

ЛИМФОЛОГИЯ СЕГОДНЯ | ИССЛЕДОВАНИЯ | НОВОСТИ

ЛИМФНА

НОМЕР 1 (10) | МАЙ 2020

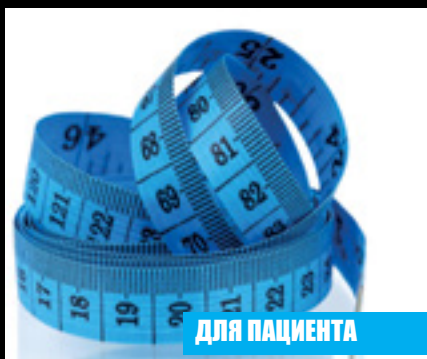


ЛЕЧИМ ЛИМФЕДЕМУ ДОМА



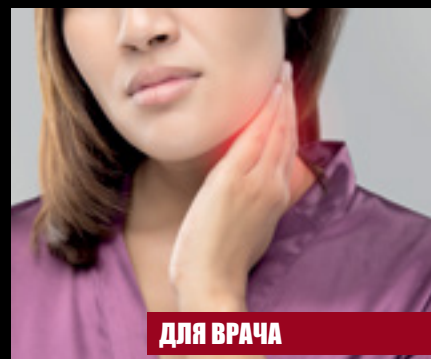
ОСЛОЖНЕНИЯ

**COVID-19
И ЛИМФЕДЕМА**



ДЛЯ ПАЦИЕНТА

**КАК УДЕРЖАТЬ
ОТЕК**



ДЛЯ ВРАЧА

**ЛИМФАДЕНОПАТИЯ
В ПРАКТИКЕ ЛИМФОЛОГА**

Этот выпуск журнала
«ЛИМФА» для вас
подготовили:



Наталья Макарова,
шеф-редактор



Эркин Джумабаев



верстка — Илона Золотавина



Иван Макаров, ▲
врач-лимфолог, главный редактор журнала «ЛИМФА»

Здравствуйте, дорогие друзья!

Этот год начался со множества событий, которые никто не ожидал. Однако именно они позволили нам возобновить выпуск нашего журнала для людей, которым интересна лимфология. Мы взяли самые актуальные, на наш взгляд, темы и подготовили для вас статьи о коронавирусе, уникальном клиническом случае лечения лимфедемы гениталий, об удержании достигнутого за время лечения результата и о том, как пациент может бороться с лимфатическим отеком во время самоизоляции.

За прошедший год мы многому научились — освоили подгонки компрессионного трикотажа и научились делать так, чтобы пациент гарантированно удерживал достигнутый за время лечения результат. Нам удалось запустить производство индивидуальных прокладок LIMPHACARE PADS (www.limphapads.ru), которые помогают вам бороться с лимфедемой, и выпустить второе издание руководства пациента «Как победить лимфедему?».

Я надеюсь, что текущий год каждому принесет много новых достижений и радости.

Будьте здоровы и берегите себя!

Искренне ваш, Иван Макаров

НОВОСТИ

04

*Лекции от Ассоциации
лимфологов и перенос
конференций*

ДЛЯ ПАЦИЕНТА

06—13

Как лечить лимфедему дома

ЛИМФОЛОГИЯ В ЛИЦАХ

14—16

*К 90-летию Саткула
Усмановича Джумабаева*

ИСТОРИЯ ЛИМФОЛОГИИ

18—24

Лимфологиии Узбекистана 50 лет

ОСЛОЖНЕНИЯ

28—31

*Лимфедема и коронавирусная
инфекция COVID-19*

ИСТОРИЯ УСПЕХА

32—35

*Сочетание консервативного и
хирургического методов лече-
ния лимфедемы мошонки*

ДЛЯ ВРАЧА

36—40

*Лимфаденопатия в практике
врача-лимфолога*

СОЦСЕТИ

41

*Советы из Instagram врача-
лимфолога Ивана Макарова*



Не забывайте, что при лимфедеме чрезвычайно важна ежедневная активность!

с. 06



Подходит ли пациентам с лимфедемой средиземноморская диета?

с. 42

ДИЕТА

42—43

Средиземноморская диета

ДЛЯ ПАЦИЕНТА

44—46

Как удержать достигнутый за время лечения результат

АНОНС

48

Limpha 2020-2



Как сделать так, чтобы после лечения отек снова не вернулся?

с. 44



Лекции от специалистов Ассоциации лимфологов России

За время карантина Ассоциация лимфологов России провела ряд образовательных лекций для пациентов с лимфодемой, чтобы они чувствовали себя более уверенно, находясь вынужденно дома.

Сейчас врачи рассматривают возможность проведения подобных образовательных мероприятий и далее на постоянной основе.

В качестве спикеров выступили члены Европейской и Всемирной ассоциаций лимфологов, члены Ассоциации лимфологов России, ведущие лимфологи, флебологи, сосудистые хирурги: Александра Вадимовна Ровная, Макаров Иван Геннадьевич, Фейсханов Айгиз Камилевич, Демехова Марина Юрьевна и многие другие.

Формат онлайн-лекций оказался очень удобным и собрал большое количество активных слушателей.

На сайте Ассоциации лимфологов России www.lymphologist.com в разделе «Образование» вы можете посмотреть расписание и зарегистрироваться на новые вебинары.

Перенос и отмена конференций в 2020 году

Из-за сложившейся ситуации, вызванной заболеванием COVID-19, организационный комитет был вынужден отложить проведение 46-го конгресса ESL, запланированного ранее на 11–13 июня 2020 года. Представители ESL заявили о



своем намерении установить новые окончательные даты, как только закончится пандемия коронавирусной инфекции в мире. Предварительные сроки — конец 2020 — начало 2021 года.

Текущая ситуация в мире складывается таким образом, что все медицинские конференции либо переносятся, либо проходят в формате онлайн. На 25–26 сентября 2020 года были запланированы 7-й съезд лимфологов России и 8-я международная научно-практическая конференция по клинической лимфологии «ЛИМФА-2020». Точная судьба данного мероприятия пока неизвестна, но, скорее всего, оно пройдет в онлайн-режиме, поскольку материалов для конференции много, есть что обсудить специалистам в области лимфологии, и перенос возможен только в крайнем случае. Поэтому будем готовиться! Более подробная информация появится на сайте Ассоциации лимфологов России www.lymphologist.com, как только будет установлен четкий порядок выхода из режима карантина. Следите за новостями!

ВТОРОЕ ИЗДАНИЕ КНИГИ «КАК ПОБЕДИТЬ ЛИМФЕДЕМУ?»



Первое издание этой книги появилось, после того, как прошла юбилейная 40-я школа пациентов «ЖИЗНЬ С ЛИМФЕДЕМОЙ» в 2014 году. Сейчас прошло уже более 150 мероприятий в десятках городов России и СНГ. Благодаря этому проекту помощь получили более 3000 человек. Для пациентов, которые не могут посетить школы, эта книга должна стать наставником и помощником.

Второе издание было полностью переработано, т. к. за 4 года появились новые знания, результаты, опыт. В книгу включена самая актуальная информация по диагностике и лечению лимфедемы. За основу взяты последние европейские и международные консенсусы, достигнутые лимфологами со всего мира.

Приобрести книгу в электронном или печатном виде можно на сайте www.limpha/book.

КАК ЛЕЧИТЬ ЛИМФЕДЕМУ ДОМА

(в период карантина и не только!)



Советы от врачей
НПЦ «Лимфа», г. Москва

И

дея данных рекомендаций появилась у редакции нашего журнала в момент вынужденной самоизоляции из-за пандемии коронавирусной инфекции. Но мы считаем, что она будет актуальна в любое время. В России и странах СНГ все еще мало врачей-лимфологов, а количество пациентов с лимфедемой неуклонно растет. В основном этот рост обусловлен все большей выживаемостью пациентов с онкологической патологией. И это прекрасная новость. Но, с другой стороны, очень часто после комплексного лечения опухоли у пациентов развивается лимфостаз, который значительно ухудшает качество их жизни и даже может вызвать осложнения.

Что делать, если у вас нет возможности обратиться к лимфологу или пройти вовремя курс лечения? Каким образом можно помочь себе, чтобы не допустить ухудшения состояния, а возможно даже его улучшить?

Движение

Итак, начнем с главного - движения! Движение - это жизнь, и это правда. Когда вы двигаетесь, ваши мышцы сокращаются, а значит, «давят» на лимфатические сосуды и помогают им также сокращаться. У вас нивелируется возможный застой, который произошел в то время, когда вы не двигались. Какие же виды движений возможны дома:

1. Ходьба по квартире. Конечно, все зависит и от размеров квартиры, но теперь-то мы знаем, что даже карантин не помеха настоящим спортсменам (а каждый пациент с лимфедемой должен быть в душе спортсменом). Некоторые умудряются пробежать марафон у себя на балконе. Так что теперь никаких оправданий, если вы хотите двигаться, вы найдете, как это сделать.

2. Уборка. Здесь только все в меру. Мебель двигать не надо, 5-литровые ведра тоже не носим. Но пройтись по квартире с пылесосом, смахнуть пыль, даже помыть полы — это все вполне сойдет за отличную зарядку!

3. Тренажеры. Для пациентов с лимфедемой идеальными подойдут беговые дорожки и различные варианты тренажеров-эллипсов. Возможны и другие варианты, но

Самый эффективный тренажер для пациентов с лимфедемой как верхних, так и нижних конечностей, — это эллипс!



главное, помните, что стоит обходиться без отягощений.

4. Прогулки на свежем воздухе, бег, скандинавская ходьба. Если у вас есть дом или дача, то лучше, конечно, прогуливаться на своем участке или в лесу. Также там идеальное место для выполнения дыхательных упражнений: помимо стимуляции своей лимфатической системы, вы также будете активно насыщать свою кровь кислородом.

5. Не стоит забывать про комплекс специальных лимфодренажных упражнений, которые необходимо выполнять ежедневно. Лучше делать их на фитболе (так происходит стимуляция всей лимфатической системы), но в отсутствие мяча вполне подойдет просто стул.

При выполнении любой активности не забывайте об основных правилах. Любая нагрузка — только в компрессионном трикотаже, не используем отягощения, не поднимаем тяжести, не делаем упражнения через силу, нагрузку увеличиваем постепенно.

Кожа

В период пандемии вы, скорее всего, стали чаще обрабатывать кожу антисептиком. Это не может не сказаться на свойствах кожи. Не допускайте сухости и появления микротрещин. За какими участками кожи надо следить особенно внимательно:

- кожа рук, межпальцевые промежутки,
- локти,
- колени,
- подошвенная часть стопы и пятки.

