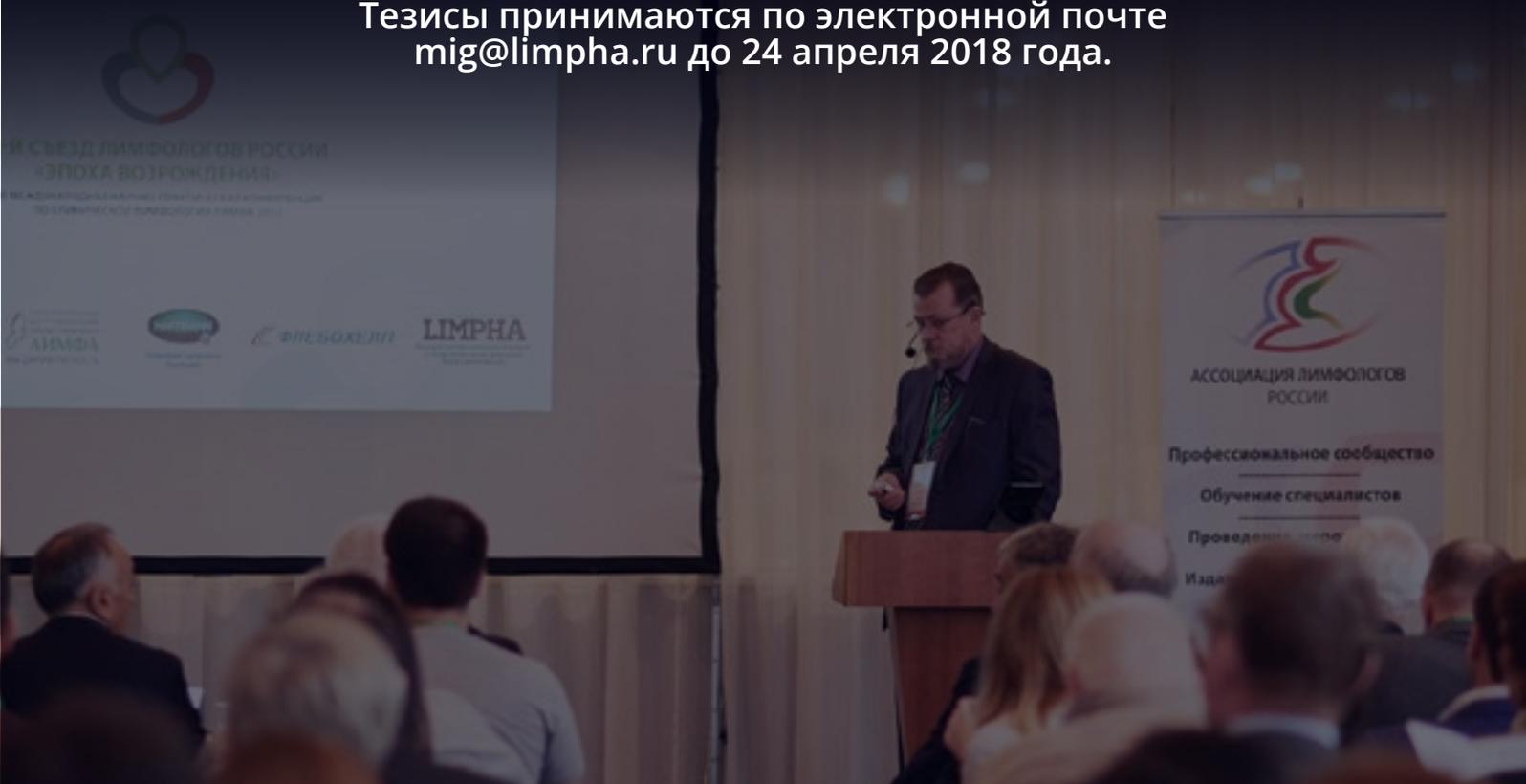
18-19 мая 2018 года

Залы «Галактика» гостиницы «Космос», Москва

6-я международная научно-практическая конференция по клинической лимфологии «ЛИМФА-2018»

Регистрация на сайте www.lymphologist.com.

Тезисы принимаются по электронной почте
mig@limpha.ru до 24 апреля 2018 года.



ОРГАНИЗАТОРЫ



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ



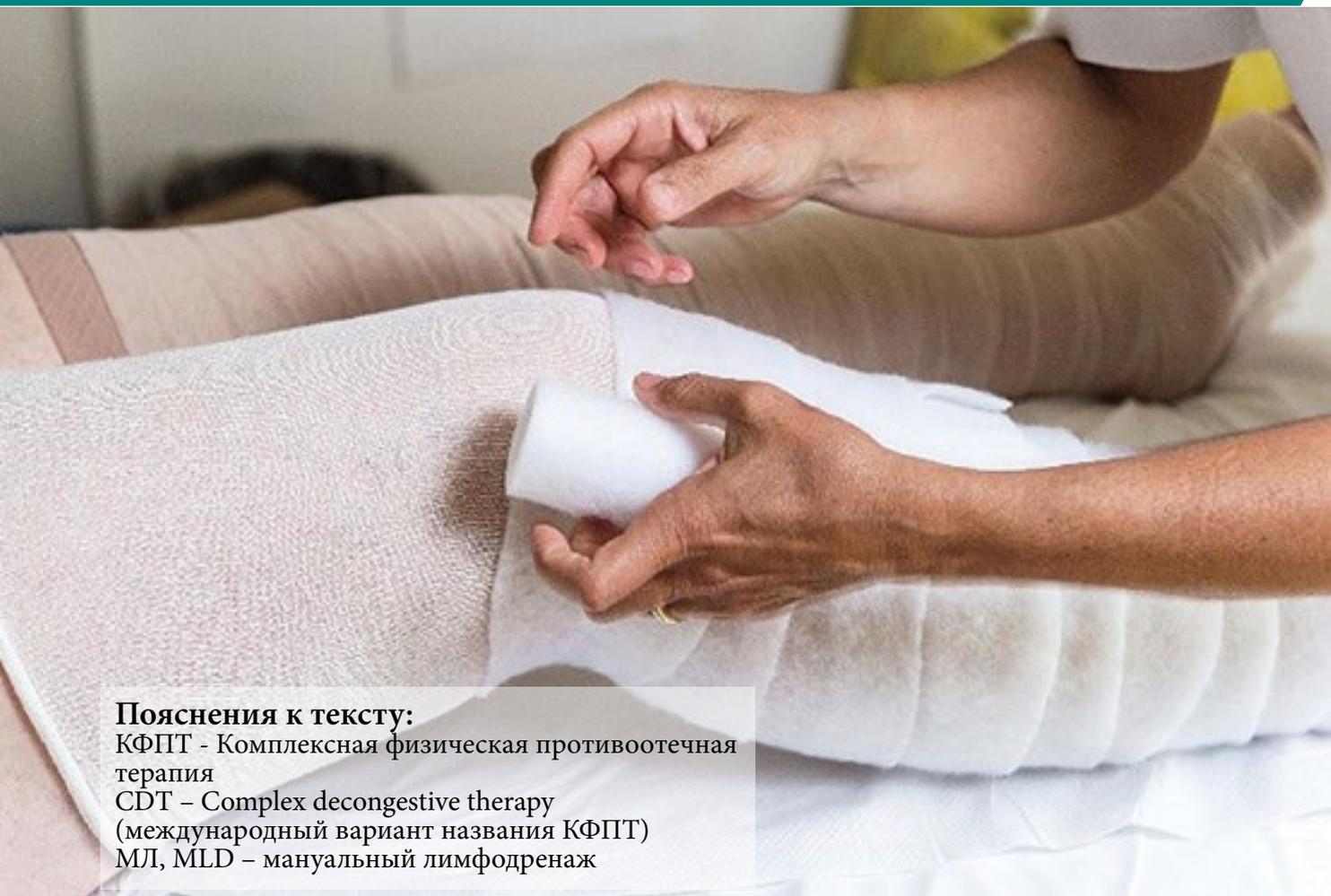
Общероссийская общественная
организация Лимфологов России
(Ассоциация Лимфологов России)



ФГБУ ВО «Московский государственный
медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Обучение CDT

ОБЗОР ВЕДУЩИХ ШКОЛ МИРА



Пояснения к тексту:

КФПТ - Комплексная физическая противоотечная терапия

CDT - Complex decongestive therapy
(международный вариант названия КФПТ)

МЛ, MLD - мануальный лимфодренаж

Комплексная физическая противоотечная терапия (CDT) на данный момент является мировым «золотым стандартом» лечения лимфедемы различной этиологии. Несмотря на то, что проводятся многочисленные исследования других методов лечения лимфедемы, КФПТ остается самым эффективным.

Точных статистических данных о количестве пациентов с диагнозом «лимфедема» на сегодняшний день в мире нет. Дело в том, что не во всех странах ведется учет (реестр) пациентов, больных лимфедемой. Для того чтобы понять актуальность проблемы, достаточно проанализировать причины этого состояния.

Этиология лимфедемы:

1. Врожденные пороки развития лимфатической системы, манифестирующие в разные возрастные периоды (первичная лимфедема).
2. Постмастэктомический отек – лимфатический отек руки, появляющийся в результате комбинированного лечения рака молочной железы.
3. Филляриозы – паразитарное заболевание, вызывающее сильные отеки конечностей. Характерно для стран с жарким климатом.
4. Серьезные травмы, при которых страдают лимфатические сосуды и, соответственно, нарушается лимфоотток.
5. Опухоли злокачественного или доброкачественного генеза, сдавливающие лимфатические пути оттока. Отек возникает либо после лечения опухоли – хирургического вмешательства, либо после лучевой терапии.

Исходя из этих причин, становится очевидно, что лимфатический отек – явление очень распространенное. О том, как лечить лимфедему, знает далеко не каждый врач.

Обучение методике комплексной физической противоотечной терапии будет полезно врачам, которые часто сталкиваются с пациентами с лимфедемой. Это – терапевты, педиатры, онкологи, хирурги, флебологи, травматологи, реабилитологи. Также обучение КФПТ будет полезно любому медицинскому работнику, который хочет повысить свою квалификацию и помогать пациентам с лимфатическими отеками.

Комплексная физическая противоотечная терапия была разработана в конце 70-х годов профессором Михаэлем Фельди, и, по данным последних консенсусов мирового общества лимфологов, является основным методом лечения лимфедемы.

В мире существует всего несколько школ, в которых обучают оригинальной методике КФПТ. Сегодня мы познакомим вас с ними.



FOELDI COLLEGE

Клиника Foeldi является основоположником комплексной физической противоотечной терапии и пионером консервативного лечения лимфедемы. Именно поэтому Foeldi College является наиболее авторитетным местом для обучения КФПТ.

Foeldi College уже обучил около 35 000 специалистов в области мануального лимфатического дренажа / комплексной физической противоотечной терапии с момента его создания в 1980-х годах.

Специалисты клиники Foeldi проводят обучение в Германии, Австрии,

Великобритании, а также сотрудничают и имеют свои представительства в Японии, Дании, Венгрии, Швейцарии и Турции.

Язык обучения: немецкий, английский.

На данный момент программа обучения Foeldi включает в себя 3 разных типа курсов:

- 4-недельный курс MLD / CDT
- Семинары в клинике Foeldi в Хинтерцартене
- Обзорный курс MLD / CDT

Все курсы проводятся сертифицированными инструкторами MLD / CDT колледжа Foeldi, старшими врачами клиники Фельди, Европейским



Etelka Foeldi - президент Европейского общества лимфологов, руководитель крупнейшей лимфологической клиники в мире - Foeldi Klinik (Германия). На фото вместе с Иваном Макаровым, главным редактором журнала «ЛИМФА».



Одна из составляющих КФПТ – комплекс противоотечных упражнений

центром лечения лимфедемы в Хинтерцартене (Германия).

Стандартный курс обучения в Германии состоит из 190 учебных (теоретических и практических) занятий, которые объединены в 2 модуля по 10 дней каждый. Курс включает в себя экзамен (устный, письменный и практический).

Стоимость курса - 3000 евро.

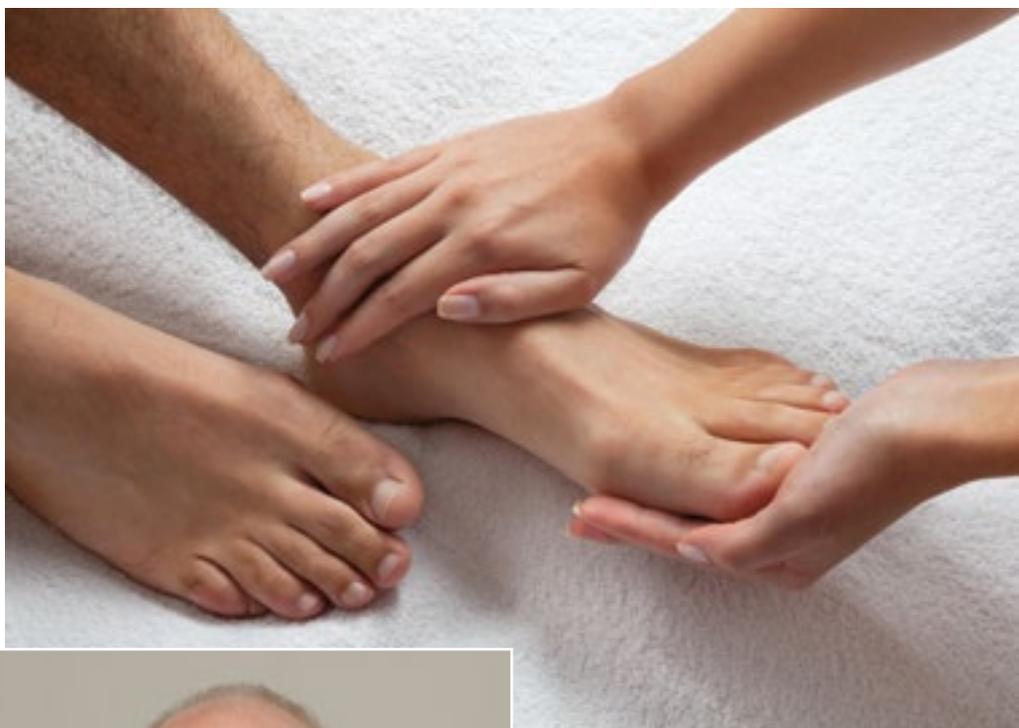
Содержание курса:

- Анатомия, физиология и патофизиология системы лимфатических сосудов.
- Методы, методология, применение и медицинские показания к мануальному лимфатическому дренажу (MLD).
- Методы биндажа для первичной и вторичной лимфедемы конечностей.
- Методы биндажа при лимфедеме, травматических и венозных отеках конечностей.
- Навыки и методы, используемые в противоотечной лечебной физкультуре.