Как ухаживать? После душа использовать увлажняющий лосьон для тела, лучше если в составе будет мочевины. Зону отека на ночь обрабатываем смягчающим гипоаллергенным кремом (на основе пантенола). Зоны повышенной сухости обрабатываем два раза в день жирными кремами, в состав которых входит пантенол и мочевины.



При появлении ссадин, трещин эти зоны обязательно обрабатывайте неспиртосодержащим антисептиком («Хлоргексидин», «Октинисепт») несколько раз в день, вплоть до полного заживления.

Когда принимаете душ, используйте теплую или прохладную воду (резко холодная или горячая вода отрицательно влияет на кожу).



Не все знают, что есть продукты, которые содержат в себе скрытую соль. Это значит, что вы не чувствуете, что они сильно соленые, но содержания NaCl в них зашкаливает. Будьте осторожны и ограничивайте потребление колбасной продукции, кетчупов, различных соусов

Для поддержания водного баланса организма и оптимальных свойств кожи пейте достаточно чистой воды. Если вы не пили воду совсем, начинайте с 0,5 л чистой воды в день и постепенно доводите до 1,5 л чистой воды в день. Компоты, соки, чай и кофе — не считаются. Пациентам с лимфедемой жизненно необходима именно вода!

Еда

Если вы длительно находитесь дома, старайтесь не переедать и придерживаться принципов правильного питания.

Ограничьте потребление соли до 5 г в сутки. Эту цифру, конечно, сложно подсчитать. Но что в действительности она означает и как не переборщить с солью? На самом деле все просто. Вы можете подсаливать супы и салаты, омлет и другие блюда, которые готовите самостоятельно. Хорошо, если изначально они будут вам казаться слегка недосоленными, это значит, что вы на правильном пути. Но помните, что из рациона следует исключить сильно соленые продукты: соленые огурцы, помидоры чипсы, а также продукты со скрытой солью — колбасы, сосиски, кетчупы, различные соусы. В этих продуктах количество соли значительно превышает норму, хотя вы этого совсем не замечаете.

Исключите из рациона мучные изделия и сладости. Весь хлеб замените на цельнозерновой. Основу вашего рациона должны составлять овощи, фрукты, мясо (по большей части — курица и индейка), нежирные сорта рыбы, крупы (гречка, бурый рис, пшено, перловка), макароны из муки твердого помола.

Питаться надо три-четыре раза в день, избегать перекусов. Последний прием пищи, — за 3 часа до сна. На ночь нельзя есть фрукты (их лучше употреблять до 16:00), на ужин отдавайте предпочтение овощам и белковой пище.

Соблюдая эти нехитрые правила, вы сможете удерживать себя в форме. Это очень важно, потому что лишний вес увеличивает нагрузку на лимфатическую систему и приводит к прогрессированию отека и даже увеличивает риск осложнений — трофических язв.

Самоконтроль

Пациент с лимфедемой должен быть обучен самостоятельному измерению объемов своих конечностей. И обязан делать это регулярно. Если отек видимо не прогрессирует, то мерить ногу или руку необходимо 2-3 раза в неделю. Если при каком-то измерении вы заметили увеличение отека, значит, теперь нужно мерить чаще, чтобы понять, было ли это временным ухудшением, ли-

бо отек начинает расти (например, из-за того, что трикотаж растянулся).

Главное правило — **измерение проводится без натяжения**, а также:

1. Одним и тем же человеком,
2. В одних и тех же точках,
3. В одно и то же время суток.

Только при соблюдении этих правил можно адекватно оценить динамику отека, а также вовремя заметить прогрессирование.

ДНЕВНИК САМОКОНТРОЛЯ ищите на следующем развороте после этой статьи. Там подробно описаны точки, по которым производить измерения. Если вам нужен PDF-файл такого дневника, чтобы вы могли его самостоятельно распечатать, обратитесь в клинику Лимфа через Whatsup по номеру +74956461786, и мы вышлем его вам в ответном сообщении.

Помимо указанных точек или вместо них вы можете использовать для фиксации места измерения свои анатомические точки — родинки, шрамы, — они точно не сотрутся, и вы всегда будете точно знать, в каком месте надо мерить отек.

Самомассаж

Пациентам с лимфедемой в области отека можно применять лишь один вид массажа — мануальный лимфодренаж. Что делать, если нет рядом специалиста? Можно обучиться самомассажу. Лучше всего, если вы будете учиться непосредственно у специалиста. Обычно бывает достаточно 3-4 сеансов, чтобы освоить эту нехитрую методику. Однако, если такой вид обучения вам не доступен, вы можете посмотреть видео на YouTube-канале Lympholog по этой ссылке https://youtu.be/FDXsOXF6_dE, а далее пройти онлайн-консультацию врача-лимфолога (запись по телефону 88003333961 или Whatsup +74956461786), чтобы врач составил с вами схему мануального лимфодренажа, объяснил все нюансы, которые важны именно в вашем случае.

Идеальный вариант — это и посмотреть видео, и прийти хотя бы на один сеанс мануального лимфодренажа к специалисту, чтобы исключить все возможные ошибки.

Помните, что, выполняя мануальный лимфодренаж вы не должны использовать масло или крем. Массаж делается на сухую кожу. Рука при этом не должна проскальзывать, вам следует выполнять растягивающие движения. Избегайте приемов растирания. Если во время массажа ваша кожа покраснела, значит, вы делаете что-то не так. Массаж должен проводиться плавно, медленно, безболезненно. Начинаем мы всегда с области шеи.

Внимательно следите за техникой мануального лимфодренажа! Неправильно выполненный самомассаж в лучшем случае не окажет нужного эффекта, а в худшем — может даже навредить!



Если вы уже умеете делать мануальный лимфодренаж, но у вас возникли вопросы или вы не уверены в правильности техники выполнения, то не стесняйтесь спросить вашего врача, правильно ли все делаете. Ведь если что-то не так, то вы можете только навредить себе.

Самобандажирование

Если отек начал прогрессировать, компрессионный трикотаж и мануальный лимфодренаж не помогают — тогда придется прибегнуть к крайней мере — это самобандажирование.

Важно! Самобандажированию научиться по видео нельзя. Это процедура гораздо сложнее, чем мануальный лимфодренаж, потому что нужно уметь правильно распределять градиент давления, в противном случае можно только навредить.

Поэтому здесь речь пойдет только о тех пациентах, которые уже умеют делать компрессионный бандаж.

Самобандажирование можно выполнять,

Пример регулируемого нерастяжимого бандажа (фото <https://www.helfrichcompressiezorg.nl/helfrich-en-compressie/assortiment-in-klittenbandzwachtels>)

когда вы видите, что отек стал прогрессировать или ваш компрессионный трикотаж перестал справляться, а новый вы еще не заказали. Вдобавок бывают случаи, когда отек начинает прогрессировать, казалось бы, на ровном месте. А в действительности на состояние отека может влиять все, что угодно — атмосферное давление, погода, ваш рацион, алкогольные напитки и т. д. Если вы видите, что отек увеличился и в течение суток не вернулся в исходное состояние либо, что еще хуже, начинает прогрессировать, тогда необходимо прибегнуть к бандажированию.

Для бандажа используются бинты низкой и средней растяжимости (по типу Putterbinde), пальчиковые бинтики (по типу Mollelast), непосредственно на кожу лучше использовать трубчатый бинт (по типу Stulpa), а сверху — ватные бинты (по типу Rolta soft). Подробнее о самобандажировании (руки и ноги) вы можете узнать на канале Lympholog в YouTube: видео «Наложение компрессионного бандажа (стопа и голень) базовый вариант» и «Мастер-класс по наложению компрессионного бандажа (рука), базовый вариант»).

1. Перед бандажом смазываете ногу увлажняющим гипоаллергенным кремом.

2. Надеваете трубчатый бинт, разглаживаете складочки. Трубчатый бинт должен быть на несколько сантиметров



длиннее и в области пальцев, и в области, где бандаж заканчивается.

3. Далее — бинтуем пальчики. Опускаем на них трубчатый бинт.

4. Накладываем ватные бинты, бумеранги, прокладки-почки.

5. Бинтуем ногу коричневыми бинтами. Закрепляем пластырем.

Обязательно измеряйте вашу руку или ногу до и после бандажирования. Нижележащие отделы не должны увеличиваться, если это происходит, значит, вы нарушаете градиент давления. После бандажирования не должно оставаться сильных горизонтальных вдавлений и волн. Любая перетяжка поперек хода сосудов может привести к застою лимфы.

Регулируемые нерастяжимые бандажи (РНКБ)

РНКБ по типу Circaid или Farrowrap — бандажные системы на липучках, которые позволяют пациенту самостоятельно выставить градиент давления и его распределение. Они удобны тем, что можно их использовать самостоятельно, дома, без посторонней помощи. Такие бандажные системы идеальны для пациентов, которые не могут носить компрессионный трикотаж (например, вследствие пареза) и не обладают навыками правильного бандажирования. Они подходят далеко не каждому пациенту, поэтому перед тем, как их приобретать, надо обязательно проконсультироваться со своим лечащим врачом. При их использовании компрессия может распределяться не совсем равномерно, а «волнами».

Прокладки — помощь в банадажировани

Во время бандажирования вы можете использовать специальные прокладки Lymphocare pads, которые предотвращают появление складок, помогают более равномерно распределить давление и создать правильный градиент, а также оказывают выраженный противофиброзный эффект.

Эти же прокладки очень удобно использовать и под бандажные системы.

Они помогают избежать появления тех самых «волн» при распределении давления и разбивают фиброз.

Видео о том, как эффективно использовать подобные прокладки, есть также на канале Lympholog на youtube.com: «Лечение лимфостаза: 3 способа самобандажирования (self-bandaging) от Ивана Макарова».

Оформить индивидуальный заказ таких прокладок можно на сайте: www.limpha.ru/limphacarepads.

Компрессионный трикотаж

К ношению компрессионного трикотажа во время карантина и вынужденного нахождения дома надо подходить еще более ответственно. Если вы не будете носить компрессионный трикотаж, ваш отек может сильно уве-



Варианты прокладок на тыл кисти для коррективки распределения давления трикотажа на верхнюю конечность

Вариант прокладки под бандаж или под регулируемые растяжимые бандажи



Стирка трикотажа

Компрессионный трикотаж стирать лучше вручную или на режиме деликатной стирки при температуре 30 градусов. Для стирки лучше использовать жидкие средства, не содержащие фосфатов, чтобы избежать раздражения кожи. Отжимать сильно не надо. Достаточно завернуть трикотаж в полотенце и промокнуть. Сушить нужно в горизонтальном положении, чтобы трикотаж не растягивался, вдали от источников тепла (батареи и радиаторов).

Если трикотаж за ночь не успевает высохнуть, необходимо приобрести второй комплект, потому что оставаться без компрессии пациентам с лимфедемой опасно.

личиться и тогда вам потребуется помощь специалиста. Если специалист по комплексной физической противотечной терапии есть у вас в городе, то все не так страшно: вы всегда можете обратиться к нему и пройти несколько процедур, чтобы убрать отек. А если вам для того, чтобы получить лечение, надо ехать в другой город, то здесь вы можете столкнуться с непреодолимыми обстоятельствами. Поэтому старайтесь быть более ответственными не экспериментировать в период карантина.

По всем правилам компрессионный трикотаж вы надеваете с утра, после того, как умылись, и снимаете вечером перед сном. Можно снять чуть раньше, если вечером просто отдыхаете и находитесь в основном в горизонтальном положении.

Если какое-то время в течение суток вы все же оставались без трикотажа, то вечером вам необходимо надеть компрессионный трикотаж и сделать в нем комплекс ЛФК. Это простимулирует лимфатическую систему, уберет лишние сантиметры, которые набежали, когда вы были без трикотажа.

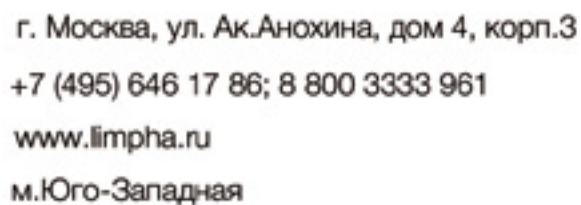
Трикотаж необходимо стирать ежедневно, чтобы он восстанавливал свои компрессионные свойства. Если ваш отек не очень подвижный и нет тенденции к его прогрессированию, то трикотаж можно стирать через день.

В период карантина дистанционно вы всегда можете заказать трикотаж по старым меркам, если ваш трикотаж вас устраивает и отек не увеличился. Либо связаться с вашим врачом-лимфологом по видеосвязи и уточнить мерки.

Если компрессионный трикотаж не совсем вам подходит, вы не можете его носить по каким-либо причинам либо при носке отек в определенных участках увеличивается, то возможно, вам нужно будет произвести коррекцию трикотажа или подобрать специальные прокладки под трикотаж (или сделать их по индивидуальным меркам). Это также является уникальной услугой, которую вы можете получить только в НПЦ «Лимфа».

Помните о том, что терпеть неудобства или вообще не носить компрессионный трикотаж может быть очень опасно. Есть риск сильного увеличения отека или появления осложнений.

В НПЦ «Лимфа» врачи-лимфологи всегда доступны для связи по телефонам 88003333961, +74956461786 (Whatsup)

[illegible]

Руководство для пациента по снятию мерок для контроля состояния до или после лечения

На этом рисунке указаны точки для проведения замера ног и рук. Тем не менее в каждом конкретном случае необходимо подходить к этой процедуре индивидуально: если на каком-то участке выражен отек, проводите замеры там.

Несколько советов для правильных измерений:

1. Чтобы результаты были наиболее точными и объективными, все измерения должен проводить один и тот же человек.
2. Делать измерения лучше всего в одно и то же время дня.
3. Измерения надо проводить на одном и том же месте (для этого можно сделать на нем небольшую отметку или использовать естественные ориентиры (родимые пятна, шрамы, костные выступы)).
4. Измерения должны производиться без натяжения сантиметровой ленты (!!!)

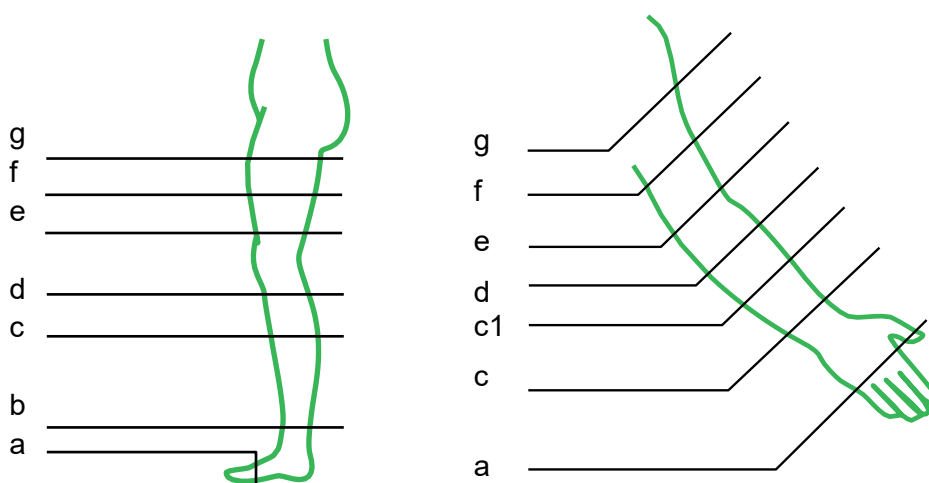


Схема снятия мерок для оценки эффективности лечения (нижняя конечность)

- a — окружность стопы
- b — окружность нижней трети голени над лодыжками
- c — окружность голени в месте ее максимального объема
- d — окружность верхней трети голени (на 4 см ниже надколенника (коленной чашечки))
- e — окружность нижней трети бедра (на 4 см ниже надколенника (коленной чашечки))
- f — окружность средней трети бедра
- g — окружность верхней трети бедра в самом широком месте

Схема снятия мерок для оценки эффективности лечения (верхняя конечность)

- a — окружность кисти
- c — окружность нижней трети предплечья в области запястья (как правило, на уровне 2-й складки)
- c1 — окружность средней трети предплечья
- d — окружность верхней трети предплечья (на 4 см ниже локтевого сгиба)
- e — окружность нижней трети плеча (на 1 см выше локтевого сустава)
- f — окружность средней трети плеча (обычно на 8 см выше локтевого сгиба)
- g — окружность верхней трети плеча (на уровне подмышечной впадины)



К 90-ЛЕТИЮ
Саткула Усмановича
Джумабаева —
основоположника клинической
лимфологии Узбекистана

Жизнь и деятельность Джумабаева Саткула Усмановича неразрывно связана с Андижанским государственным медицинским институтом, с клинической лимфологией. Саткул Джумабаев родился 1 января 1930 года в семье дехканаина в селе Ханабад Андижанской области. Маму он практически не помнил, в связи с ее ранней кончиной, его воспитанием в основном занималась бабушка.

Закончив школу, он в 1947 году успешно сдает вступительные экзамены на педиатрический факультет Ташкентского государственного медицинского института. Работать будущий ученый начинает с первого курса с должности сторожа, которая давала и ночлег, и средства для пропитания. Со 2-го курса он трудится лаборантом в центральной научно-исследовательской лаборатории института, что, видимо, и предопределило его тягу к исследовательской работе. В 1953 году после окончания обучения по распределению Саткул Усманович приступает к работе в хирургическом отделении Андижанской областной больницы, где одновременно заведует и отделением переливания крови. С начала своей деятельности молодой специалист привлек к себе внимание коллег скромностью, трудолюбием и глубокими знаниями, постоянным стремлением к профессиональному росту. Он быстро заслужил доверие пациентов, что является знаковым событием для хирурга. Стремление познать больше, тяга к исследовательской работе, заложенная со студенческой скамьи, стали толчком к переходу, в 1958 году, растущего специалиста на научно-педагогическую работу. С этого момента вся его дальнейшая жизнь непосредственно связана с кафедрой хирургии, с Андижанским государственным медицинским институтом. Снискавший славу диагноста, ювелирного хирурга, Саткул Усманович раскрылся в процессе работы и как талантливый исследователь. Самостоятельный настойчивый поиск метода лечения фронтовика с облитерирующим эндартериитом, выполненная по прочитанной журнальной статье операция — эндартерэктомия, последующее паломничество к нему измученных фантомными болями больных, поиск автора вычитанной методики по Москве с чемоданом, наполненным историями болезней прооперированных пациентов, — это истоки формирования ученого.

Органично совмещая научные исследования с практической работой, Саткул Усманович в 1964 году успешно защищает кандидатскую диссертацию на тему «Лечение облите-

рирующего эндартериита операциями на симпатическом нерве». В день защиты диссертации, сразу же после доклада, еще до голосования, его учитель академик Огнев Борис Владимирович — один из корифеев хирургии и в лимфологии, диктует диссертанту тему его докторской диссертации, в

щевода, желудка и печени». Постепенно это научное направление, — лимфология стало наравне с хирургией смыслом жизни Саткула Усмановича.

В 1969 году С. У. Джумабаев утверждается в звании доцента, а с 1971 года — в звании профессора и



Основоположники клинической лимфологии России и Узбекистана слева направо: профессор С. У. Джумабаев; чл.-корр. АМН профессор Б. В. Огнев; чл.корр. РАЕН профессор Ю. Е. Выренков.

которой звучат малознакомые для Саткула Усмановича слова «лимфа», «лимфообращение». Поэтапно познавая практически неизвестную для себя область медицины лимфологию, молодой ученый в 1969 году с блеском защищает докторскую диссертацию на тему «Об одновременном изучении кроволимфообращения пи-

возглавляет вновь созданную кафедру хирургических болезней Андижанского государственного медицинского института (нынешняя кафедра факультетской и госпитальной хирургии). Кафедра базировалась в Андижанской центральной районной больнице. Тысячи и тысячи врачей в нашей стране, в странах дружества и за рубежом с гордостью называют Саткула Усмановича своим учителем.