Даты и места обучения постоянно обновляются. Актуальную информацию можно узнать на сайте: www.foeldicollege.com

KLOSE TRAINING

Школа Klose Training & Consulting находится в США, хотя обучение проводит по всему миру. Ее основатель - Guenter Klose - единственный инструктор по мануальному лимфодренажу и компрессионной терапии (MLD/CDT), сертифицированный Ассоциацией физической терапии Германии (Verband Physicalische Therapie), активно преподающий в Соединенных



Штатах. В 1984 году Гюнтер Клозе обучался комплексной физической противоотечной терапии в клинике Foeldi в Германии. Он является самым опытным специалистом по КФПТ в США и постоянно совершенствует свои навыки, поддерживая контакт с врачами клиники Foeldi.

Klose training предлагает множество различных курсов по лечению лимфедемы, которые проводятся как очно, так и онлайн. Большинство курсов проводятся в США.

Язык обучения – английский.

Базовый курс обучения - Lymphedema Certification.

Стоимость курса - примерно 2500\$

Перед началом занятий в классе студенты проходят 45-часовой онлайн-модуль, в котором они узнают о лимфедеме и методах, используемых для лечения.

Сюда входит:

- Анатомия, физиология и патофизиология лимфатической системы.
- Диагностика и дифференциальная диагностика лимфедемы
- Введение в мануальный лимфатический дренаж (MLD)
- Введение в биндажирование и компрессионную терапию
- Показания и противопоказания к МЛ и КФПТ
- Упражнения для пациентов с лимфедемой
- Осмотр пациента и еженедельное измерение (окружность и объем)
- Самомассаж методом МЛ для всех конечностей

Guenter Klose – основатель «Klose Training & Consulting»

- Лечение генитальной лимфедемы

Учебные методы: самостоятельные видео-лекции и чтение материалов.
Методы тестирования: онлайн-опросы.

После завершения 45-часового онлайн-модуля, студенты подготовлены к 9-дневной (90-часовой) части в классе, которая будет посвящена применению мануального лимфатического дренажа (MLD) и компрессионной терапии.

Содержание курса:

- Основные и дополнительные методы и последовательности МЛ (техника по Vodder)
- Лечение первичной и вторичной лимфедемы
- Лечение головной и шейной, генитальной и лимфедемы новорожденных
- Методы бандажа с бинтами низкой растяжимости и компрессионная терапия для лимфедемы верхних и нижних конечностей, половых органов, головы и шеи и туловища
- Уход за кожей и ногтями для пациентов с лимфедемой
- Методы измерения и подгонки компрессионного трикотажа для удержания лимфедемы
- Уход за собой и самолечение при лимфедеме

Учебные методы: лекции, тематические исследования, живая демонстрация, практические работы.

Методы тестирования: итоговый экзамен, презентация тематического исследования.

Даты и места обучения постоянно обновляются. Актуальную информацию можно узнать на сайте: www.klosetraining.com

DR. VODDER SCHOOL INTERNATIONAL

Школа доктора Воддера обеспечивает обучение оригинальному методу мануального лимфатического дренажа и комплексной противоотечной терапии доктора Воддера.

Профессор Emil Vodder был основателем мануального лимфодренажа – метода, который лег в основу комплексной физической противоотечной терапии. О самом докторе Воддере и его методике мы писали журнале LIMPNA №3-2017.

Школа доктора Воддера предлагает комбинацию дидактического и практического опыта. Их основная особенность – это тщательная подготовка рук обучаемых и преподавание научных основ лимфологии.

Обучение, предоставляемое этой школой, славится обширной и продуманной программой по мануальному лимфодренажу (MLD) и комплексной противоотечной терапии (CDT).

Язык обучения – английский, возможно обучение на французском.

Школа предлагает несколько уровней учебной программы:

1. Основной - предварительная подготовка к терапии I. Курс длится 5 дней (время учебы 40 часов - 8 часов теории, 32 часа практики). Стоимость этого модуля примерно 950-1125\$.

2. Терапия I - предпосылка для терапии II и III. Курс длится 5 дней (время учебы 40 часов - 8 часов теории, 32 часа практики). Стоимость этого модуля примерно 950-1125\$.

Терапия II и III - это заключительный курс, необходимый для того, чтобы стать сертифицированным специалистом. Курс длится 10 дней (время занятий 80 часов – 15 часов теории и 65 часов практики). Стоимость обучения примерно 2000\$.

По окончании этого модуля студенты сдают письменный и практический экзамен, чтобы продемонстрировать компетентность в технике мануального лимфодренажа, лечения и бандаже. Студенты, успешно сдавшие экзамены, могут считаться сертифицированными Vodder MLD / CDT Therapists.

3. Повторная аттестация / обзор – курс длится 2 дня, стоимость примерно 550\$

4. Продвинутое курсы существуют по разной тематике, их длительность и стоимость варьируются.

Общее время обучения для получения сертификата - это 160 часов обучения в классе.

Вы можете проходить эти модули постепенно согласно расписанию. Просто выбираете необходимый вам модуль (их нужно проходить последовательно), подходящий вам город/страну и время.

Актуальную информацию можно узнать на сайте: www.vodderschool.com



Emil Vodder (1896-1986) - датский физиотерапевт. Вместе со своей женой Estrid Vodder он разработал мануальный лимфатический дренаж

Основной курс Dr. Vodder School в Сеуле.

Источник: https://twitter.com/Vodder_Schools



LIMPHA-TRAINING (Россия)

Школа Limpha-training (Россия) обучает специалистов по комплексной физической противоотечной терапии (CDT). Своей основной задачей эта школа считает решение проблемы лечения лимфедемы в России: «Мы считаем, что чем больше врачей-лимфологов или специалистов по лечению лимфедемы будет в нашей стране, тем

вита заболевания или его осложнений, чем бороться с ними».

Эта школа основана на базе научно-практического центра помощи больным лимфедемой «ЛИМФА», который обучает специалистов в области КФПТ уже 7 лет и обладает более чем 20-летним опытом лечения лимфедемы различной этиологии у детей и взрослых.

Основателем школы является Иван Макаров - врач-лимфолог, автор 5 книг для врачей и пациентов, посвященных проблемам лечения лимфедемы, руководитель медицинского и образовательного направления научно-практического центра реабилитации больных лимфедемой «ЛИМФА», создатель школы пациентов «ЖИЗНЬ С ЛИМФЕДЕМОЙ»
Язык обучения – русский.



Иван Макаров – основатель школы Limpha-training (Россия)

скорее лимфедема перестанет превращать людей в инвалидов. Тем скорее пациенты с лимфедемой научатся не бороться, а управлять лимфедемой. Ведь всегда проще не допустить раз-

Преподаватели школы Limpha Training учились методике КФПТ у специалистов Foeldi Klinik, Sharite Klinik и др., а теперь делятся своими знаниями в России.

Школа Limpha-training предлагает несколько вариантов курсов обучения:

- НАЧИНАЮЩИЙ уровень - базовый курс по CDT. После сдачи экзамена выдается внутренний сертификат LIMPHA-TRAINING.
- ПРОДВИНУТЫЙ уровень - расширенный курс по CDT. После сдачи экзамена выдается внутренний сертификат LIMPHA-TRAINING.
- ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ уровень - практический опыт не менее года и стажировка в НПЦ «ЛИМФА» в течение 4-х недель. После сдачи экзамена выдается сертификат государственного образца.

1. Вводная лекция для врачей - основная информация о дифференциальной диагностике и лечении лимфедемы. Преподаватели отвечают на вопросы и рассказывают о современных тенденциях в области помощи больным лимфедемой.
2. Курс для врачей «Диагностика и лечение лимфедемы» - онлайн лекции о работе лимфатической системы. Врачи могут обрести необходимые врачу-лимфологу навыки и получить доступ к экзамену по специальности «Клиническая лимфология».





Итак, мы представили вашему вниманию обзор мировых школ по обучению комплексной физической противоотечной терапии (Complex decongestive therapy – CDT), которые заслуживают доверия.

Критерием доверия мы считаем взятие за основу методики, разработанной профессором M.Foeldi и утверждённой последним Консенсусом мирового общества лимфологов.

Консервативная терапия при лимфедеме должна подразумевать только КФПТ в ее классическом исполнении. Обучаясь в одной из вышеперечисленных школ, вы гарантировано получите самые современные знания и навыки, которые позволяют вам эффективно лечить лимфедему.

Далее выбор за вами. Определитесь с тем, чему именно вы хотите научиться, с какой целью вы планируете пройти обучение, а также с удобным для вас местоположением и суммой, которую вы готовы отдать за обучение КФПТ.

Обучение комплексной физической противоотечной терапии (Complex decongestive therapy – CDT) позволит быстрее решить проблему лечения лимфедемы. Специалисты, которые разбираются в лимфедеме, очень мало, это - редкая специальность. Число пациентов с лимфедемой неуклонно растёт, поэтому специалист по КФПТ – это очень востребованная профессия.

3. Базовый курс (теория и практика) - 3 недели, включает в себя теоретический (2 недели в онлайн формате) и практический блок (1 неделя - очно). Во время теоретического блока разбираются темы: работа лимфатической системы, причина возникновения лимфедемы и современные представления о диагностике и лечении этого заболевания. Практическая часть предполагает знакомство с КФПТ - Complex Decongestive Therapy (CDT) и позволяет получить базовые навыки помощи пациентам с лимфедемой.
4. Продвинутый практический курс (1 неделя) – это дополнение базовых

навыков деталями и частными техниками работы в запущенных случаях лимфедемы верхних и нижних конечностей, работа с областью лица и гениталий, а также совершенствование навыков комплексной физической противоотечной терапии.

Стоимость обучения: базовый курс – 49 500 руб. (или 868 \$ по курсу валют на 15.03.2018)

Подробную информацию вы можете получить на сайте: www.limpha-training.ru

	Преподаваемая методика	Язык обучения	Место проведения	Возможность выезда на обучение, стоимость	Возможность прохождения теории онлайн	Наличие бесплатных курсов	Примерная стоимость базового курса CDT
Foeldi College	CDT по методу M. Foeldi	Английский, немецкий	Германия, Австрия, Великобритания, есть представительства в Японии, Дании, Венгрии, Швейцарии и Турции.	Да, стоимость 50 000 – 70 000 €	нет	нет	3706 \$
Klose Training	CDT по методу M. Foeldi	Английский	В основном США, периодически организуют школы по всему миру	нет	да	нет	2900\$
Dr. Vodder School	MLD по методу Dr. Vodder, CDT	Английский, французский	В основном в странах Европы, в Канаде и США	нет	нет	нет	4000\$
Limpha-training	CDT по методу M. Foeldi	Русский	Россия, страны СНГ	Да, стоимость 10 000 – 15 000 €	да	Есть бесплатный курс для врачей	868 \$*

*по курсу валют 15.03.2018

Уход за кожей при лимфедеме

У

ход за кожей является одним из важнейших пунктов в жизни пациента с лимфедемой. Отсутствие ухода или неправильный уход могут привести к одному из наиболее грозных осложнений лимфедемы – рожистому воспалению, а оно, в свою очередь, к прогрессированию лимфатического отека.

*Будожанова
Туяна Саяновна,
врач-лимфолог*



Рожистое воспаление – острое, часто рецидивирующее (у пациентов с лимфедемой) инфекционное заболевание, сопровождающееся такими симптомами, как

- ✓ локальная гиперемия и гипертермия с выраженным болевым синдромом, обычно, в области отека
- ✓ повышением общей температуры до фебрильных и пиретических значений
- ✓ озноб
- ✓ мышечная слабость
- ✓ могут, также, появляться буллы (пузыри) с серозно-гнойным содержимым.

Каким образом возникает рожистое воспаление?

Возбудители рожистого воспаления – Стрептококки (лат. Streptococcus) – грамположительные бактерии, которые обитают во всем организме и на коже у каждого человека, но заражение происходит при попадании его в кожу, предварительно травмированную (садина, царапина, потертости, трещины, укус насекомого или животных и т.д.). Болезнь возникает только при снижении сопротивляемости организма или при снижении местного иммунитета, обусловленного хроническим нарушением оттока лимфы. Лечение рожистого воспаления включает в себя антибиотикотерапию, дезинтоксикационную терапию под контролем врача.

Таким образом, уход за кожей при лимфедеме можно разделить на ежедневный уход и уход в экстренных случаях, при возникновении ран, царапин, укусов и т.д.

Ежедневный уход

В первом случае в ежедневную программу по уходу должны входить:

- Очищение
- Увлажнение
- Питание

Изо дня в день кожа человека подвергается воздействию многочисленных внешних и внутренних факторов:



- изменения температуры воздуха и влажности,
- ультрафиолетовое излучение (особенно летом)
- жесткая вода
- воздействие отопительных систем
- неправильное питание
- потребление недостаточного количества воды и т.д.

У пациентов с лимфедемой склонность к сухости выражена вдвойне, потому что лимфатический отек

является причиной недостаточного питания кожи.

Для приема душа или ванны рекомендуется использовать теплую воду. Нельзя мыться в горячей воде, использовать контрастный душ и посещать бани.