В процессе работы в институте начали раскрываться организаторские способности Саткула Усмановича. В 1969—1972 годы работая деканом педиатрического факультета, в 1972—1980 годы — проректором по учебной работе Андижанского Государственного медицинского института, он стал узнаваем не только в области, но и в республике, благодаря своей работоспособности, человечности и целеустремленности. В 1958 году коллектив института подтверждает доверие к Саткулу Усмановичу Джумабаеву как к руководителю и на ученом совете института большинством голосов выбирает его из 3-х кандидатов, ректором института. В течение последующих 9 лет (1988—1997) он не покладая рук трудился во благо развития Андижанского





Светлая память и образ Учителя, Человека, Хирурга, Ученого, ставшего эталоном служения науке, народу, эталоном трудолюбия и человечности

государственного медицинского института. С. У. Джумабаев стал инициатором позитивных перемен в работе коллектива, началось внедрение новых инициатив в педагогическую, научную и практическую сферы. Внедрил принцип персональной работы с каждым сотрудником, создавались условия для творческой работы, и такой труд поощрялся. Пристальное внимание стало уделяться подготовке педагогических и научных кадров. Институт стал пионером по внедрению новых методов обучения: в 1991 году впервые среди институтов республики открыто отделение специализированной подготовки, а с 1993 года начал свою деятельность базовый медицинский лицей, подразделения которого открылись в районах и городах Андижанской, Ферганской областей. Целевая подготовка школьника к профессии врача стала начинаться со школьной скамьи. Стараниями Саткула Усмановича начато строительство нового комплекса для института, который окончили ученики этого выдающегося педагога. Он постоянно работал над координацией деятельности института и системы практического здравоохранения. За-

служивают почтения преданность выбранному направлению, умение предвидеть и достигнутые Саткулом Усмановичем в науке результаты. Он сделал понятными узкоспециализированные термины «лимфа», «лимфология» представителям других профессий, добился тождественности слов «Андижан» и «лимфология», создав в нашей стране школу клинической лимфологии. Саткул Усманович поставил перед собой и учениками задачу разработать универсальные и достаточно эффективные методы лекарственного воздействия через лимфатическую систему. Им разработана оригинальная концепция регионального влияния на лимфатическую систему, обоснованы экспериментально и клинически регионы лимфатической системы, а также пути и методы приложения воздействия. В 1986 году впервые предложена классификация лимфатической терапии, которая в последующем дорабатывалась и дополнялась. В 1988 году под его руководством организован первый в республиках бывшего Союза республиканский центр клинической лимфологии. С 1989 года при центре впервые начато обучение основам клини-

ческой лимфологии представителей практической медицины. На сегодняшний день методы освоили и используют в своей работе более 1800 врачей и 250 медицинских сестер многих специальностей из стран СНГ. Только в Ферганской долине лечение методами клинической лимфологии получили десятки тысяч пациентов. За 1991—2014 годы учрежден и издавался единственный в странах СНГ научно-практический журнал «Лимфология», который освещал вопросы не только теоретической, но и практической лимфологии. В Андижане проведен целый ряд международных и республиканских научных форумов в этой области. Представителями узбекской школы клинических лимфологов защищено 11 докторских и 30 кандидатских диссертаций, продолжается работа над 6 докторскими и 10 кандидатскими диссертациями. Опубликовано более 1000 научных работ, в том числе 12 монографий, 50 методических работ. Сотрудниками центра получены патенты на 14 изобретений, внесены 95 рационализаторских предложений. В 1998 году в сотрудничестве с учеными Великобритании было опубликовано руководство «Regional Lymphatic Therapy».

Результаты исследований явились основой научных контактов с исследователями из России, Великобритании, Чехии, Казахстана, Украины и других стран. С. У. Джумабаев посещал зарубежные страны с научными и клиническими программами. Даже будучи тяжело больным, он работал, оперировал, систематизировал результаты исследований.

Научная, педагогическая и общественная деятельность Саткула Усмановича Джумабаева признана и отмечена. Ему присвоено звание «Заслуженный врач Республики Узбекистан», в 1993 году он избран действительным членом Международной академии социальных и педагогических наук.

По инициативе Андижанского государственного медицинского института улица, на которой родился С. У. Джумабаев в городе Ханабате и кафедра, на которой он трудился, носят его имя. Памяти С. У. Джумабаева посвящаются проводимые при поддержке министерства здравоохранения республики международные симпозиумы «Достижения и перспективы клинической лимфологии».

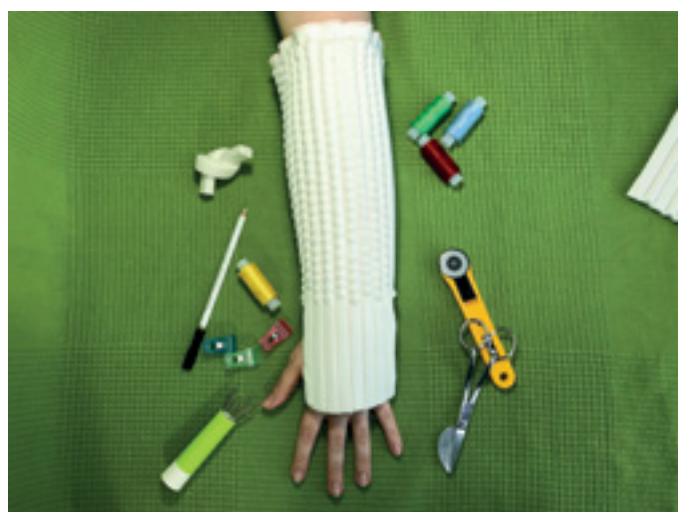
В 2012 году научно-практическая деятельность и разработанные в области клинической лимфологии технологии Республиканского научного центра клинической лимфологии министерства здравоохранения высоко оценены международным фондом International Arch of Europe for Quality and Technology и выдвинуты на присуждение золотого знака International Arch of Europe for Quality and Technology за качество и превосходство». ■

Прокладки для компрессионной терапии при лимфедеме

LIMPHACARE PADS

Прокладки LIMPHACARE PADS соединили в себе наш 20-летний опыт помощи пациентам с лимфедемой и знания, полученные от ведущих мировых специалистов в области лимфологии. Мы создали этот продукт, чтобы помочь вам самостоятельно безопасно контролировать свой лимфатический отек.

Видео о том, как использовать данные прокладки на руку и на ногу, вы можете посмотреть на www.youtube.ru на канале Lympholog.



Ознакомиться более подробно и заказать прокладки можно на сайте www.limphapads.ru,

или позвонить нам по телефону **8(800)3333961** (звонок по России бесплатный), написать в Whatsapp **+7(495)6461786** или на почту mig@limpha.ru.

Мы поможем подобрать оптимальный для вас вариант.

Лимфологии Узбекистана — *50 лет*



Коллектив кафедры лимфоцентра.
Разбор клинического случая



Джумабаев Э. С
Андижанский медицинский институт

Для лимфологов Узбекистана 2019 год был юбилейным. 50 лет назад, в 1969 году была организована кафедра хирургических болезней педиатрического факультета (в настоящее время кафедра госпитальной и факультетской хирургии) Андижанского медицинского института. Возглавил кафедру ученик известного ученого-лимфолога, член-корр. АМН СССР Б. В. Огнев, избранный по конкурсу д. м. н. С. У. Джумабаев. В этом же году при кафедре была организована научно-исследовательская лаборатория лимфологии. С. У. Джумабаеву удалось сформировать коллектив единомышленников, активно разрабатывающих основное научное направление кафедры — вопросы изучения лимфатической системы организма в норме и в патологии, а также способы коррекции патологических состояний методами лимфатической терапии. Будучи хорошим экспериментатором, С. У. Джумабаев развил основной подход научно-исследовательской работы: идея → эксперимент → клиника.

В этот период С. У. Джумабаевым проведены эксперименты на 113 собаках по одновременному исследованию кровообращения и лимфодинамики при артериовенозных шунтах, обеспечивающих разную степень острой и хронической сердечной недостаточности. С использованием метода биологической инъекции по Б. В. Огневу изучены лимфодинамика и лимфатические сосуды внутренних органов. После смерти животных от сердечной недостаточности или умерщвления их по истечении сроков опыта лимфатические сосуды заполнялись красящим веществом и готовились просветленные препараты. Идентичные исследования кроволимфообращения проведены у 95 собак с одномоментной и поэтапной перевязкой основного ствола воротной вены. Исследования лимфатических сосудов пищевода, желудка, дуоденума, кишечника, печени, поджелудочной железы, селезенки, и мочевого пузыря показали значительные изменения. Они выражались в виде резкого расширения всех сегментов лимфатической системы, начиная от капилляров и внутриорганных мелких сосудов, кончая брыжеечными крупными отводящими коллекторами и грудным протоком. Расстройства в циркуляторном русле, в связи с недостаточностью правого желудочка сердца, вызывали перераспределение межтканевой жидкости и изменение направления тока ее в сторону лимфатических капилляров с усилением лимфообращения. В этих условиях, когда необходимо повышение дренирующей функции лимфатических сосудов, в опытах создавалось затруднение свободному поступлению лимфы из грудного протока в вену шеи в связи с флегмогипертензией. Возникали прогрессирующий лимфостаз, расширение лимфатических сосудов.

В другой серии экспериментов на 19 собаках проведены опыты по блокаде основного пути оттока лимфы — левого грудного протока на различных уровнях. При этом возникал застой лимфы, который в своем развитии имел определенную закономерность. Вначале он наблюдался в более центральных сегментах лимфатической системы: в грудном протоке, затем в млечной цистерне, позднее — в забрюшинных лимфатических узлах, в региональных узлах и отводящих лимфатических коллекторах органов брюшной полости и, наконец, во внутриорганных лимфа-



Лимфологи-хирурги во время проведения операции по лимфовенозному анастомозу при лимфедеме ноги

тических сосудах и капиллярах. Таким образом, совершенно четко была обнаружена последовательность возникновения и распространения лимфостаза от более центральных сегментов лимфатической системы к периферии, в сторону внутриорганных лимфатических сосудов. В результате чрезмерного застоя развивалось пропотевание химуса в забрюшинную клетчатку, в районе млечной цистерны. Наибольшая имбибция химуса отмечена в брыжейке тонкой и толстой кишки, из расширенного и переполненного грудного протока химус проникал в ретроградном направлении в межреберные лимфатические сосуды на значительном протяжении. Обратный ток лимфы происходил и на уровне млечной цистерны, откуда белая хилезная жидкость ретроградно распространялась на подвздошные магистральные лимфатические пути, несущие лимфу из тазовых конечностей. Обратный ток лимфы на уровне интегративных лимфатических узлов корня брыжейки кишки вызывал белое окрашивание внеорганных сосудов желудка, печени, селезенки и толстой кишки. Ретроградный ток лимфы (лимфопереток) имеет большое значение для клиники в понимании механизмов региональной лимфотерапии и правильном лечении лимфогенного распространения инфекции и опухолевого процесса.

Следующая серия экспериментов, выполненная группой сотрудников кафедры Т. С. Вахидовым, Г. Х. Таджиматовым, А. И. Ибрагимовым, И. Э. Михайлевым, касалась создания модели острого и хронического нарушения портального кровообращения. У 34 собак осуществлена одномоментная, у 61 — поэтапная дозированная перевязка основного ствола воротной вены, у 24 собак вызван цирроз печени путем многократного введения в организм животных четыреххлористого углерода. Эксперименты по одномоментной перевязке воротной вены показали, что продолжительность жизни животных составляла от 21 до 90 минут с момента наложения лигатуры на сосуд. Развивается быстро прогрессирующий застой в портальной системе с повышением давления в ней в 5-10 раз, достигая 700—800 мм вод. ст.. Весь желудочно-кишечный тракт приобретает синюшную окраску с кровоизлияниями во все слои желудка, в тонкую и толстую кишку и их брыжейки. Селезенка быстро и резко увеличивается в размерах, уплотняется. Печень, наоборот, уменьшается, консистенция ее становится мягкой, ткань дряблой. Лимфатические сосуды двенадцатиперстной и тонкой кишки слабо визуализируются, а еще через 5—10 минут не определяют-

ся вообще. Интерстициальная наливка выявила расширение лимфатических капилляров и сосудов, уплотнялись и увеличивались в размерах лимфатические узлы брыжейки и забрюшинного пространства.

На основании полученных результатов пришли к заключению, что венозастаз, созданный блокадой воротной вены, приводит к глубоким микроциркуляторным нарушениям с изменением функции лимфатических капилляров. Лимфатические сосуды перестраиваются в первую очередь на дренирование резко увеличенной межтканевой жидкости и лимфы. Это является компенсаторным процессом, направленным на разгрузку портальной гипертензии. Интересно отметить, что при хронической портальной гипертензии наблюдается рост новых лимфатических сосудов. У животных с блокадой основного ствола воротной вены наступает быстрая смерть, если дополнительно наложить лигатуру на грудной проток.

В другой серии экспериментов (36 собак) с моделью цирроза печени, вызванного четыреххлористым углеводородом и портальной гипертензией, наложен портосистемный шунт. При этом имело место обратное развитие патологического процесса, что проявлялось в уменьшении диаметра лимфатических сосудов и коллекторов, принимающих лимфу из органов желудочно-кишечного тракта. Была показана необходимость своевременного выполнения портосистемного шунтирования у больных с портальной гипертензией.

Параллельно глубокие исследования по изучению центрального лимфообращения и патологических изменений в грудном протоке у больных циррозом печени проводились в клинике филиала Всесоюзного научно-исследовательского института клинической и экспериментальной хирургии в г. Ташкенте (ныне ГУ РСНПМЦХ имени академика В. В. Вахидова). Впервые было изучено в динамике состояние объемного печеночного кровотока в условиях декомпрессии центрального и внутриорганный лимфооб-

ращения с применением радионуклидных и электронно-микроскопических методов (Назыров Ф. Г., Рябухин И. А., Хамидов П. М., 1981 г.). Проведено сравнительное изучение гемодинамики в условиях изучения дистального и проксимального спленоренального анастомоза и артериализирующих операций (Далимов К. С., 1981 г.). Эти исследования впервые позволили дать количественную характеристику состояния воротнопеченочной и центральной гемодинамики в условиях внутреннего дренирования грудного лимфатического протока у больных циррозом печени в условиях асцита.

Следующая серия экспериментов была посвящена изучению лимфатической системы резецированного желудка и двенадцатиперстной кишки (Я. М. Расулов), а также тонкой кишки (К. Чартаков) при выполнении классической резекции желудка. Прижизненное изучение лимфатического русла выявило расширение лимфатических сосудов, интерстициальный отек и венозастаз в ранние сроки после операции. Эти явления связаны с операционной травмой, денервацией, деваскуляризацией и атонией. Примерно через 7 дней описанные явления имели обратное развитие. Другим интересным явлением было терминальное перемещение пищеварения в кишечнике с функциональной перестройкой толстой кишки, которая приобретала способность всасывать такие пищевые ингредиенты, как белок и жиры. Эта серия экспериментов показала большие потенциальные возможности лимфатической системы, которая приобретает в патологии иные функции, несвойственные ей в нормальных условиях.

В связи с новой волной использования ваготомии в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в 70-80 годах (В. С. Маят и соавт., 1975 г., Ю. М. Панцырев, 1981 г., У. А. Арипов, С. И. Файн, 1982 г., Р. М. Нурмухамедов, 1985 г., С. У. Джумабаев, 1986 г.) и весьма обнадеживающих первых результатах СПВ, в плане снижения послеоперационной летальности, в отдаленные сроки обнаружился

С. У. Джумабаев во время обхода с сотрудниками лимфоцентра



большой процент незаживающей и рецидивной язвы. Кроме этого, остались недостаточно изученными вопросы влияния ваготомии на деятельность ряда органов и систем брюшной полости, в частности на лимфатическую систему. В этой связи была поставлена цель изучения влияния различных видов ваготомии на лимфатическую систему.

На 21 собаке выполнена стволовая ваготомия (ТВ), на 8 — комбинированная (КВ — передняя селективная проксимальная и задняя стволовая), на 6 — селективная (СВ) и на 13 — селективная проксимальная ваготомия (СПВ). До и после ваготомии в различные сроки изучалось лимфообразование в органах брюшной полости методом биологической и интерстициальной наливки.

Кроме этого, проводились гистологические исследования желудка (А. М. Мехманов) селезенки (И. М. Айдаров), поджелудочной железы (А. Ш. Шерматов), печени (Г. Тешабаев), двенадцатиперстной кишки (Д. Г. Саидходжаева), тонкой (А. Т. Нуритдинов) и толстой кишки (М.А. Раззакров).

Результаты исследований показали, что под воздействием ваготомии лимфатическое русло органов брюшной полости претерпевает значительную перестройку. Это проявляется усилением лимфообразования и компенсаторным расширением лимфатических сосудов и лимфовенозных анастомозов. При СВ и СПВ эти изменения в большей степени отражены в желудке и кишечнике. При ТВ выраженные изменения наблюдаются как в желудочно-кишечном тракте, так и в других исследуемых органах (печень, поджелудочная железа, селезенка).

При сопоставлении полученного экспериментальным путем материала с данными клинических исследований отмечено, что многие расстройства послеоперационного периода после ваготомии, такие как нарушение моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, постваготомическая диарея, холестатический гепатит, панкреатит, анемия, связаны с дисфункцией лимфатической системы. Избыточное накопление интерстициальной жидкости (отек), микроциркуляторные нарушения, лимфостаз, связанные с денервацией и операционной травмой, нередко приводят к неблагоприятному послеоперационному течению. Проведенные исследования навели на мысль о необходимости коррекции именно лимфатической системы в условиях рассматриваемой патологии, которая раньше и в большей степени вовлекается в патологический процесс.

В связи с неуклонно увеличивающимся на протяжении многих десятилетий числом больных, нуждающихся в операциях при механической желтухе, вызванной желчекаменной болезнью, стриктурами гепатикохоледоха, опухолями головки поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка, нашими сотрудниками И. Р. Файзиевым, В. Т. Султановым, А. Я. Шабаевым были предприняты экспериментальные исследования по дозированной блокаде общего желчного протока, с последующим созданием билиодигестивных соустьев. Полученные данные свидетельствуют о том, что механический холестаз вызывает усиление лимфообразования и расширение лимфатических сосудов печени, гипертрофию лимфатических сосудов печени, гипертрофию лимфатических коллекторов.

Научной информации, посвященной изучению лимфатической системы при механической желтухе, мало. Лишь в работах Ю. Е. Выренкова и соавт. (1981), Р. Т. Панченкова и соавт. (1986), А. Алексеева (1986) дается характеристика лимфатической системы печени при гипертензии в желчевыводящих путях. Проведенные исследования обеспечили анатомическое и экспериментальное обоснование дренирования грудного протока в клинике при эндотоксикозе, вызванном нарушением оттока желчи.

Описанные исследования фундаментального характера, проводимые коллективом кафедры на протяжении пяти десятилетий, показали, что лимфатическая система принимает участие в развитии и течении практически всех патологических процессов. Материалы экспериментов легли в основу наших дальнейших исследований по использованию лимфатической системы в лечебных целях у больных с различной патологией.

Важным направлением научных разработок являлось изучение возможностей коррекции функции лимфатической системы путем наружного и внутреннего управляемого дренирования грудного протока с очисткой и реинфузией центральной лимфы, стимуляции лимфатического дренажа тканей, эндолимфатическим и лимфотропной терапии различными лекарственными средствами. Это основные методы лечебной лимфологии, однако механизмы действия и способы лимфатической терапии многообразны. В целях оптимизации использования средств лимфатической терапии впервые разработана рабочая классификация лимфатической терапии (С. У. Джумабаев, Э. С. Джумабаев, И. Р. Файзиев, В. А. Хакимов, 1986 г.).

Под руководством профессора С. У. Джумабаева различные методы лимфатической терапии разрабатывали: Э. С. Джумабаев, И. Р. Файзиев, Д. Г. Саидходжаева, М. М. Мадазимов, В. А. Хакимов, Ю. С. Эгамов, А. К. Мирзаев, Г. Тешабаев, И. Э. Михайлович, И. М. Айдаров, А. Ш. Шерматов, Ш. Асранов, Б. Ю. Маматов, А. Л. Касымов, К. К. Касымов, З. Хакимова, К. З. Салахиддинов, Д. У. Джумабаев, И. Р. Пахмурин, Т. Б. Джурабаева, М. А. Махмуджанов и др. В проведении исследований были вовлечены 15 кафедр Андижанского государственного медицинского института. Среди них кафедры нормальной анатомии и физиологии, патологической анатомии, терапии, инфекционных болезней, акушерства и гинекологии, детской хирургии, фтизиатрии, анестезиологии и реанимации и др.

Среди ученых Узбекистана, активно разрабатывающих вопросы клинической лимфологии, помимо лимфологов Андижана, можно выделить Ф. Г. Назырова, И. М. Байбекова, В. А. Хорошаева, В. М. Ворожейкина, А. Ашурметова, Ш. А. Дадаева, И. А. Ахмедова, Л. Г. Нугманову, Б. А. Ахунджанова, А. С. Саидханова, Р. Ю. Омирова, Юлдашева У. К., Рахимова Б. С., Ш. Уракова и др.

Говоря о внешних связях и развитии клинической лимфологии, следует отметить, что это новое направление в медицине особенно плодотворно разрабатывается в последние 20—30 лет такими учеными как В. М. Буянов, Ю. Е. Выренков, Р. Т. Панченков, И. В. Ярема, Ю. М. Левин, С. В. Лохвицкий, Ю. И. Бородин, А. Ф. Цыб, Д. Д. Зербино, Р. С. Орлов и др. Они внесли и вносят огромный вклад в экспериментальное обоснование и успешное использование возможностей лимфатической системы в лечении больных. Усилиями этих ученых впервые в СНГ возникло новое направление, именуемое клинической лимфологией. Если говорить о научных связях с дальним зарубежьем, то необходимо отметить плодотворную совместную деятельность с клиникой Северного Манчестера (Англия). Благодаря научному сотрудничеству и глубоким личным симпатиям С. У. Джумабаева и профессора-радиолога клиники Северного Манчестера А. Н. Хана удалось разработать и детализировать ряд методов региональной лимфатической терапии. Результатом этого сотрудничества и выступления с лекцией в клинике Северного Манчестера С. У. Джумабаева, явился выход в свет монографии на английском языке «Regional Lymphatic Therapy», (Манчестер 1998 г.). Поддерживаются научные связи с лимфологами России, Чехии, Украины, Казахстана и Киргизии. Лимфологии Узбекистана принимают ежегодное участие с научными сообщениями на конференциях и съездах Ассоциации лимфологов России, активно работают с редакционной коллекцией журналов «Вестник лимфологии», «Limpha», «Хирург», «Вопросы реконструктивной и пластической хирургии» и др., освещающих вопросы клинической лимфологии.