Горячая вода:

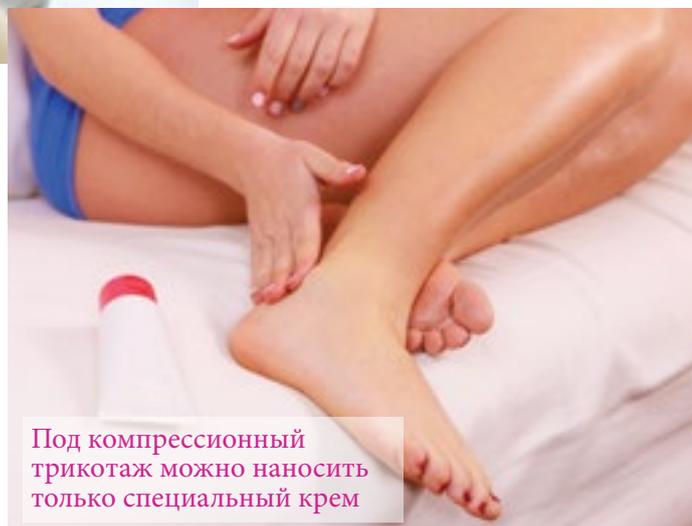
- сушит кожу
- усиливает кровоток

Это дает дополнительную нагрузку на лимфатическую систему.

Для питания и увлажнения используется детский крем или любой жирный гипоаллергенный крем. Необходимо помнить, что крем наносится на ночь.

Утром, если на коже есть остатки крема, то нужно протереть кожу влажным полотенцем или салфетками.

Под компрессионный трикотаж можно наносить только специальный крем. На этикетке должно быть написано, что он рекомендован для нанесения под трикотаж. В противном случае компрессионные свойства трикотажа могут ухудшиться.



Под компрессионный трикотаж можно наносить только специальный крем

Главная задача пациента – это предотвратить появление трещин, потертостей, царапин и ран. Они являются входными воротами для инфекций и могут привести к возникновению рожистого воспаления.

Маникюр и педикюр

Маникюр и педикюр, выполненные с нарушением правил или работа с необработанными, не продезинфицированными инструментами может привести к занесению инфекции. И дома, и



в салоне кутикулу ногтевой пластины руки или ноги с лимфатическим отеком обрезать не рекомендуется.

Допустима работа аппаратом у квалифицированного специалиста, так как правильный аппаратный маникюр атравматичен.

Вросший ноготь

Частой проблемой у пациентов с отеками нижних конечностей является онихокриптоз или, так называемый, «вросший» ноготь. Угол или край ногтя «врастает» в кожу. Это может привести к отеку, покраснению, травматизации кожи и, как следствие, к воспалению.



Лечение вросшего ногтя достаточно сложное, поэтому лучше не допускать развития онихокриптоза

Причины:

1. Самой частой причиной онихокриптоза являются неправильно подобранная обувь и неправильный педикюр.

2. У пациентов с лимфедемой нарушена трофика не только кожи, но и ногтей. Ногтевая пластина истончается, размягчается, начинает разбухать эпидермис (верхний слой кожи). Ноготь растет неправильно.

3. Также одной из причин онихокриптоза является онихомикоз или грибковая инфекция ногтя. Она приводит к утолщению и деформации ногтевых пластин. При наличии грибка кожи или ногтей необходимо обратиться к дерматологу для определения тактики лечения.

Лечение

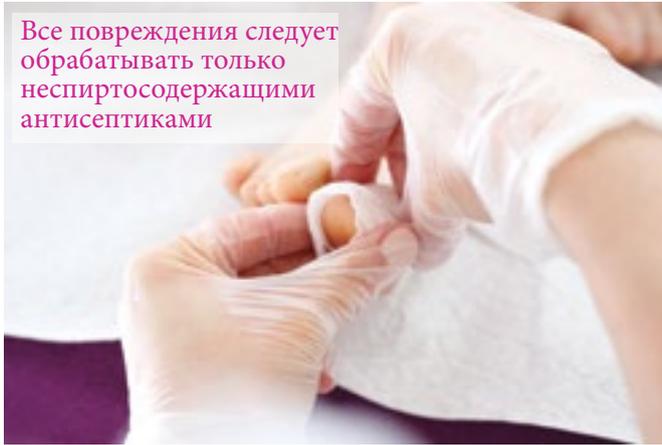
Лечением вросшего ногтя (онихокриптоза) занимаются хирурги с помощью оперативной или радиоволновой хирургии. На сегодняшний день существует множество альтернативных методов лечения, без хирургического вмешательства: скобы, пластины, тампонада каполином, различные мази и гели.

Уход за кожей при повреждении

Повреждения кожи при лимфедеме, требующие дополнительную обработку:

- Раны
- Царапины

Все повреждения следует обрабатывать только неспиртосодержащими антисептиками



- Ссадины
- Порезы
- Укусы насекомого или животного

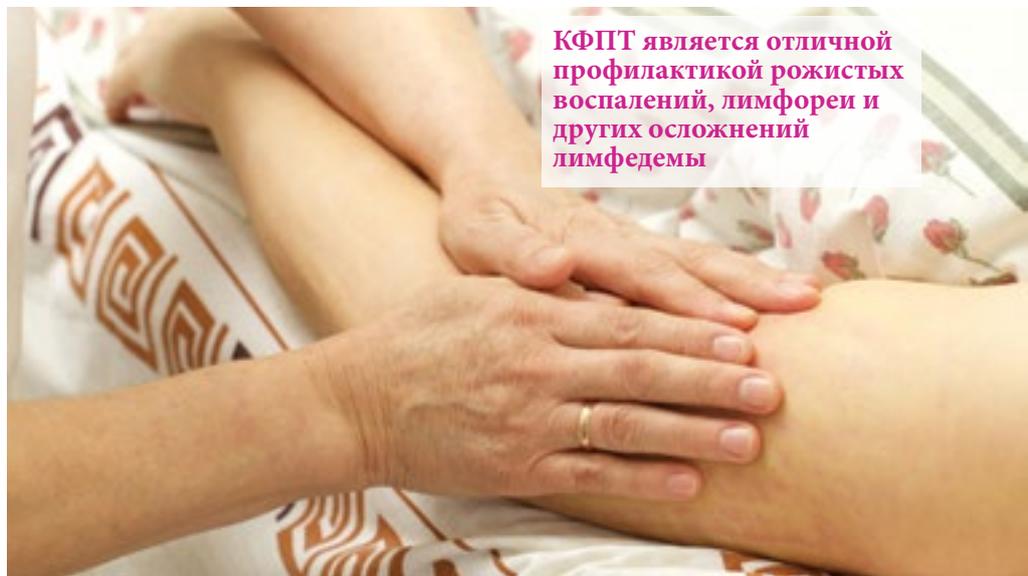
В этих случаях к ежедневному уходу за кожей необходимо добавить обработку ран спиртосодержащими антисептиками. Спиртосодержащие антисептики сушат кожу, применять их не рекомендуется.

Если рана значительная, то, помимо обработки, необходимы перевязки раны стерильными салфетками с антибактериальной мазью под контролем врача.

Особенности ухода при лимфореи

У пациентов с лимфедемой при возникновении раны может начаться лимфорея (истечение лимфы). В таком случае необходимо стараться держать рану в сухом виде. Этого можно добиться, используя любые стерильные адсорбирующие салфетки. Если салфетка присохнет, то снимать ее нужно, только предварительно отмочив в ванночке с раствором фурациллина или со слабым раствором перманганата калия.

Даже при возникновении лимфореи ношение компрессионного трикотажа является обязательным. При наличии компрессии лимфорея купируется быстрее.



КФПТ является отличной профилактикой рожистых воспалений, лимфореи и других осложнений лимфедемы

Лимфа обладает раздражающим действием на кожу, поэтому при недостаточной обработке кожи при лимфореи и при скоплении лимфы могут возникнуть язвенные дефекты, которые часто и быстро прогрессируют.

При длительной лимфореи необходимо пройти курс комплексной физической противоотечной терапии (КФПТ):

- мануальный лимфодренаж
- компрессионное бандажирование
- уход за кожей
- лечебную гимнастику
- Это поможет предотвратить образование язв.
- Эффекты КФПТ:
- более быстрое купирование лимфореи
- уменьшение лимфатического отека
- профилактика возникновения рожистого воспаления.

Если несмотря на ежедневный уход за кожей, возникает рожистое воспаление, то необходимо срочно обратиться к врачу для определения тактики и раннего начала лечения.

При возникновении язв лечение занимает более длительное время и должно включать в себя ранозаживляющую терапию, которая подбирается индивидуально.

Помните, что ежедневный уход за кожей при лимфедеме является обязательным для профилактики рожистого воспаления, грибковой инфекции, лимфореи и трофических язв. **Рутинные ежедневные манипуляции позволяют пациенту избежать длительного лечения осложнений.**



6 марта прошёл Всемирный день лимфедемы

Каждый год 6-го марта отмечается Всемирный день борьбы с лимфедемой. В оригинале название этой даты звучит как Lymphedema Awareness D-Day, что буквально означает день осведомленности о лимфедеме.

Это событие официально утверждено Всемирной организацией здравоохранения. В этот день по всему миру проходят различные мероприятия, посвященные лимфедеме, как в медицинском, так и в пациентском сообществе.

Пациентские организации больных лимфедемой очень развиты во всем мире. В этом смысле нашей стране есть у кого учиться. Благодаря этим организациям все больше людей узнают о лимфедеме и о правильном лечении этого заболевания.

Лимфедема перестала быть редким заболеванием, миллионы людей во всем мире страдают этой болезнью. Поэтому очень важно, чтобы об этом знали общество, врачи и сами пациенты.

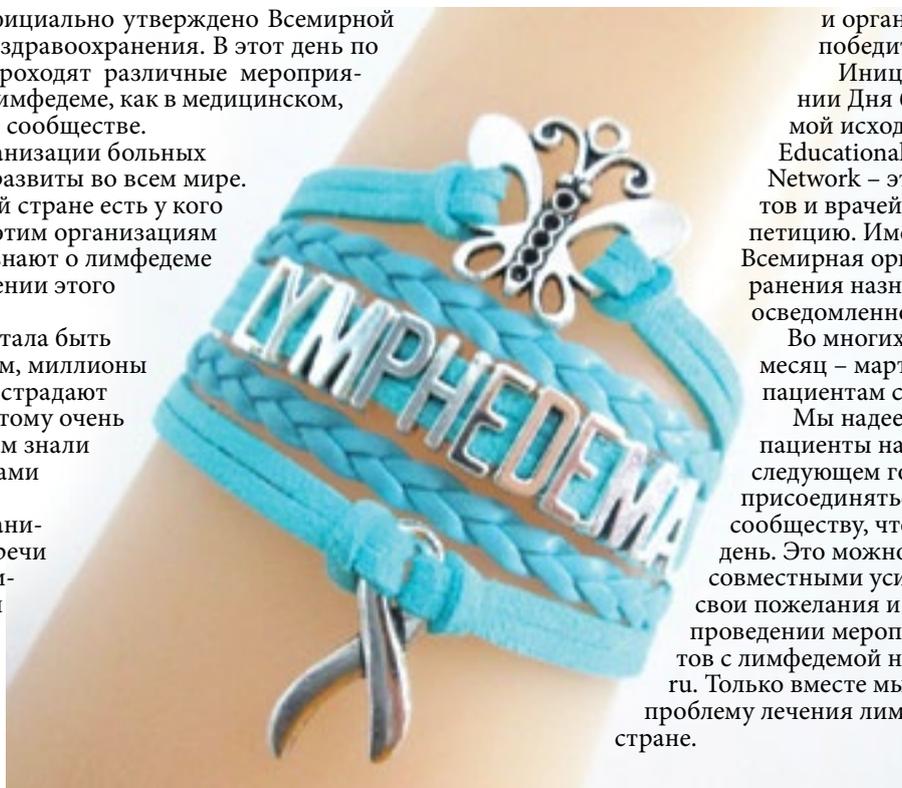
Пациентские организации проводят встречи с врачами, поставщиками продукции для больных лимфедемой, отмечают особо усердных пациентов, которые благодаря своим усилиям

и организованности смогли победить лимфедему.

Инициатива об учреждении Дня борьбы с лимфедемой исходила от Lymphatic Educational and Research Network – это общество пациентов и врачей, которые создали петицию. Именно так 2 года назад Всемирная организация здравоохранения назначила 6 марта – днем осведомленности о лимфедеме.

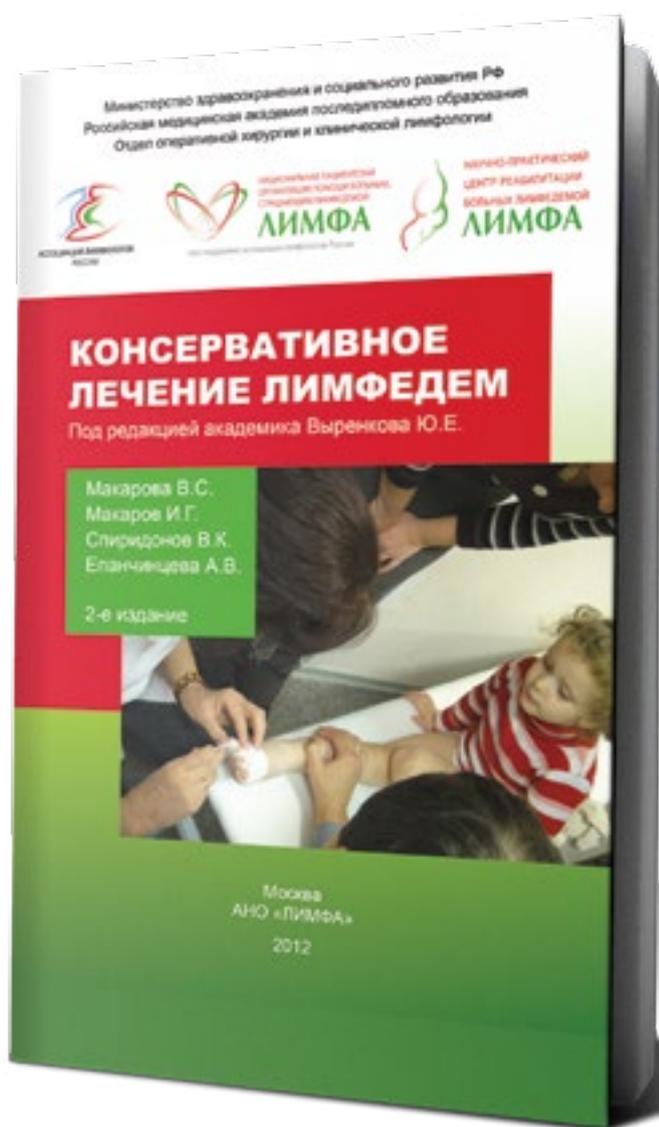
Во многих учреждениях целый месяц – март – посвящают пациентам с лимфедемой.