В связи с накопленным большим экспериментальным и клиническим материалом в области клинической лимфологии, а также появлением новых методов лимфатической терапии, которые нуждались в тщательной детализации, клинической апробации и имели значительную эффективность, возникла необходимость в создании научных центров в данной области. Во второй половине 80-х годов был создан ряд научных центров: в Москве, Перми (Россия), Зугресе (Украина), Караганде (Казахстан), Foeldi Klinik

(Германия) и других городах и странах. Одним из первых, в 1987 г., был создан центр в Андижане (Узбекистан). В 1991 году лаборатория лимфологии при СО АМН (Новосибирск) была преобразована в институт клинической и экспериментальной лимфологии, бессменно руководимый на протяжении многих лет академиком Ю. И. Бородиным.

Создание республиканского центра клинической лимфологии МЗ РУз на базе кафедры госпитальной и факультетской хирургии Андижанского медицинского института. явилось признанием более 20-летнего опыта научной работы кафедры, возглавляемой профессором С. У. Джумабаевым. Неоценимую помощь в становлении центра лимфологии и подготовке кадров внесли Ю. Е. Выренков, И. В. Ярема, Ф. Г. Назыров, Ю. И. Калиш.

Сегодня Андижан является одним из общеизвестных научных и методических центров в области клинической лимфологии. Разработаны и успешно применяются многие способы лечения больных как с заболеваниями лимфатической системы, так и путем воздействия на патологические процессы через лимфатическую систему.

Разработки в области клинической лимфологии приобрели особый смысл и обоснованность благодаря исследованиям патологоанатомической лаборатории ГУ РСНПМЦХ им. академика В. В. Вахидова, возглавляемой известным у нас в Республике и за ее пределами ученым, профессором И. М. Байбековым. Его непосредственное участие в морфологических исследованиях диссертационных работ лимфологов: И. Р. Файзиева, Э. С. Джумабаева, А. К. Мирзаева, Г. Тешабоева, А. Ш. Шерматова, А. К. Шодманова, А. Л. Касымова, К. З. Салахиддинова, Ш. Асранова, К. К. Мирзаева и др., выполненных на электронно-микроскопическом уровне, показали возможности лимфатической терапии в лечении целого ряда тяжелых заболеваний, таких как перитонит, острый панкреатит, острая кишечная непроходимость, мочекаменная болезнь, огнестрельные ранения, послеоперационные осложнения и др.

Новый этап реформирования системы здравоохранения нашей республики, приоритетное развитие высоких технологий на уровне районов, областных центров придает особый смысл разработке и внедрению в практическую медицину экономичных, универсальных и одновременно эффективных методов лимфатического воздействия. Исследователи в нашей республики работают над развитием всех основополагающих направлений в клинической лимфологии.

Хирургия лимфатической системы, грудного протока.

Исследования впервые в республике начаты в клинике филиала Всесоюзного научно-исследовательского института клинической и экспериментальной хирургии в г. Ташкенте (ныне ГУ РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова) Министрства здравоохранения Республики Узбекистан профессорами П. М. Хамидовым, Ф. Г. Назыровым. Полученные ими результаты позволили качественно улучшить хирургическое лечение больных с патологией печени. У. К. Юлдашевым и др. разработаны и внедрены различные микрохирургические и консервативные методы лечения лимфедемы и мальформаций лимфатических сосудов.

Прямая эндолимфатическая терапия. Разработанные методы в лечении гнойно-септических поражений различных органов сотрудниками Ташкентского педиатрического медицинского института, Андижанского государственного медицинского института широко применяются в хирургической практике. Метод эффективен в экстренной медицине, в лечении туберкулеза легких, онкологических и других заболеваний. Благодаря созданию высоких концентраций лекарственных средств в лимфатическом русле удается значительно улучшить результаты лечения тяжелой гнойно-септической патологии. (Ш. А. Дадаев, А. Ашурметов, И. А. Ахмедов, Л. Г. Нугманова, Б. А. Ахунджанов, А. С. Саидханова, Р. Ю. Омиров, и др.)

Непрямая лимфатическая (лимфотропная) терапия. Первые исследования в республике в области клинической лимфологии были связаны с обоснованием данного метода. Техническая простота, сочетающаяся с достаточной эф-

фективностью, делают его методом выбора для использования в системе экстренной медицинской помощи, в первичном звене здравоохранения, на этапах медицинской эвакуации при чрезвычайных ситуациях. На основании закона Старлинга о движении жидкости в тканях Э. С. Джумабаевым, И. Р. Файзиевым В. А. Хакимовым, и др., совместно с московскими учеными Ю. М. Левиным В. М. Буяновым и др., была экспериментально и клинически обоснована возможность лимфогенного всасывания лекарственных веществ, введенных подкожно. Для этого была внедрена в клиническую практику методика осуществления временного веноза на нижней конечности путем наложения манжетки от аппарата Рива-Рочи и созданием в ней давления 40 мм рт.ст. Это приводит к сдавливанию поверхностных вен бедра с развитием функционального веноза, что обеспечивает повышенное проникновение межтканевой жидкости, а вместе с ней и лекарственных препаратов, введенных подкожно дистальнее манжетки в лимфатические капилляры. Лимфотропный эффект усиливается, если подкожной инъекции препарата предшествует введение лимфостимуляторов в виде различных ферментов, таких как лидаза, трипсин, химотрипсин и др. Прежде чем широко использовать этот метод в клинике, Э. С. Джумабаевым (1987) во Всесоюзном институте антибиотиков (г. Москва) проведены серии исследований по изучению фармакокинетики гентамицина при лимфотропном и традиционных способах его введения в организм. Эксперименты проведены на 41 собаке с дренированным грудным лимфатическим протоком на шее. У 8 собак гентамицин вводили внутримышечно, у 7 — в периферическую вену тазовой конечности, у 19 — лимфотропно, из них у 10 собак лимфостимуляция осуществлялась лидазой (16 единиц) и у 9 — химотрипсином (5 мг), у 7 собак гентамицин вводили подкожно в тазовую конечность. Для определения концентрации центральной лимфы и сыроворотку крови, получаемую путем пункции яремной вены, исследовали через 0,5, 1, 3, 6 и 24 часа после введения антибиотика. Через 6 и 24 часа у отдельных животных после лапаротомии изучали содержание гентамицина в лимфатических узлах и органах брюшной полости. Концентрацию гентамицина определяли методом диффузии в агар, с использованием тест микроба штамм АТСС 6633.

Результаты исследований показали, что метод лимфотропного введения гентамицина создает большее, более стабильное и длительное содержание препарата как в лимфатической системе, так и в крови, по сравнению с внутримышечным, внутривенным и подкожным введениями. Установлено, что однократное лимфотропное введение препарата в среднетерапевтической дозе обеспечивает в течение 24 часов субтерапевтическую концентрацию антибиотика как в центральной лимфе, так и в крови. Это дает возможность однократного использования в течение суток среднетерапевтических доз препаратов при лимфотропной антибиотикотерапии.

На сегодняшний день мы располагаем опытом лечения более 2000 больных, у которых применен метод лимфотропной терапии. Метод оказался весьма эффективным в комплексном лечении больных с осложненным аппендицитом, острым холециститом, острым панкреатитом, инфильтратами и абсцессами брюшной полости, острой кишечной непроходимостью, ущемленной грыжей и перитонитом.

Лимфотропная антибиотикотерапия позволяет в 2 и более раз уменьшить суточную дозу вводимых антибиотиков и число производимых инъекций. Этим самым уменьшается побочное действие антибиотикотерапии. Метод позволяет быстрее, чем обычно, снижать воспалительные явления, с нормализацией температуры тела, содержания лейкоцитов крови и СОЭ. В связи с простотой выполнения лимфотропная терапия широко применяется во всех звеньях структуры экстренной медицинской помощи. Особенно эффективным метод оказался при использовании его в первичном звене (городские поликлиники и консультативно-диагностические центры, сельские врачебные пункты). Неоценима роль метода при использовании его в работе подразделений системы экстренной медицинской

помощи, в интенсивном и чрезвычайном режимах и на этапах медицинской эвакуации в очагах бедствий. В последние годы разрабатываются методы лимфотропной терапии цитостатиками, иммуномодуляторами, ингибиторами протеаз, нейролептиками и анальгетиками.

Региональная лимфатическая терапия — приоритетная разработка республиканского научного центра клинической лимфологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Данный метод, предложенный С. У. Джумабаевым, основан на сегментарном строении лимфатической системы (Б. В. Огнев), характеризуется избирательностью, селективностью воздействия на патологический процесс при влиянии малыми дозами лекарственных средств, высокой экономичностью. Нарботанный большой экспериментальный и клинический материал показывает высокую эффективность этой методики в лечении целого ряда заболеваний. Региональная лимфатическая антибиотикотерапия, стимуляция лимфатического дренажа тканей, иммуномодулирующая терапия оказываются высокоэффективной мерой предупреждения ряда грозных осложнений после операций на органах грудной и брюшной полостей.

На первом этапе разработки метода региональной лимфатической терапии стояла задача анатомического обоснования возможности насыщения лимфатического русла области патологического процесса лечебными средствами. И. Р. Файзиевым, Э. С. Джумабаевым, В. Т. Султановым, В. А. Хакимовым и др. проведены исследования на 14 трупях, 309 белых крысах и 22 беспородных собаках, которые показали возможность подведения лечебных препаратов в лимфатический бассейн необходимой области через близлежащие связочные образования, влагалитца облитерированных вен и жировую основу. Кроме этого, показано лимфостимулирующее действие ряда препаратов, таких как лидаза, глюкозо-новокаиновая смесь, гепарин, трипсин, которые увеличивают лимфатический дренаж тканей при региональном их использовании в 1,1—2,3 раза ($p < 0,01$). Было доказано, что наибольшим стимулирующим эффектом обладает последовательное введение лидазы + гепарина + новокаина.

В другой серии экспериментов у 86 крыс линии Вистар изучено влияние региональной лимфостимуляции на функциональную морфологию оперированного желудка. У 40 крыс произведена резекция желудка методом Б - I, у 46 - трунккулярная ваготомия (ТВ). Исследования проводились с помощью трансмиссионной электронной микроскопии под руководством профессора И. М. Байбекова.

Результаты исследований показали, что применение региональной лимфостимуляции достоверно снижает отек, что проявляется в уменьшении относительного объема стромы к эпителиоцитам, степени клеточной инфильтрации и фибробластической реакции.

Данные морфометрии показали, что на фоне региональной лимфостимуляции просветы лимфатических капилляров освобождаются от «загрязнения» хлопьевидным материалом, нормализуется их структура и объем. Лимфостимуляция приводит к нарастанию местного иммунитета,

Сеанс проведения лимфотропной терапии



что проявляется в возрастании количества лимфоидных клеток, плазмочитов и макрофагов в области воздействия. Разгрузка интерстиция от «чужеродных» элементов и избыточной отечной жидкости, улучшение микроциркуляции, снижение воспалительной инфильтрации с параллельным повышением местного иммунитета уменьшают опасность развития ряда осложнений: несостоятельности швов, анастомозита, моторно-эвакуаторных нарушений, инфекционно-воспалительных и других осложнений.

В следующих сериях экспериментов радионуклидным методом по принципу Kety исследован локальный лимфатический дренаж и кровоток с помощью клиренса радиоактивных препаратов альбумин — йод 131 и Хе 133. В трех сериях экспериментов на 41 крысе массой не менее 140 гр. проведено 94 радионуклидных исследования по изучению микрогемолимфатического русла на фоне региональной лимфостимуляции.

Исследования выявили тесную взаимосвязь лимфатического дренажа и кровотока. Проводимые операции, в частности операции на желудке (резекция, ваготомия), снижают лимфатический дренаж на 52—55%, а кровоток на 53—82% в зависимости от сроков после хирургического вмешательства. Применение региональной лимфостимуляции через малый сальник в 2—2,5 раза улучшает лимфатический дренаж и кровоток оперированных тканей.

На сегодняшний день разработано более 35 лечебных методик, которые с успехом используются не только в хирургии, но и терапии, гинекологии, офтальмологии, оториноларингологии, онкологии, травматологии, нейрохирургии, дерматовенерологии, фтизиатрии, неврологии, лечении инфекционных болезней и др.

С позиций оптимизации расхода материальных средств, уменьшения риска развития внутрибольничной инфекции, минимализации негативного воздействия лекарственного средства на организм, особого внимания заслуживают следующие характеристики региональной лимфатической терапии в сравнении с традиционными методами лечения: сокращение расхода лекарственных средств в 1,5—2 раза, уменьшение количества инъекций в 2—3 раза, сокращение сроков лечения на 10—25% и расходов на стационарное лечение на 25—40%.



Теломост между учеными лимфоцентра (Узбекистан) и лимфологами Москвы

Сегодня Узбекистан имеет свою школу клинической лимфологии, характеризующуюся разработкой самостоятельного, признанного в кругу специалистов научного направления, внедренного в практическое здравоохранение. Разработана первая в мировой практике классификация лимфатической терапии. По результатам научных исследований в области лимфологии защищены 11 докторских и 30 кандидатских диссертаций, продолжается работа над 6 докторскими и 10 кандидатскими диссертациями. Опубликовано более 1450 научных работ, 10 монографий, в том числе первое руководство по региональной лимфатической терапии на английском языке (1988 год), первый справочник по клинической лимфологии (1999 год), получены патенты на 14 изобретений. С 1989 года проводится подготовка кадров в области клинической лимфологии, методам лимфатической терапии обучены более 1800 врачей и 250 медицинских сестер из областей республики, стран СНГ. В течение 1992—2014 гг. издавался специализированный научно-практический журнал «Лимфология. Журнал имени С. У. Джумабаева». Лимфологами Узбекистана организован и проведен ряд международных научно-практических конференций. В их числе 2-й Всесоюзный съезд лимфологов СССР (Андижан, 1986), Выездная международная научная сессия, посвященная 80-летию, основоположника клинической лимфологии Узбекистан, С. У. Джумабаеву (Андижан, 2009).

В 2012 году, научно-практическая деятельность и разработанные в области клинической лимфологии технологии республиканского научного центра клинической лимфологии Министерства здравоохранения РУз. высоко оценены международным фондом International Arch of Europe for Quality and Technology и выдвинуты на присуждение золотого знака «International Arch of Europe for Quality and Technology, за качество и превосходство».

На этапах реализации государственных программ формирования системы здравоохранения основополагающей задачей является разработка и внедрение прогрессивных отечественных технологий. Благодаря наличию значительного собственного научно-практического опыта оче-

видна возможность дальнейшего развития клинической лимфологии.

Среди перспективных разработок в области клинической лимфологии - внедрение и проведение исследований супермикрохирургии в лечении лимфедемы и мальформаций лимфатической системы, пересадки свободных лимфатических блоков, в лечении постмастэктомической лимфедемы, внедрение и разработка современных иммунофлюоресцентных методов визуализации лимфатических сосудов и лимфатических узлов, в том числе пораженных онкологическим процессом. Необходимо внедрение и дальнейшее совершенствование генетических и клеточных технологий по выращиванию лимфатических сосудов. Основываясь на хорошую базу отечественных фундаментальных и клинических исследований, учитывая многогранные функции лимфатической системы, необходимы разработка новых и более широкое внедрение существующих методов лимфатической терапии, имеющих патогенетическую и фармакоэкономическую направленность в онкологии, хирургии, лечении тяжелых инфекционных заболеваний, врожденных и приобретенных иммунодефицитных состояний, трансплантологии и др.

В завершении хотелось бы еще раз отметить огромную роль основоположника клинической лимфологии Узбекистана, профессора С. У. Джумабаева, который внес неоценимый вклад в развитие нового, перспективного направления медицинской науки - клинической лимфологии. Отмечая 50-летний юбилей лимфологии Узбекистана, благодарные ученики склоняют головы перед талантом крупного Ученого, Человека с большой буквы, Учителя С. У. Джумабаева. **■**

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 используем методики, которые доказали свою эффективность в Европе и других странах мира.

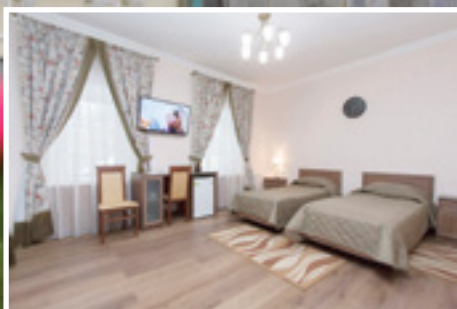
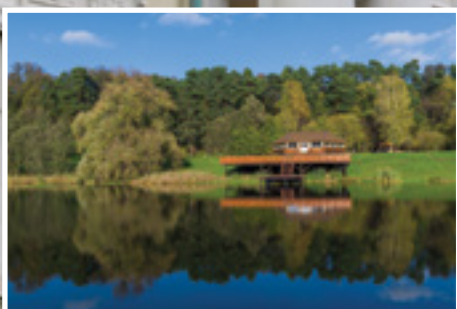
Амбулаторное лечение доступно по адресу:

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

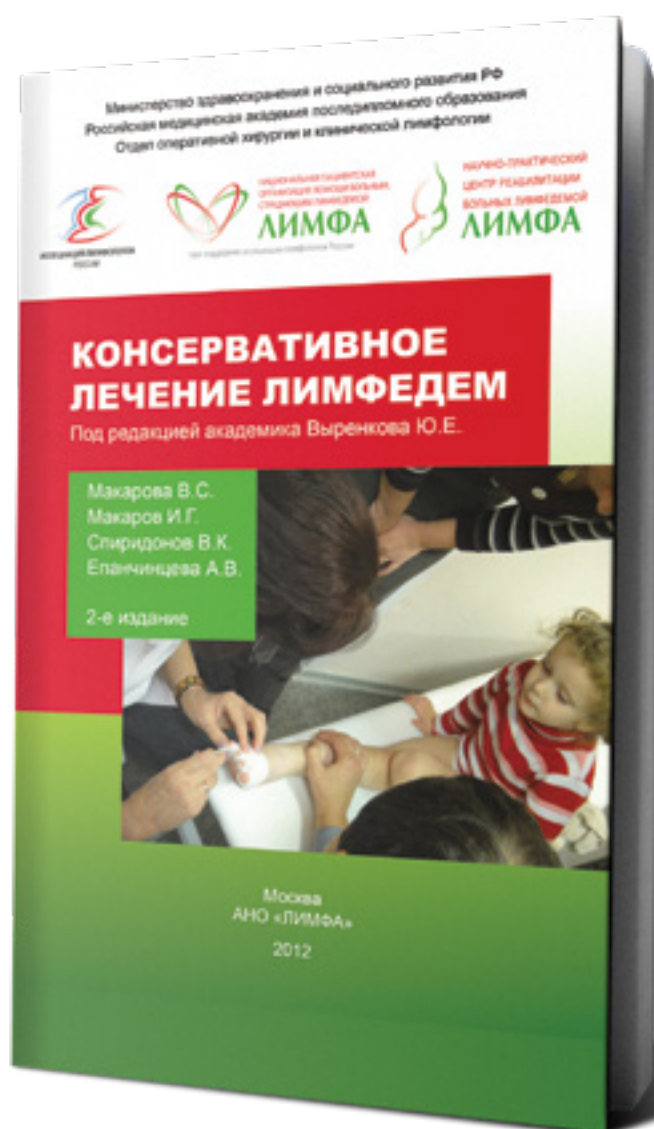
Также для пациентов с лимфедемой доступно лечение на дому в пределах МКАД на базе санатория «Валуево» в 20 минутах от поликлинического отделения НПЦ «ЛИМФА».

По вопросам организации лечения звоните по телефонам:

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



БЕСПЛАТНЫЕ ПО ЛЕЧЕНИЮ



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

МАТЕРИАЛЫ ЛИМФЕДЕМЫ



www.limpha.ru
материалов по лечению лимфедемы!

ЛИМФЕДЕМА и КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19



В связи с объявленной в мире пандемией инфекции COVID-19, вызванной коронавирусом SARS CoV-2, мы получаем массу вопросов от пациентов. На данный момент в СМИ появляется много ложной информации, которая либо чрезмерно запугивает наших пациентов, либо, наоборот, призывает к халатности. Но истина, как обычно, где-то посередине. Мы решили расставить все точки над *i* и предоставить нашим пациентам достоверную информацию о данной инфекции и о том, как она может повлиять на лимфатический отек.