Мы надеемся, что врачи и пациенты нашей страны в следующем году официально присоединятся к мировому сообществу, чтобы отметить этот день. Это можно сделать только совместными усилиями. Присылайте свои пожелания и предложения о проведении мероприятий для пациентов с лимфедемой на e-mail: mig@limpha.ru. Только вместе мы сможем решить проблему лечения лимфедемы в нашей стране.



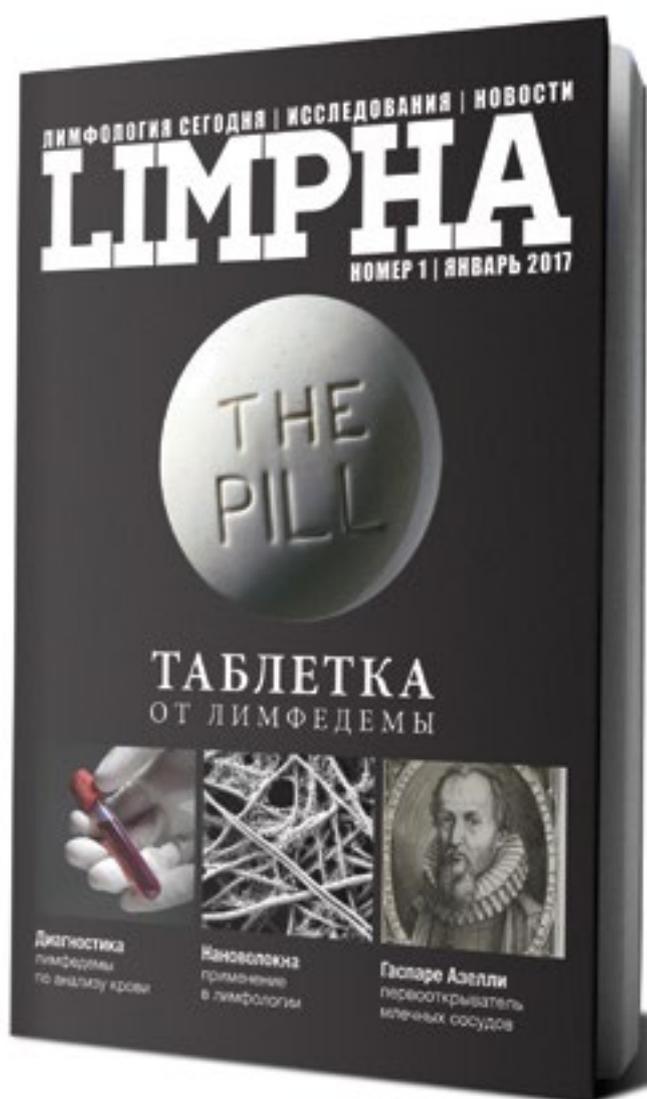
Всемирный день лимфедемы, Шарлотт, Северная Каролина, США
(<http://lymphcareblog.com/lymphedema-awareness-day-2016/>)

БЕСПЛАТНЫЕ ПО ЛЕЧЕНИЮ



**Заходите на сайт
и получите бесплатный доступ к библиотеке**

МАТЕРИАЛЫ ЛИМФЕДЕМЫ



www.limpha.ru,
материалов по лечению лимфедемы!

Перспективы реконструктивной лимфологии

Интервью с профессором Байтингером

В прошлом году нам посчастливилось познакомиться и пообщаться с уникальным человеком, микрососудистым хирургом, входящим в топ-500 мирового рейтинга микрохирургов - профессором Владимиром Федоровичем Байтингером.

Владимир Федорович является основателем НИИ Микрохирургии в городе Томске. Институт был основан в 1994 году и на данный момент является единственной в России и странах СНГ клиникой, где используются технологии супермикрохирургии, пока еще малоизвестной в нашей стране. Через клинику профессора Байтингера прошло более 16 000 пациентов, среди которых 800 детей.

Владимир Федорович имеет поддержку губернатора и населения города. Не так давно НИИ Микрохирургии отделился от Окружной клинической больницы, и теперь является самостоятельным учреждением.



Как написано на официальном сайте Института: «Клиника пластической хирургии предоставляет лечебные услуги по реконструктивной и эстетической пластической хирургии». По словам же самого Владимира Федоровича, если брать отдельные направления у них в клинике, то на первое место сейчас вышла нейрохирургия (внутриствольная хирургия, эндоскопическая хирургия на периферических нервах). На втором месте - лимфология, хирургия кисти, эндопротезирование суставов кисти и стопы. Кстати, в 2015 году в Милане Томский НИИ был аккредитован Европейской Федерацией кистевой хирургии.

У врачей клиники имеется также большой опыт реплантации. Но, по словам профессора, тут мало сделать операцию, нужно еще и выводить пациента, чтобы восстановить функции. Собственного реабилитационного отделения на данный момент у НИИ Микрохирургии нет.

Вот что говорит сам Владимир Федорович о ситуации с реабилитацией в России: «У нас в стране от реабилитации мало толку. Когда я был на стажировке в Германии, утром там осуществлялся доклад о пациенте, где, помимо обычной информации, сразу приводилась программа реабилитации больного. И начиналась она со второго дня после операции. А у нас обычно после операции пациента выписывают, а уже потом направляют в реабилитационные центры. Отдельное строительство реабилитационных центров может быть и нужно, но данная реабилитация не будет такой эффективной, потому что это должна начинаться на следующий день после операции».

За годы существования Института профессору Байтингеру удалось выстроить систему высокоэффективной слаженной работы специалистов разных направлений:

«За всем, что происходит в нашей клинике, я слежу лично. Например, я очень жестокий человек в плане нелегальной лечебной деятельности, которая раньше являлась основной бедой. Мне было очень сложно уследить за всем, особенно за экстренной медицинской помощью в ночные дежурства. И это стало стимулом, чтобы приоритетной сделать именно плановую помощь. Теперь все отслеживается. У нас нет наличного расчета, в клинике стоят терминалы. Все открыто: в компьютере есть база данных, включающая каждого пациента с указанием всех проведенных манипуляций, в том числе и денежных расчетов. Мы платим все налоги, и персонал уходит на пенсию довольным. Идеология у нас такая: если клинике будет хорошо, то и тебе будет хорошо, а не наоборот».

НИИ Микрохирургии работает по системе ДМС (добровольное медицинское страхование) и по системе ОМС (обязательное медицинское страхование). Возможности провести диагностику пациента на базе этой клиники у врачей нет; пациент должен прийти на госпитализацию полностью обследованным. В стационаре пациента об-



В. Ф. Байтингер: Основные проблемы микрохирургии у нас в стране

«В нашей стране три серьезные проблемы, не позволяющие широко использовать возможности реконструктивной пластической микрохирургии: дефицит финансирования, дефицит кадров, технологическое отставание. Когда в 1974 году микрохирургия только появилась в СССР, министром здравоохранения был Борис Васильевич Петровский. Он централизованно создал 40 отделений микрохирургии в республиканских, краевых и областных больницах, в которые были вложены деньги на их организацию и оснащение. Тогда же вышел приказ, в котором говорилось о том, что микрохирург значительно отличается от общего хирурга. И к ставке хирурга прибавлялось 50%. Поэтому у врачей - микрохирургов появилась заинтересованность в этой профессии. Когда развалился Советский Союз, все забыли про этот приказ, и осталось в РФ всего 8 отделений микрохирургии.»

«Можно спасти человека, например, после тяжелой травмы. Иногда у спасенного пациента остаются тяжелые увечья в виде, например, травмы плечевого нервного сплетения, повреждений нервов нижних конечностей и даже спинного мозга. В этих ситуациях реконструктивная микрохирургия может проявить себя реально, как «хирургия качества жизни».

«Сейчас в нашем регионе травму плечевого нервного сплетения мы забрали на себя, поскольку реконструктивная микрохирургия позволяет получить хорошие клинические результаты. Мы ушли от операций в месте травмы (различные невролизы). Мы же действуем иначе, а именно, восстанавливаем кисть, предплечье, локтевой сустав; ниже места травмы, находим доноров для поврежденных нервов. Нередко входим в донорский нервный ствол, верифицируем функционально не очень значимые фасцикулы. После стимуляции выявляем, где какие. Мы это хорошо отработали в Бразилии и в Индии.»

Палата в НИИ Микрохирургии
г. Томск



следует лишь анестезиолог. Если пациент иногородний, то предварительное консультирование и решение всех организационных вопросов происходит по скайпу. Пациент приезжает полседьмого утра, в 8:30 он уже в операционной. В клинике он может находиться максимум 3-4 дня.

Владимир Федорович очень часто бывает за рубежом. А сейчас активно

развивает микрохирургию в нашей стране. Многие говорят, что профессор Байтингер – это человек мира, с чем он сам соглашается. Он твердо убежден, что для того, чтобы добиться хороших результатов, нужно учиться у лидеров мировой микрохирургии! И что крайне важно, по мнению Владимира Федоровича, учиться необходимо за свой счет. Врач только тогда сможет взять максимум от своего обучения, когда он сам за него заплатил.

Недавно Владимир Федорович выступал на Санкт-Петербургском лимфологическом форуме с докладом «Технология профилактики лимфедемы верхних конечностей при мастэктомии по Маддену».

В своем докладе профессор упомянул статистику по развитию лимфедемы после лечения рака молочной железы, рассматриваемую как следствие аксиллярной лимфодиссекции или лучевой терапии. Она составляет от 38 до 89%. Такие цифры говорят о чрезвычайной актуальности проблемы постмастэктомического отека и о необходимости искать эффективные способы лечения.



Рис. 1. Слайд из лекции В.Ф. Байтингера и О.С. Курочкиной «Обоснование разноуровневой технологии выполнения лимфо-венулярных анастомозов».

Профессор Байтингер обратил внимание на то, что технологии супермикрохирургии применяются только при 1-й и 2-й стадии лимфедемы. 3-я стадия – это пересадка лимфатических лоскутов на микрососудистых анастомозах.

На современном этапе развития супермикрохирургии особенно важным является учитывание концепции лимфосомов. Именно она объясняет неудачи с лимфовенозным шунтированием.

Профессор В.Ф. Байтингер о концепции лимфосомов: «Лимфосомы – это очерченная область кожи или мягких тканей, лимфодренаж из которых осуществляется в один лимфатический узел или группу лимфатических узлов в одном и том же лимфатическом бассейне. Единственным экспериментальным животным, повторяющим структуру лимфосомов человека, является собака. Это было доказано примерно пару лет назад. А понятие «лимфосом» дал Суами с японской группой ученых в 2013 году» (см. Рис. 1).

Как отмечает Владимир Федорович, при мастэктомии с подмышечной лимфодиссекцией нарушается работа сразу двух лимфосомов и деятельность лимфатических коллекторов. При этом выключается все, что входит в лимфосом: поверхностные и глубокие лимфатические сосуды вдоль магистральных сосудисто-нервных пучков. Работать на этих структурах после лимфодиссекции не имеет никакого смысла. Поэтому все потуги с лимфовенозным шунтированием оказались бесперспективными.

В.Ф. Байтингер о субдермальном лимфатическом сплетении (СДЛС): «После мастэктомии по Маддену и мастэктомии с лимфодиссекцией сохраняется связь лимфатического русла верхней конечности, области надплечья и задней стенки подмышечной впадины только по субдермальному лимфатическому сплетению. Это сплетение дает



Рис. 2. Слайд из лекции В.Ф. Байтингера и О.С. Курочкиной «Обоснование разноуровневой технологии выполнения лимфо-венулярных анастомозов».

нам возможность работать, используя данную анатомическую целостность. Т.е. после удаления лимфосомы идет переключение лимфодренажа из поврежденных поверхностных и глубоких лимфатических коллекторов в СДЛС. А декомпенсация функции этого субдермального сплетения – это и есть лимфорея. Поэтому сейчас продумываются варианты, как усилить и увеличить по объему субдермальное лимфатическое сплетение для усиления дренажа».

Таким образом, коллатеральные пути лимфооттока осуществляются в лимфатическую сеть кожи. Стимуляция лимфатического русла была обсуждена в 2011 году в Хельсинки. Под руководством профессора Корин Бекер были разработаны клинически рекомендованные цитокины для увеличения объема лимфатического русла в субдермальном сплетении. Это инъекционная форма.



Рис. 3 Слайд из лекции В.Ф. Байтингера и О.С. Курочкиной «Обоснование разноуровневой технологии выполнения лимфо-венулярных анастомозов».

После ликвидации 2-ух лимфосомов при лимфодиссекции дренаж из верхней конечности осуществляется по субдермальному лимфатическому сплетению. Но, как отмечает профессор Байтингер, у СДЛС нет возможности дренировать такой объем от всей конечности.

В своем докладе Владимир Федорович показал, что необходимо иметь для выполнения операций по выполнению лимфо-венулярных анастомозов. Это инструмент Кошима или S&T (он дешевле), шовный материал 12 нулей (это около 50 микрон). Длина одной нити – 10 см (рис.4).



Инструментарий и шовный материал для выполнения LVA. Слайд из лекции В.Ф. Байтингера и О.С. Курочкиной «Обоснование разноразмерной технологии выполнения лимфо-венулярных анастомозов».

В.Ф. Байтингер о синдроме dermal back flow:

«По данным лимфосцинтиграфии (которую почему-то называют золотым стандартом, а мы с этим уже не согласны), развивается синдром dermal back flow, т.е. обратное движение изотопа в дистальные отделы конечности. Выявлены 5 типов лимфосцинтиграмм, которыми мы пользовались, чтобы понять, до какого уровня еще функционирует субдермальное лимфатическое русло (рис.3). Это имеет колоссальное значение для выбора сосудов для шунтирования, а также для решения вопроса о показаниях к пересадке лимфатических лоскутов, которая при 5-м варианте dermal backflow и 4-м варианте в особенности, осуществляется в область лучезапястного сустава. И такие же показания есть, когда мы пересаживаем лимфатические узлы в жировом лоскуте в область голеностопного сустава».



После операции в коридоре оперблока Dep. Plast. Rec.Surg., Tokyo Imperial University: H. Soltanian (Dep. Plast. Rec.Surg., Case Western Reserve University in Cleveland), V. Baitinger (Institute of Microsurgery in Tomsk), I. Koshima (Dep. Plast. Rec.Surg., Tokyo Imperial University).

ИСТОРИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФЕДЕМЫ

Хирургическое лечение лимфедемы берет свое начало с Julius H. Jacobson, который в 1962 году впервые выполнил искусственный лимфовенозный анастомоз в подкожно-жировой клетчатке с помощью нити 7/0 под операционным микроскопом.

А успешно впервые это получилось сделать у Bernard McC O'Brien с коллегами (Мельбурн, Институт микрохирургии О'Брайена) в 1980 году. Они формировали искусственные лимфовенозные анастомозы в подкожно-жировой клетчатке между сосудами одинакового диаметра и отдавали предпочтение анастомозам «конец-в-конец».

Пионер современной микрохирургии – профессор Кошима (лимфовенулярные анастомозы). У него учился профессор Владимир Федорович Байтингер.

Показания к выполнению лимфо-венулярных анастомозов и пересадке лимфатических лоскутов (I. Koshima):

1. 1-я и 2-я стадия лимфедемы. Результат при 1-й и 2-й стадиях наступает достаточно быстро, уже через 10 дней видно уменьшения отека.

2. Позднее наложение лимфовенулярных анастомозов уменьшает отек, но при этом требуется большое количество выполненных анастомозов (5-10).

3. Лимфовенулярные анастомозы могут предотвратить развитие лимфангиосаркомы.

Перспективы реконструктивной лимфологии по мнению профессора В.Ф. Байтингера:

1. Применение разноуровневых LVA при первичной лимфедеме у детей. У нас есть несколько детей с динамикой, но о результатах пока говорить рано.

2. LVA при хилотораксе и хилоабдомене у детей до года проводится под местной анестезией.

3. Профилактические LVA - после лимфодиссекции по Маддену.

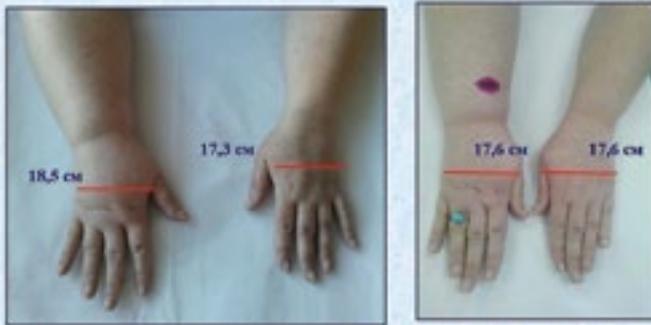
4. Стимуляция лимфодренажа через естественные лимфовенозные анастомозы.

5. Хирургическая противораковая иммунотерапия при летальной лимфедеме (лимфангиосаркоме). Лимфангиосаркома не имеет никакого отношения к эндотелию лимфатических капилляров, она имеет отношение к эндотелию лимфатических сосудов. И только микрохирургия случайно позволила Исао Кошима получить регресс после наложения LVA выше и ниже опухоли.



Осмотр пациента в НИИ Микрохирургии г. Томск в рамках акции «Улыбнись».

Пациентка М., 58 лет
Ds: Постмастэктомический синдром слева. Состояние после мастэктомии от 2009 г.



До операции

Через 10 дней после операции

Результаты лечения в НИИ Микрохирургии г. Томск. Слайд из лекции В.Ф. Байтингера и О.С. Курочкиной «Обоснование разноуровневой технологии выполнения лимфо-венулярных анастомозов».

Пациентка Н., 39 лет
Ds: Вторичная лимфедема левой нижней конечности



До операции

Через 2 месяца после операции

Результаты лечения в НИИ Микрохирургии г. Томск. Слайд из лекции В.Ф. Байтингера и О.С. Курочкиной «Обоснование разноуровневой технологии выполнения лимфо-венулярных анастомозов».

Владимир Федорович Байтингер рассказывает, что в ряде случаев при отсутствии эффекта от LVA они пересаживают лимфатический лоскут.

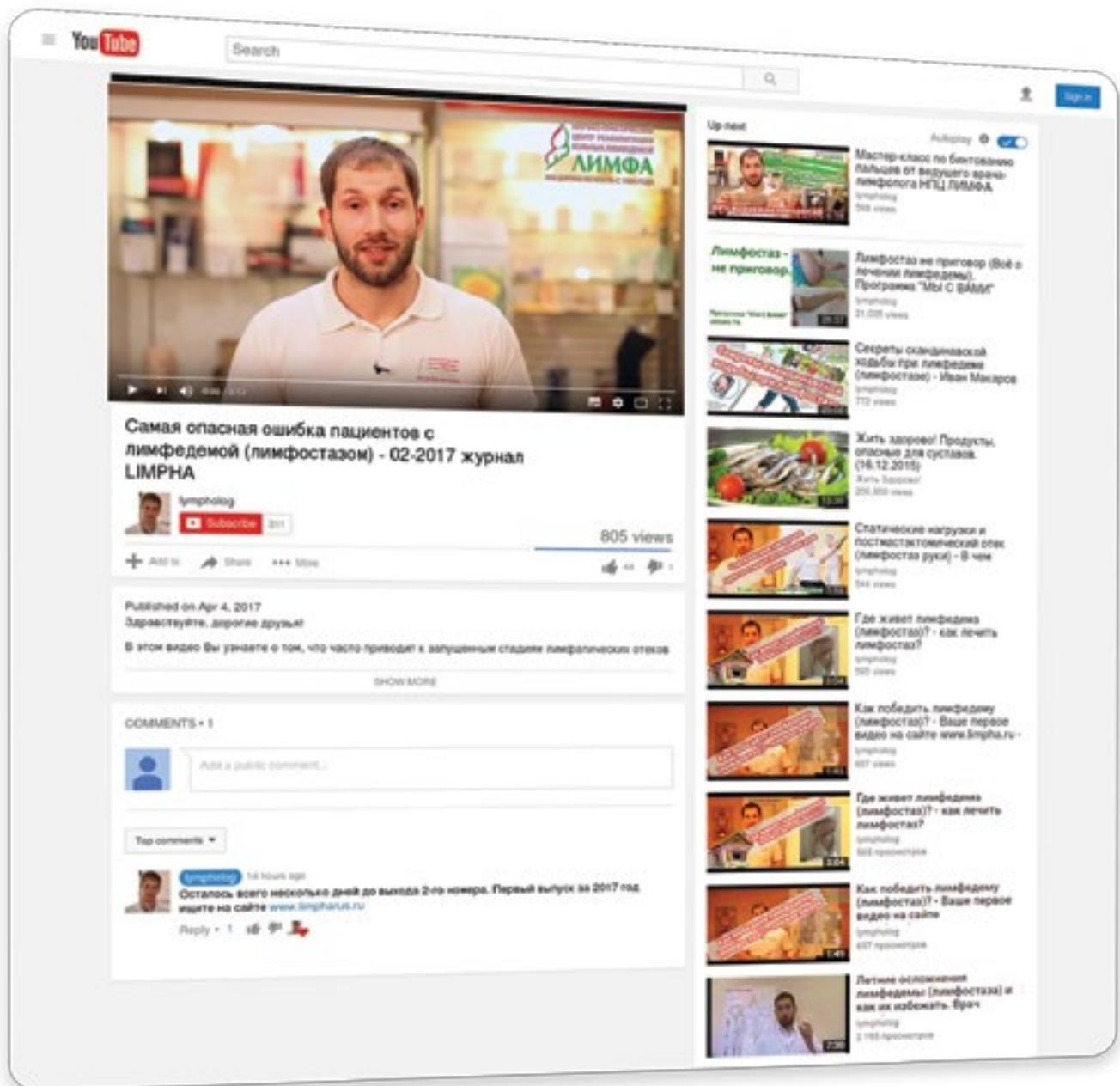
Суммируя вышесказанное, он отмечает, что выполнение лимфо-венулярных анастомозов должно осуществляться в области работающего лимфосомы между лимфатическими сосудами субдермального лимфатического сплетения кожи и венами (венулами) сетчатого слоя по типу «конец-в-бок».

В конце хочется рассказать о том, что профессор Владимир Федорович Байтингер уже несколько лет проводит миссию «Улыбнись» для детей с различными врожденными пороками. Это его личный проект, который он ведет уже много лет. В рамках этой акции высококлассные специалисты из разных регионов страны бесплатно проводят консультации детей и взрослых, привозят собственные расходные материалы.

Профессор В. Ф. Байтингер: «В этом году мы будем делать проект с моими друзьями из Японии для пациентов с врожденными пороками конечностей. Сейчас мы начинаем этот проект, потому что он микрохирургический и включает многие врожденные пороки кисти».

Посетив НИИ Микрохирургии в городе Томске, нельзя не заметить, что здесь работают хорошие врачи, являющиеся профессионалами своего дела. Здесь чистые уютные палаты и отличный сервис. И это еще раз доказывает то, что данная клиника действительно уникальна. Стремление Владимира Федоровича и всего его коллектива учиться новому, постигать современные технологии и непоколебимое желание помогать пациентам заслуживают уважения. Несмотря на все трудности и многочисленные препятствия, профессору Байтингеру удалось создать клинику, в которую съезжаются пациенты не только со всей России, но и со всего мира. Сам Владимир Федорович описывает свой путь к успеху так: «Нужно много работать, много делать, и тогда тебя никто не будет трогать».

Для подготовки статьи использовалась информация с официального сайта НИИ Микрохирургии (г. Томск) <http://www.microsurgeryinstitute.com/>, из доклада В.Ф. Байтингера и О.С. Курочкиной «Обоснование разноуровневой технологии выполнения лимфо-венулярных анастомозов» и из личного приятного общения с профессором В.Ф. Байтингером.



Канал **LYMPHOLOG** на YouTube -

это самая актуальная информация из мира лимфологии, полезные заметки, мастер-классы, наглядные пособия и не только!
 Это возможность познакомиться с пациентами, которые ежедневно борются с лимфедемой, узнать их секрет успеха и то, как они справляются со своим заболеванием! Это информация о ведущих врачах в области лимфологии и клиниках, которые помогают пациентам с заболеваниями лимфатической системы.

Подписывайтесь на канал LYMPHOLOG
 и будьте в курсе всей информации о лимфологии!

Экспериментальное обоснование подчелюстной лимфотропной терапии при гнойно-воспалительных заболеваниях головы и шеи

Джумабаев Э.С., Касымов К.К., Макаров И.Г., Джумабаева С.Э.
Узбекистан, Россия



Актуальность проблемы

В последнее время в литературе появились работы, в которых показана высокая эффективность лечения воспалительного процесса путем эндолимфатического и лимфотропного введения лекарственных препаратов, в частности, антибиотиков. Данная методика введения лекарственных веществ базируется на особенностях патогенеза воспалительного процесса и значении лимфатической системы в распространении инфекции из места первичного очага воспаления. В работах отечественных и зарубежных авторов доказано, что миграция микроорганизмов и продуктов нарушенного метаболизма при воспалении происходит, главным образом, через лимфатические сосуды, и в лечении инфекционного процесса необходимо

воздействие, прежде всего, на лимфатическое русло. Это положение, в последние годы в эксперименте и клинике активно разрабатывалось, особенно отечественными учеными. Как показали экспериментальные и клинические исследования Ю.Е. Выренкова и соавт., 2009), Р.Т. Панченкова с соавт. (1982), И.В. Яремы и соавт., (2009), С.У.Джумабаева (1998) и др., эндолимфатическое введение антибиотиков позволяет направленно воздействовать на возбудители инфекции и концентрировать лекарственные препараты в достаточном количестве и на длительный срок (до 48-72 часов) в лимфатической системе.

Кроме того, сравнительно медленный ток лимфы, постепенное поступление лекарственного средства в кровь, во-первых, избавляет внутренние органы от токсического воздействия больших концентраций препарата, и во-вторых, в течение 24 часов постоянно поддерживает терапевтическую концентрацию препарата в лимфатическом русле, пораженных тканях (за счет ретроградного тока лимфы) и в крови (Джумабаев Э.С., 1992).

Еще в 1965 г. И.Р.Бальнэ экспериментально доказал: введение антибиотика вблизи очага воспаления привело к его более высокой концентрации в гнойном секрете, чем при внутримышечном введении, а в лимфатическом узле антибиотик задерживался дольше, чем в крови.

Преимущества лимфологических методов терапии, с учетом роли лим-



Опыты проводились на 16 беспородных собаках с экспериментальной моделью синусита верхнечелюстной пазухи

фатической системы в развитии воспаления, послужили толчком для проведения нами экспериментальных исследований с целью уточнения строения лимфатической системы ЛОР-органов (носа и околоносовых пазух) и ее связей с лимфатическими сосудами других органов челюстно-лицевой области, полости рта и шеи, а так же обоснования возможности проведения региональной лимфотропной терапии через подчелюстную область при заболеваниях рассматриваемых органов.

Цель работы

Определение путей и закономерностей лимфотока челюстно-лицевой области и шеи в условиях экспериментального синусита и подчелюстной лимфотропной инъекции массы Герота.

Введение антибиотика вблизи очага воспаления привело к его более высокой концентрации в гнойном секрете, чем при внутримышечном введении

Материал и методы исследования

В опытах на 16 беспородных собаках с экспериментальной моделью синусита верхнечелюстной пазухи (Е.М. Альтман 1976) изучено распространение медленно введенной синей массы Герота (0,5 мл) в подогретом до 37-40°C виде в подкожную клетчатку подче-

люстной области, после предварительной инъекции лидазы (0,5 ед\кг).

В сериях опытов собакам под внутривенным наркозом производили «Т»-образный разрез ниже глаз, обнажали нос. Не разрушая слизистой оболочки пазухи, снимали костную пластину в области проекции верхнечелюстной пазухи и идентифицировали наличие гнойного синусита.

Результаты. Животные выводились из эксперимента через 15 минут (4), 30 минут (4), 60 минут (4), и 120 минут (4) после инъекции красящего вещества. При этом изучались слизистая оболочка верхнечелюстной пазухи и носа, а также лимфатические узлы следующих групп: подчелюстные, заглоточные, яремные и околоушные. После препаровки изучались внеорганные пути транспорта лимфы, а также степень окрашивания названных групп лимфоузлов. Из слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи носа с заполненными краской лимфатическими сосудами готовились просветленные препараты, которые изучались под микроскопом.

Уже через 15 минут после инъекции, наблюдалось окрашивание подчелюстных лимфатических узлов в количестве до трех.

Окрашивание подчелюстных, заглоточных, и яремных лимфатических узлов и степень проникновения в них массы Герота были различны у разных групп собак, и это зависело, главным образом, от количества введенной краски и длительности нагнетания последней. При всех условиях существует определенная закономер-



Сегодня метод лимфотропной антибиотикотерапии при гнойно-воспалительной патологии рассматриваемых органов является антибиотикотерапией выбора в целом ряде клиник

ность и очередность проникновения краски в различные группы региональных узлов. В первую очередь, краска проникает в подчелюстные и заглоточные лимфатические узлы. Через 15-30 минут после введения красящего раствора, они приобретают темно-синюю насыщенную окраску, а яремные узлы в это время заполняются частично и содержат малое количество краски. При извлечении лимфатических узлов через 60 минут после инъекции оказалось, что группы изучаемых узлов были окрашены в одинаковой степени, данные аналогичного окрашивания обнаружены и через 120 минут после введения краски в подчелюстную область.

Наши исследования обнаружили важную особенность возможности ретроградного (латерального) тока лимфы из подчелюстной клетчатки и подчелюстных лимфоузлов в направлении патологического процесса: носовых пазух носа, а также окрашивание тканей вокруг глазницы, полости рта и околоушных лимфатических узлов. Возможность ретроградного тока лимфы была описана и другими исследователями (Д.А. Жданов 1966, Б.В. Огнев 1978). По-видимому, именно этот феномен во многом определяет высокую клиническую эффективность лимфотропной терапии при использовании не высоких доз лечебных препаратов в условиях патологии. Механизм латерального тока лимфы объясняется развитием лимфаденита, в частности, при воспалении и блокированием в той или иной степени мозговых синусов за счет отека. При этом маргинальные синусы, так называемых, инте-

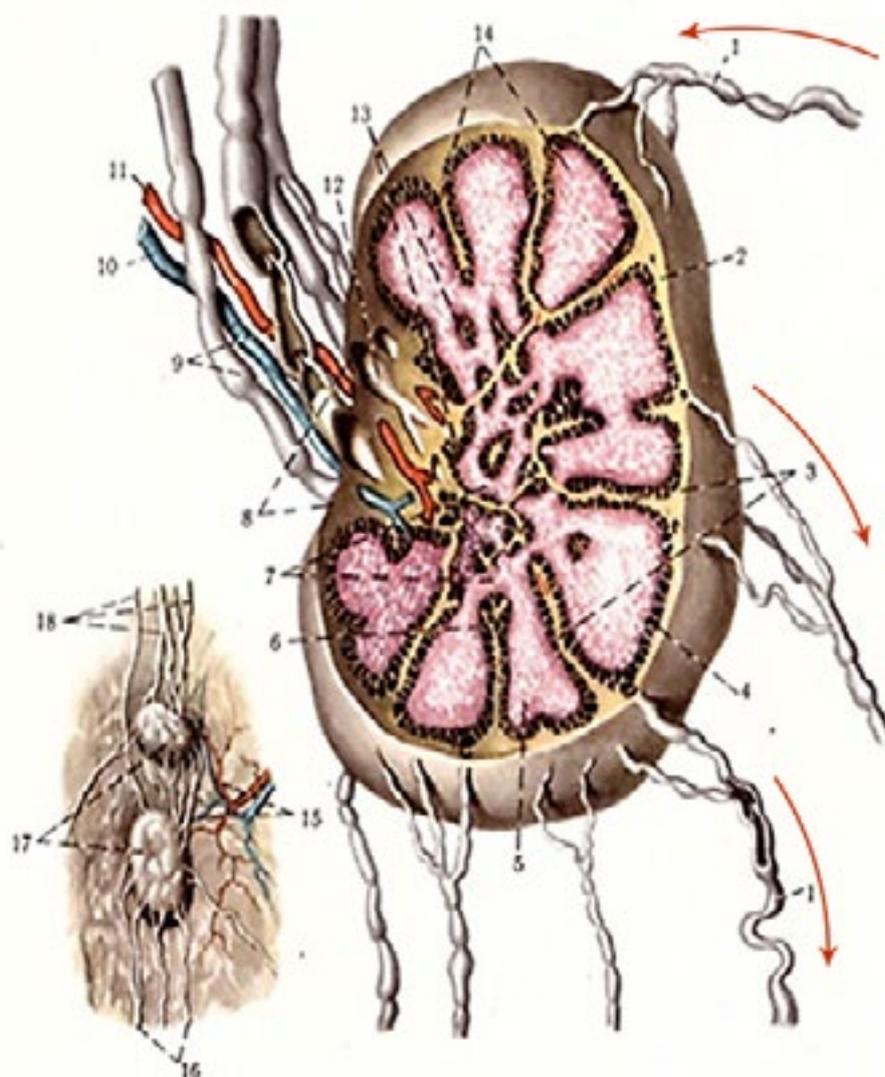


Рис. 1. Схема ретроградного тока лимфы (лимфоперетока) в интегративном лимфатическом узле.

- 1-афферентные лимфатические сосуды
- 2- маргинальные синусы
- 6, 13-промежуточные и мозговые синусы
- 9-эфферентные лимфатические сосуды

гративных лимфоузлов, принимающих лимфу из нескольких областей, остаются длительное время проходными. Именно через них, а так же через делятированные афферентные лимфо-лимфатические шунтирующие сосуды осуществляется ретроградный ток лимфы, в том числе и в сторону патологического процесса (Рис.1)

Ретроградно-окрашенные лимфатические сосуды слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи располагаются в два слоя: поверхностные лимфатические сосуды диаметром 0,1-0,2мм прилегают непосредственно к эпителиальному слою слизистой. Глубокая лимфатическая сеть расположена в собственном слое и несколько крупнее в размере – 0,2-0,3 мм. Поверхностные и глубокие лимфатические сосуды образуют густую сеть анастомозов. В слизистой оболочке верхнечелюстной пазухи лимфатические сосуды имели двухслойную сеть, образованную слияниями и анастомозами между лимфатическими капиллярами и собирательными сосудами двух, а чаще трех порядков. Следует отметить, что наибольшая развитость лимфатической сети наблюдается в соб-

ретоградного тока лимфы (лимфоперетока) к зоне патологического процесса. Это обстоятельство во многом определяет высокую клиническую эффективность региональной лимфотропной терапии.

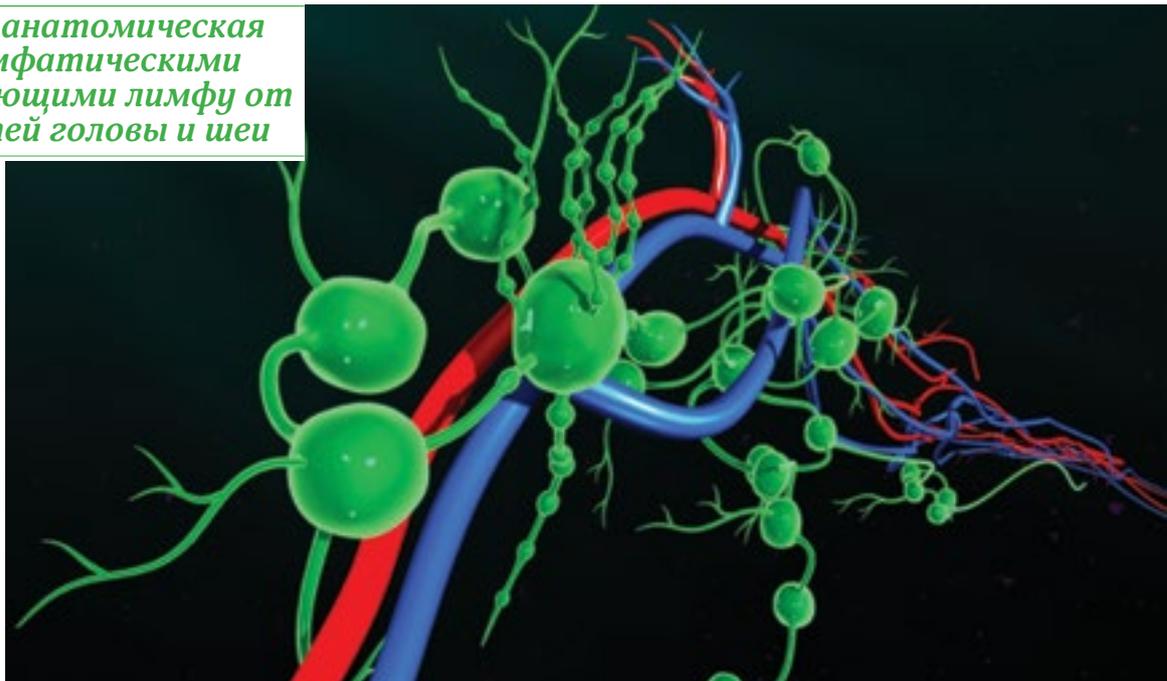
Проведенные исследования, а также изучение фармакокинетики антибиотиков (ЛИРНА 2017, №3) явились обоснованием к широкому применению подчелюстной лимфотропной терапии антибиотиками, иммуномодуляторами и стимуляторами лимфатического дренажа во многих клиниках Узбекистана. Сегодня метод лимфотропной антибиотикотерапии при гнойно-воспалительной патологии рассматриваемых органов является антибиотикотерапией выбора в целом ряде клиник. Методика отличается патогенетической направленностью, экономичностью, снижением побочного действия антибиотикотерапии и высокой клинической эффективностью по сравнению с традиционной терапией.

Наши исследования обнаружили важную особенность возможности ретроградного (латерального) тока лимфы из подчелюстной клетчатки и подчелюстных лимфоузлов в направлении патологического процесса

Таким образом, выявлена тесная анатомическая связь между лимфатическими сосудами, принимающими лимфу от различных областей головы и шеи. Наличие интегративных региональных лимфатических узлов и лимфо-лимфатических афферентных анастомозов, обеспечивает возможность

Выявлена тесная анатомическая связь между лимфатическими сосудами, принимающими лимфу от различных областей головы и шеи

ственном слое слизистой оболочки и это подтверждается гистологическими исследованиями препаратов. Собирательные лимфатические сосуды, по мере их укрупнения, направляются в сторону выводных отверстий, через которые они в конечном счете проникают в полость носа. При этом красящее вещество заполняло лимфатические сосуды на латеральной стенке полости носа, в проекции средних и нижних носовых ходов и далее в направлении к хоанам. Часть отводящих внеорганных лимфа-



Литература

1. Альтман Е.М. Воспалительные процессы в глотке и придаточных пазухах носа и их взаимосвязь с неспецифическими бронхолегочными заболеваниями у детей. Дисс... д.м.н., Москва, 1976-459 с.
2. Бальнь И.Р. Экспериментальное изучение антимикробного действия антибиотиков в инфицированных лимфатических узлах Авторефер. Дис. ... к.м.н., Москва, 1965. -23с.
3. Выренков Ю.Е., Карандин В.И. Клиническая лимфология: итоги и перспективы развития. Лимфология. Журнал имени С.У.Джумабаева, 2009.- №1-2, С.224-226.
4. Джумабаев Э.С. Региональная лимфатическая терапия в лечении и профилактике осложнений после абдоминальных операций. Дисс. д.м.н. Москв, 1992.-470 с.
5. Жданов Д.А. Взаимоотношение структуры лимфатических сосудов в норме и при патологии. Клини. Медицина.-1966.-№8.-С.2-48.
6. Огнев Б.В. Лимфатическая система в норме и патологии.-М: Медицина,1971.-226 с.
7. Панченков Р.Т., Выренков Ю.Е., Ярема И.В., Щербакова Э.Г. Эндолимфатическая антибиотикотерапия. М. 1984, 187 с.
8. Ярема И.В., Уртаев Б.М., Аконян А.А., Ковалев В.А., Симанин Р.А. Оценка клинической эффективности эндолимфатической антибактериальной терапии у больных абсцессами брюшной полости. Журнал имени С.У.Джумабаева,2009.- №1-С.270-272.

ЛИПОСАКЦИЯ



как один из методов
лечения лимфедемы

Фефилов
Алексей Станиславович,
сосудистый хирург,
лимфолог



В

современном мире потребность быть здоровым и красивым является одной из главных составляющих успешного и счастливого человека. Стремление быть здоровым, а значит, защищённым, знаменитый психолог Абрахам Маслоу относил к первичным потребностям, то есть тем, без которых индивиду будет куда сложнее стремиться к социальной самореализации и развитию талантов и способностей.

Но как быть, если болезнь уже заявила о себе? Как поступать и куда обратиться, если заболевание, о котором мало говорят доктора и редко – телепередачи, стало неотъемлемой частью вашей жизни?

Загадка лимфедемы

Одним из таких заболеваний, вокруг которого растут мифы и домыслы, является лимфедема. Как только не называют эту болезнь специалисты и обыватели – лимфедема, лимфостаз, элевантиаз, слоновость.

Лимфедема – это не только физиологическая проблема (увеличенная конечность тяжелее, и зачастую пациенты практически перестают ей пользоваться), но и проблема эстетическая. Только представьте, каково это – постоянно ловить на себе любопытные взгляды и отвечать на неприятные вопросы? Многие пациенты, ещё вчера полноценно жившие в социуме, замыкаются, уходят в себя, перестают выходить из дома и теряют контакты с друзьями и близкими. Однако большинство людей с лимфедемой не собираются сдаваться и активно ищут способы борьбы с недугом.

Как победить лимфедему?

Специалисты делают способы этой борьбы на две большие группы – консервативное и оперативное лечение.

Консервативное лечение

К консервативному лечению относится ши-

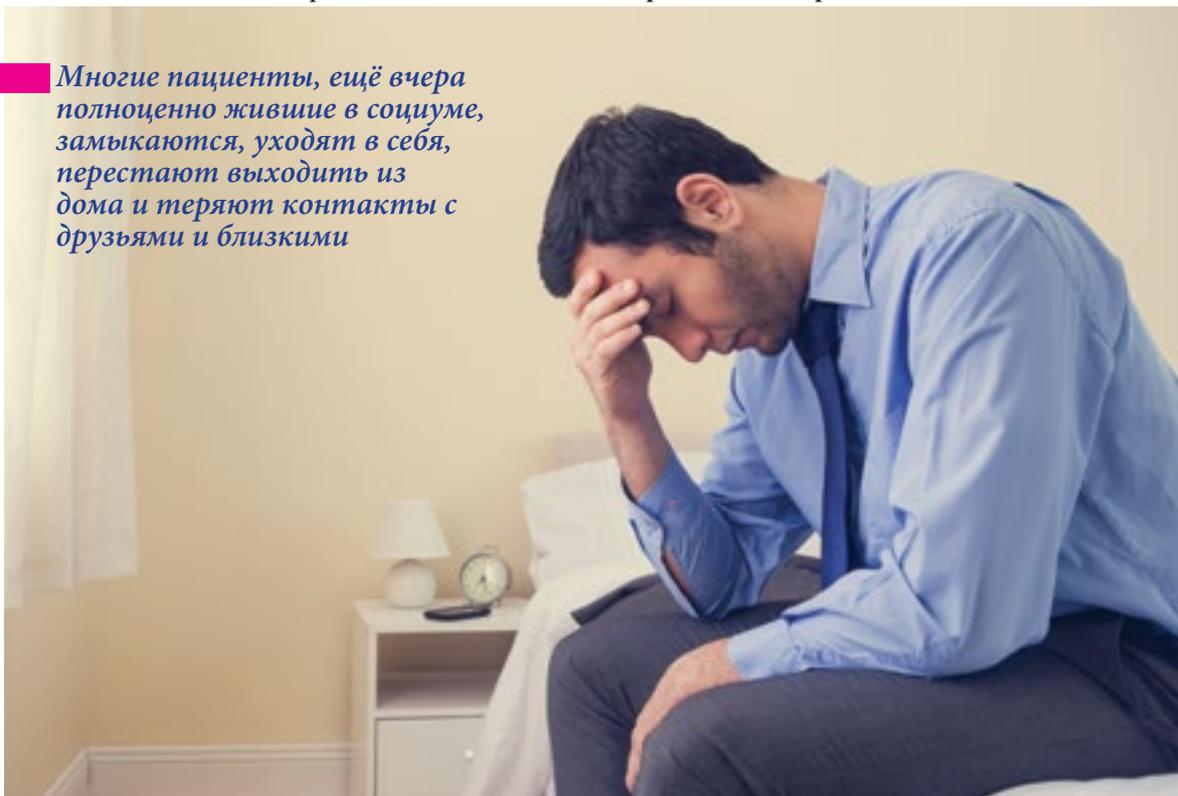
роко известная комплексная физическая противоотёчная терапия (КФПТ), разработанная в конце семидесятых годов прошлого столетия в Германии

Лимфедема – это не только физиологическая проблема, но и проблема эстетическая.

профессором Михаэлем Фёльди. На сегодняшний день именно эта методика признана «золотым стандартом» в лечении лимфедемы, что было подтве-

ждено на 26 мировом съезде лимфологов в сентябре 2017 года. КФПТ – это правильное сочетание ручного лимфодренажного массажа, лечебной физкультуры, ухода за кожей и специального бандажирования конечностей. Иногда КФПТ дополняется диетотерапией. Такое комбинированное воздействие в разумные сроки уменьшает объёмы отёчных конечностей, возвращая пациентам лёгкость и радость от жизни. После курса КФПТ пациентам показано ношение компрессионного трикотажа, что позво-

Многие пациенты, ещё вчера полноценно жившие в социуме, замыкаются, уходят в себя, перестают выходить из дома и теряют контакты с друзьями и близкими





Комплексная физическая противоотечная терапия в разумные сроки уменьшает объёмы отёчных конечностей, возвращая пациентам лёгкость и радость от жизни

ляет им самостоятельно и надолго удерживать полученные от лечения результаты.

Оперативное лечение

Вторая группа – хирургические методы. Чуть больше ста лет прошло с первых попыток избавиться от лимфедемы радикально, появлялись новые методы, менялись показания и противопоказания, техники и модификации. Сегодня хирургические операции при лимфедеме представляют из себя большую группу вмешательств, из которых одна заслуживает особого внимания. Речь идёт о липосакции.

Липосакция при лимфедеме

Липосакция в настоящее время является наиболее часто выполняемой процедурой для лечения лимфедемы, поскольку она является менее инвазивным методом удаления подкожного жира и связана с меньшим количеством осложнений (Gloviczki P. (2003) Principles of surgical treatment. In: Diseases of the Lymphatics. Browse N, Burnand K, Mortimer P (eds). Arnold, London. 179-204).

Немного истории

Борьба с избыточными жировыми отложениями с помощью липосакции ведётся с 1974 года, когда доктор Горджио Фишер с сыном успешно уда-

лили жировые ткани через небольшие надрезы с применением вращающегося скальпеля с электрическим приводом, однако хирургическое лечение

Чуть больше ста лет прошло с первых попыток избавиться от лимфедемы радикально, появлялись новые методы, менялись показания и противопоказания, техники и модификации.

Липосакция является менее инвазивным методом удаления подкожного жира и связана с меньшим количеством осложнений

лимфедемы было предложено совсем недавно в качестве альтернативного или дополнительного варианта лечения и даже в качестве средства профилактики лимфатических отёков (Campisi C, Boccardo F. (1998) Frontiers in lymphatic microsurgery. Microsurgery. 18 (8): 462-471). Наибольшее распространение липосакция как метод лече-

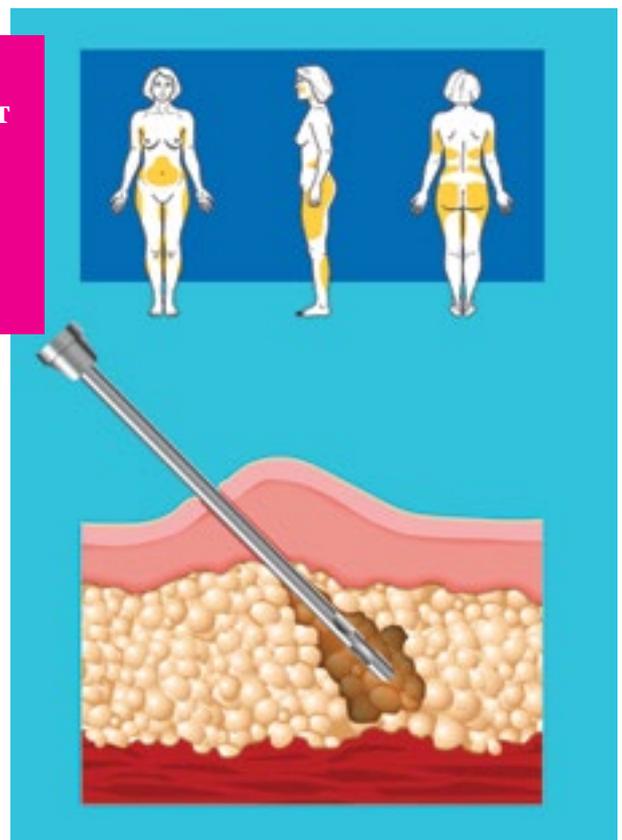
ния лимфедемы получила в Швеции, Германии, Англии, США и некоторых других странах, где проводятся серьёзные исследования эффективности этого метода.

Липосакция сегодня

На сегодняшний день количество научных работ по эффективности хирургического лечения лимфедемы методом липосакции немного, что указывается рядом авторов. Однако те, что выполняются, часто несравнимы друг с другом в эффективности как из-за неоднородности характеристик пациентов с лимфедемой, попадающих в исследование, так и по причине разных критериев отбора, которые существенно различались среди исследований. Кроме того, опубликованные исследования в основном не включают сравнительные группы. При этом ни один ученый не решился на прямое сравнение липосакции с контрольной группой, методом лечения которой была бы КФПТ. Хотя некоторые исследователи использовали КФПТ в послеоперационном периоде для своих пациентов.

Обзор мировых научных работ по липосакции

В 2012 году в Великобритании был вы-



пущен согласительный документ по хирургическим методам лечения лимфедемы, который охватывал большой объём исследований эффективности различных хирургических техник в лечении лимфедемы. Но, как указывают сами авторы, большинство из них не являются мультицентровыми и рандомизированными, что не может

не вызывать ряд вопросов к результатам (Janice N. Cormier, Surgical Intervention. A position document on surgery for lymphoedema, Best Practice for the Management of Lymphoedema, 2012, 10). Тем не менее, те результаты,

Ни один ученый не решился на прямое сравнение липосакции с контрольной группой, методом лечения которой была бы КФПТ.

которые достигнуты, позволяют говорить о том, что хирургическое лечение лимфедемы может всерьёз рассматриваться как альтернатива для классического лечения при наличии ясных показаний и при неэффективности традиционных методов.

Исследования британских ученых

В августе 2017 года Национальный институт здравоохранения и совершенствования медицинской помощи Великобритании (National Institute for Health and Care Excellence - NICE) подвёл итоги нескольких крупных исследований, направленных на изучение динамики объёмов нижних и верхних конечностей не только после операции, но и в отдалённом будущем. В одной из работ липосакция была выполнена 146 пациентам с первичной и вторичной формами лимфедемы, при этом через год наблюдение за объёмами конечностей показало, что разница между здоровой и поражённой конечностью составляла всего 3% как для верхних, так и для нижних конечностей. Помимо этого, в данном документе приводятся данные ещё нескольких наблюдений за 268 пациентами, которые сохраняли хорошие результаты, до 95% снижения разницы объёма между конечностями. В серии из 15 пациентов (12 женщин, 3 мужчин), получавших липосакцию, среднее уменьшение объёма оперированной конечности составляло 73% (48% - 94%) через три года. При этом, отмечают авторы, есть исследования, указывающие на высокий процент возврата отёков (у 32% конечностей отёк возвращался в течение 12 месяцев). Несмотря на высокий уровень доверия как к

институту NICE, так и к его изданию «Liposuction for chronic lymphoedema», где эти результаты были опубликованы, возникает ряд серьёзных вопросов, ставящих исследователей в неудобное положение и снижающих доверие к процедуре. Например, результаты работ могут быть опубликованы авторами в процентном соотношении, а могут в миллилитрах эвакуированного жира. Помимо этого, не указывается, какой вид липосакции применялся в

разных исследованиях, была ли проведена КФПТ в до- и послеоперационном периодах, в каком режиме и как долго пациенты носили компрессионный трикотаж (хотя и оговаривается, что из 146 пациентов, о которых мы писали в начале, 16 человек, то есть 11%, не носили компрессионный трикотаж через год после операции). Некоторые описываемые работы имеют слишком малое количество наблюдений для того чтобы говорить о серьёзных выводах (исследования эффек-

ского компонента здоровья до $45 \pm 1,2$ баллов от исходных $43 \pm 1,3$ баллов, $p = 0,03$ и для психологического компонента до $52 \pm 1,2$ баллов от исходных $49 \pm 1,3$ баллов, $p = 0,01$). На наш взгляд, довольно странно, что данный опросник не использовался во всех исследованиях, либо полученные результаты не так хорошо показывают эффективность липосакции для самих пациентов.

Исследования австралийских ученых

В 2014 году в университете Маккуори, Австралия, группа пластических хирургов, онкологов и физиотерапевтов представила результаты большого исследования, направленного на изучение эффективности липосакции в лечении лимфедемы нижних и верхних конечностей. Показаниями для оперативного лечения были: лимфедема одной, верхней или нижней конечности, 2 или 3 стадии по Фельди, с плотным отёком без образования ямки. Помимо вышеперечисленных критериев, указывалось, что оперативному лече-



Большинство исследований на тему хирургического лечения лимфедемы не являются мультицентровыми и рандомизированными, что не может не вызывать ряд вопросов к результатам

тивности у 15 пациентов). Результат контроля качества жизни пациентов приводится в нескольких исследованиях, например в исследовании, где 60 женщин перенесли липосакцию в качестве метода лечения лимфедемы. Обследование проводилось с помощью опросника SF-36. Результаты показали статистически значимое увеличение качества жизни (для физиче-

нию подвергнутся пациенты, у которых разница в объёме между поражённой и здоровой конечностями составляла минимум 25% (в среднем 45,1%), при этом пациенты ранее должны были проходить хотя бы один курс консервативных методик лечения. К сожалению, дизайн исследования не выделял в отдельные группы пациентов с первичной и вторичной

формами заболевания (хотя и отмечается, что 85,7% лимфедемы, включённой в исследование, связано с раковыми поражениями), а также не ясно, какие именно лечебные консервативные мероприятия проводились пациентам до включения их в исследование. Спустя 6 месяцев после операции объёмы поражённых конечностей продолжали показывать удовлетворительные результаты - среднее снижение объёма конечностей составило 89,6% (90,2% на руках, 88,2% на ногах) (Liposuction for Advanced Lymphedema: A Multidisciplinary Approach for Complete Reduction of Arm and Leg Swelling, Boyages J1,2, Kastanias K3, Koelmeyer LA3, Winch CJ3, Lam TC3, Sherman KA4, Munnoch DA3,5, Brorson H6, Ngo QD3, Heydon-White A7, Magnussen JS8, Mackie H3,9, 2015. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26122375>).

хранялось стойкое снижение объёмов конечностей – до 85%. В дальнейшем пациенты начали постепенно терять полученные результаты и к 12 месяцам после операции уже 60 нижних конечностей сохраняли стойкое снижение отёка более 88% от предопера-

как не могут похвастаться ни большим количеством наблюдений, ни стройной структурой исследования, ни чёткой системой доказательств.

Вопросы без ответов...

Большинство специалистов сходятся во мнении, что КФПТ является желательным методом дополнительного лечения после операции.

ционного уровня. Через два года часть пациентов (41 нижняя конечность) улучшила результаты, доведя снижение отёка до 94% от изначального уровня, то есть практически полностью сравнив размеры поражённой и здоровой ног. Однако удержать такой результат в течении последующих пяти лет удалось немногим – отёк уда-

тем не менее, к зарубежным работам тоже возникает ряд вопросов. Первый, о чём мы упоминали выше, это размытость понятия «консервативная терапия». Никто не указывает содержание этого термина. К сожалению, многие специалисты относят сюда и классический массаж, и физиотерапию, и отдельно проводимую пресотерапию и столь эффективную при ХВН терапию диосминами. Выходит, даже между группами исследователей нет единого и целостного мнения о лимфедеме. Второй, и очень важный, на наш взгляд, это отсутствие единых критериев отбора пациентов и отсутствие групп сравнения с КФПТ. Напомним, что в согласительном документе исполнительного комитета международного общества лимфологов констатируется, что большинство операций, разработанных для лечения периферической лимфедемы, пока несовершенны и не превышают по эффективности правильно проводимую комплексную физическую противоотёчную терапию.

Помимо этого, большинство специалистов сходятся во мнении, что КФПТ является желательным методом дополнительного лечения после операции. Не во всех работах приводятся данные по изменению качества жизни, который, несомненно, играет важную роль для пациентов с лимфедемой. Немаловажный вопрос для большинства пациентов, особенно в отечественных реалиях – экономическая составляющая. Правда ли, что в соотношении цена/качество липосакция окажется выгоднее «золотого стандарта»?

Какой можно сделать вывод?

Несмотря на эти сложные для решения вопросы, мы видим в липосакции один из самых интересных методов коррекции лимфедемы. Этот метод, безусловно, должен изучаться в мультицентровых рандомизированных исследованиях с возможностью появления национальных реестров пациентов с лимфедемой, в которых бы учитывался реальный опыт лечения с возможностью любому специалисту видеть результаты тех или иных методов и сравнивать их, применяя к ситуации конкретного пациента.



К исследованиям в области применения липосакции как метода лечения лимфедемы остается пока еще очень много вопросов...

Любопытное последнее исследование

В конце 2017 года в авторитетном европейском издании Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery появились результаты любопытного исследования – один и тот же хирург на протяжении девяти лет выполнил липосакцию 69 пациентам (72 нижние конечности с лимфедемой нижних конечностей), используя в послеоперационном периоде компрессионное бельё. Средний объём аспириата из нижних конечностей составил 4550 мл, при этом минимальные и максимальные значения объёма эвакуируемого отёка составили от 575 мл до 12 150 мл! Итогом длительной работы явился хороший эффект от проведённой операции – спустя три месяца после операции у 100% прооперированных со-

лось контролировать, сохраняя снижение объёма конечности до 90% от предоперационных объёмов, только на 15 нижних конечностях, что составляет 21,7% от всего количества пациентов (69 человек, 72 нижние конечности).

Прочие исследования

Мы не включили в статью результаты исследований, проведённых на очень маленьком количестве пациентов, выполненные без ясного дизайна эксперимента, оперирующими оттекаемыми формулировками и с отрицательными результатами, доверяя только действительно крупным центрам и их аналитическим материалам.

К сожалению, отечественные работы, изучающие эффективность липосакции при лимфедеме, не попадают в категорию вызывающих доверие, так

ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФЕДЕМЫ В МОСКВЕ СТАЛО ЕЩЕ КОМФОРТНЕЕ

В НПЦ «ЛИМФА» мы помогаем пациентам с лимфедемой (лимфостазом) справиться с отеком, научиться самостоятельно управлять заболеванием и не допускать каких-либо осложнений.

В своей работе мы используем методики, которые доказали свою эффективность в Европе и других странах мира.

Амбулаторное лечение доступно по адресу:

Москва, м. Юго-Западная, ул. Ак. Анохина, д.4, корп. 3

Также для пациентов с лимфедемой доступно лечение на дому в пределах МКАД на базе санатория Валуево в 20 минутах от поликлинического отделения НПЦ «ЛИМФА».

По вопросам организации лечения звоните нам по телефонам:

+7 495 646 17 86 или **8 800 3333 961** (звонок по России бесплатный)



Портативный трехмерный сканер для диагностики слоновости (лимфедемы)



Устройство
измеряет отеки
конечности
быстрее, легче,
чем другие
методы.



Лимфедема (или слоновость)
вызывает серьезные отеки и
деформацию конечностей

Вашингтонский университет в Сент-Луисе

По некоторым оценкам 120 миллионов человек во всем мире инфицированы филляриозом, паразитарным заболеванием, передающимся от комаров, которое может вызвать серьезные отеки и деформацию конечностей, а именно состояние, известное как слоновость. Медицинские работники полагаются на измерения конечностей с помощью рулетки, чтобы оценить тяжесть состояния. Однако эти измерения иногда не совсем точные и часто оказываются непрактичными и сильно зависящими от человеческого фактора.

Но теперь ученые из Школы медицины Вашингтонского университета в Сент-Луисе вместе с сотрудниками в Шри-Ланке, показали, что портативное сканирующее устройство позволяет быстрее и легче измерять увеличение конечностей у пациентов со слоновостью. Это диагностическое устройство позволяет легко получить точные расчеты и определить, эффективны ли методы лечения данных отеков.

Исследование опубликовано онлайн 16 октября в «Американском журнале тропической медицины и гигиены»:

«Это важно, потому что это позволит врачам и исследователям проводить очень точные измерения конечности в развивающихся странах, где часто есть дефицит инструментов для контроля отека конечностей», - говорит старший автор Филип Дж. Будж, доктор медицинских наук, доцент медицины в Отделе инфекционных заболеваний в Вашингтонском университете.

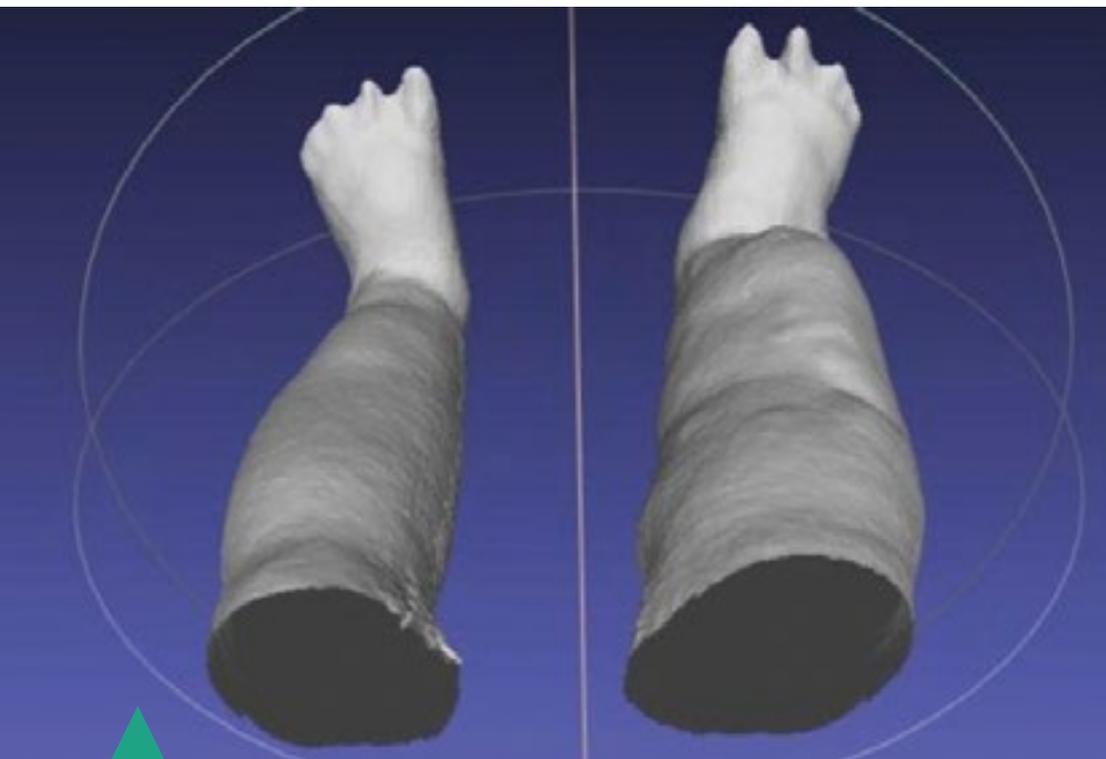
У пациентов со слоновостью черви-паразиты, которые вызывают болезнь, проникают в лимфатическую систему и препятствуют нормальной работе лимфатических сосудов, что приводит к отеку ног. Это состояние также называется лимфедема.

«К сожалению, лекарство обычно не уменьшает лимфедему у тех, кто уже пострадал», - го-



Портативное сканирующее устройство позволяет быстрее и легче измерять увеличение конечностей у пациентов со слоновостью

Устройство - это, по сути, инфракрасный датчик, установленный на iPad.



Сканер дает точные результаты за короткое время в отличие от других тестов. Источник фото: https://media.eurekalert.org/multimedia_prod/pub/web/153459_web.jpg

ворит Бадж. «Возможность быстро получать эти измерения значительно облегчит лечение пациентов, в том числе и клинические испытания, в которых изучаются лучшие терапевтические методы лечения».

Устройство - это, по сути, инфракрасный датчик, установленный на iPad, который производит высокоточную виртуальную трехмерную реконструкцию ног с использованием технологии сканирования, аналогичной технологии, используемой в системе видеогр Microsoft Xbox Kinect. Он был создан Atlanta-based startup LymphaTech для измерения лимфедемы, которая иногда развивается у больных раком после удаления лимфатических узлов во время операции.

Изучив эту технологию, исследователи из Вашингтонского университета Бадж и Рамакришна Рао, доктор философии, профессор медицины, объединились с международными партнерами для тестирования устройства у 52 пациентов с различными стадиями лимфедемы в клинике в Галле, Шри-Ланка. Работая с врачами в клинике, команда сравнила результаты сканера с результатами двух других методов, часто используемых для определения тяжести слоновости: рулетки и вытеснение объема воды.

Измерения рулеткой позволяют исследователям измерять окружность конечностей около колен, ног и лодыжек. Однако, говорит Бадж, этот метод трудно стандартизирован и ненадежен при оценке объема конечности из-за неровной поверхности кожи.

Процедура вытеснения проводится путем погружения конечности в резервуар с водой, а затем вычисляют объем вытесненной при этом воды. Каждая конечность измеряется отдельно. «Это золотой стандарт для измерения объема конечностей, но это громоздко и нецелесообразно это использовать в «полевых» условиях», - говорил Бадж. «У некоторых пациентов настолько тяжелая стадия лимфедемы, что им трудно поместить ногу в резервуар с водой или стоять достаточно долго, чтобы вода вытекла, или у них могут быть открытые раны, которые усложня-

ют процесс».

Исследование показало, что инфракрасный сканер обеспечивает измерения объема и окружности конечности в нескольких точках, которые были столь же точными, как и данные, полученные с помощью рулетки и вытеснения воды.

«Но самое главное, что сканер дает точные результаты за короткое время в отличие от других тестов», - говорит Бадж.

Исследователи обнаружили, что среднее время, необходимое для измерений на сканере обеих конечностей составляет 2,2 минуты. Для сравнения, методы измерения с помощью рулетки и вытеснения воды в среднем составляли 7,5 минут и 17,4 минуты соответственно.

«Устройство сканирования также предполагает удобство», - говорит Бадж. «Многие пациенты с отеком конечностей часто испытывают большие трудности из-за поездок из своих домов в клинику для диагностики и измерений. Сканер же позволяет сделать чрезвычайно точные измерения конечности на дому или без

громоздкого оборудования».

«Насколько нам известно, это первый случай, когда инфракрасная трехмерная технология сканирования используется у пациентов со слоновостью», - добавил он. «Он работает так хорошо, что был добавлен в качестве инструмента измерения для нашего будущего клинического испытания».

Как это поможет нашим пациентам?

Если такие портативные сканеры найдут широкое применение во всем мире, это облегчит и одновременно сделает эффективнее отслеживание динамики во время лечения. Пациенты смогут наглядно увидеть, какой объем отека у них ушел во время лечения. Врачи и ученые смогут проводить больше исследований и оценивать эффективность новых методик. Это в свою очередь даст толчок к поиску новых методов лечения и их скорейшему внедрению их в практику.

Источник: https://www.eurekalert.org/pub_releases/2017-10/wuis-p3s101617.php

ВТОРОЕ МНЕНИЕ - БЕСПЛАТНО!

Вы прошли консультацию в
другом медицинском центре,
но сомневаетесь в диагнозе?

Вы хотели бы услышать
мнение другого врача?

Тогда Вам в НПЦ «ЛИМФА», потому что здесь Вы можете
получить второе мнение – бесплатно!

Для этого Вам нужно записаться на консультацию
по телефонам **88003333961** (звонок по России бесплатный)
или **+74956461786**

ЛИМФОЛОГИЯ СЕГОДНЯ | ИССЛЕДОВАНИЯ | НОВОСТИ

ЛИМФА

НОМЕР 2 (6) | ИЮНЬ 2018

+ Приложение:

Тезисы к 6-ой международной научно-практической конференции по клинической лимфологии «ЛИМФА-2018»



ЛИМФАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА МОЗГА



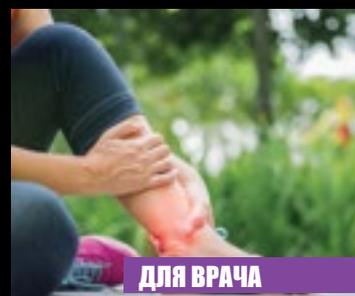
ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Лимфедема летом
— что нужно
знать?



ОБЗОР

**Средства для
надевания
КТ**



ДЛЯ ВРАЧА

**Дифференциальная
диагностика
отеков**

Находитесь далеко от Москвы?

Пройдите удаленную консультацию
врача-лимфолога
любым удобным для Вас способом!



Записывайтесь на консультацию
по телефону +7 495 646 17 86