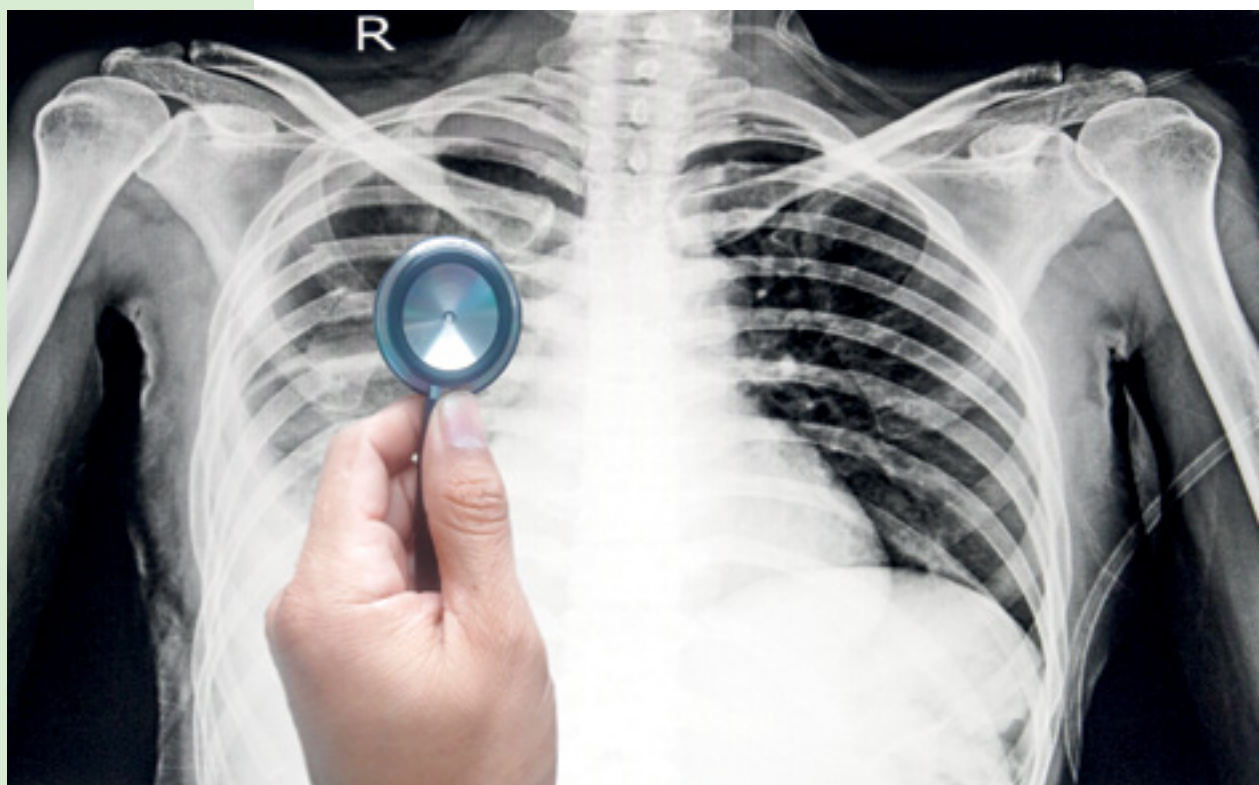
COVID-19 (COrona VIRus Disease 2019) — потенциально тяжелая острая респираторная инфекция, вызываемая вирусом SARS-CoV-2. Этот вирус представляет собой одноцепочечный РНК-содержащий вирус, относится к линии Beta-CoV в семейства Coronaviridae; II группа патогенности.

Передается воздушно-капельным путем, воздушно-пылевым и контактным. Факторами передачи могут служить воздух, пищевые продукты и предметы обихода.

Изначально коронавирусы не считались опасными. Они вызывали респираторные заболевания с легким течением, с крайне низкой летальностью. Основную «популярность» коронавирусы получили после 2002 года, когда в мире возникла вспышка атипичной пневмонии, вызванной вирусом из данного семейства SARS-CoV, но с 2004 года новых случаев уже не регистрировалось. В дальнейшем в 2012 году появился возбудитель ближневосточного респираторного синдрома (MERS) коронавирус MERS-CoV. И в конце 2019 года в г. Ухань были зарегистрированы первые случаи заражения новым коронавирусом SARS-CoV-2.

Патогенез новой инфекции, а также вырабатываемый к ней иммунитет, изучены пока недостаточно.

Инкубационный период (то есть период от момента заражения до проявления первых клинических симптомов) составляет от 2 до 14 суток.



Наиболее частые симптомы, характерные для COVID-19:

- повышение температуры тела,
- сухой кашель (со скудной мокротой),
- одышка,
- утомляемость, мышечные боли,
- ощущение заложенности в грудной клетке,
- редко нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта,
- конъюнктивит.

Клинически при заражении такая инфекция может протекать в виде:

- ОРВИ (легкое течение),
- пневмонии (которая может приводить к острой дыхательной недостаточности),
- острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС),
- сепсиса, септического шока.

Подозрения на инфекцию COVID-19

Любой пациент, у которого имеются признаки респираторной инфекции (ОРВИ, бронхит, пневмония), может быть подозрителен на наличие коронавирусной инфекции. Важным моментом является эпидемиологический анамнез: посещение за 14 дней до появления первых симптомов стран и регионов, неблагополучных по COVID-19 (КНР, Италия, Южная Корея, Иран), тесные контакты с лицами, находящимися под наблюдением по инфекции SARS-CoV-2 (которые впоследствии заболели), тесные контакты за последние 14 дней с лицами, у которых лабораторно подтвержден диагноз COVID-19.

Точный диагноз о заболевании, вызванном именно вирусом SARS-CoV-2, может быть поставлен только при наличии положительного лабораторного исследования на наличие РНК вируса SARS-CoV-2 (причем независимо от того, есть ли клинические проявления или нет).

Примерный алгоритм обследования на наличие коронавирусной инфекции:

1. Сбор анамнеза: жалобы, эпидемиологический анамнез.
2. Физикальное обследование (осмотр слизистых оболочек, аускультация легких, пальпация лимфатических узлов, пальпация брюшной полости (оценка размеров печени и селезенки), измерение температуры тела)
3. Лабораторная диагностика: общий анализ крови, биохимический анализ крови, определение уровня С-реактивного белка, пульсоксиметрия). Плюс специфическая лабораторная диагностика — мазки из носоглотки и/или ротоглотки для выявления РНК вируса SARS-CoV-2.
4. При тяжелом состоянии и наличии сопутствующих хронических заболеваний дополнительно могут быть назначены КТ легких, ЭКГ, исследование газов артериальной крови, коагулограмма и т. д.

Лечение может быть этиотропным (направленным на саму причину заболевания — вирус), это противовирусные препараты. Сейчас активно исследуется роль многих лекарственных препаратов на течение COVID-19, и информация все время обновляется. Поэтому всегда нужно следовать рекомендациям врачей.

Есть и патогенетическое лечение, например, обильное питье (особенно при сильно выраженной интоксикации), назначение бронхолитиков для улучшения отхождения мокроты. В тяжелых случаях при госпитализации возможна инфузионная терапия.

Симптоматическое лечение — это поддерживающее лечение, направленное на купирование отдельных симптомов. Например, назначение жаропонижающих при купировании лихорадки. На данный момент при инфекции COVID-19 рекомендуется прием жаропонижающих (нестероидных противовоспалительных средств), действующим веществом которых является парацетамол.

Назначаются ли антибиотики при коронавирусной инфекции?

Вы уже, наверно, знаете, что антибактериальные препараты не эффективны против вирусов, поэтому при вирусной инфекции легкого течения антибиотики не назначаются. Однако, когда болезнь протекает тяжело и есть риск суперинфекции (присоединения бактериальной инфекции на фоне вирусной), антибактериальные препараты могут быть назначены врачом.

Профилактика коронавирусной инфекции

1. Соблюдение режима самоизоляции (по указанию местных органов власти),
2. Соблюдение правил личной гигиены,
3. Промывание носа физраствором (раствор NaCl),
4. Своевременно обращаться к врачу при появлении первых симптомов.

Средства специфической профилактики COVID-19 (то есть вакцина) на данный момент не разработаны.

Что делать пациентам с лимфедемой?

Лимфедема — это хроническое заболевание, но при соблюдении всех правил его достаточно легко держать в состоянии компенсации. И это самое главное, как и для любого хронического заболевания.

Пациентам с лимфедемой, постмастэктомическим отеком, лимфедемой, трофическими язвами необходимо в период обострения строго соблюдать нижеуказанные правила, чтобы не допустить прогрессирования отека и не заразиться вирусной инфекцией:

1. Носить компрессионный трикотаж постоянно в дневное время.
2. Ночью не спать на стороне пораженной конечности (если отекают обе конечности — не спать на той стороне, где больше отек).
3. На ночь смазывать пораженную конечность увлажняющим кремом на основе пантенола, особенно сухие участки (локти, пятки) обрабатывать заживляющим жирным кремом. Возможные варианты кремов для ухода за кожей пациентов с лимфедемой: «Депантенол», «Бепантен крем», «Бепантен плюс», «F99» (жирный или полужирный). Поврежденные участки несколько раз в день обрабатывать антисептиком («Хлоргексидин», «Мирамистин», «Октинисепт», делать повязки с «Левомеколем»).
4. При наличии трофических язв — строго поддерживать их в сухом состоянии (салфетки Zetuvit), обрабатывать антисептиками 2 раза в день, для скорейшего заживления использовать повязки Hydrotac transparent — замена каждые 3 дня. За эти 3 дня их не снимаем и не обрабатываем под ними, если нет сильной лимфореи. Нельзя использовать в области трофических язв перекись водорода, йод, раствор бриллиантового зеленого (зеленку), «Бетадин». Из-за специфики течения трофических процессов в каждом конкретном случае надо обязательно проконсультироваться у своего лечащего врача. Нельзя в этот период допускать декомпенсации и ухудшения состояния трофических язв.
5. Делать ЛФК ежедневно, строго в компрессионном трикотаже.
6. Не допускать погрешности в питании — исключить бы-





Соблюдайте все меры предосторожности дома, на улице и в магазине. Используйте маски, перчатки. Чаше мойте руки. Обрабатывайте руки, рабочие поверхности и телефон антисептическим средством.

непосредственную ответственность за безопасность изделий и самих посылок.

Более того, по данным ученых о вирусах семейства Coronaviridae, живут они самостоятельно на различных поверхностях около 5 дней, как раз примерно столько занимает процесс таможенного оформления и доставки трикотажа в клинику или к вам домой. То есть вирус из Германии вы никаким образом получить не сможете.

- стрые углеводы (сладкое, выпечку), соленую пищу (количество соли до 5 г в день), ограничить жареную и копченую пищу, не употреблять алкоголь. Не курить!
7. Строго соблюдать питьевой режим, пить воду дополнительно между приемами пищи (при отсутствии противопоказаний со стороны кардиологов и урологов). Количество необходимой воды можно условно рассчитать из 30 мл на 1 кг веса тела. При ожирении 3 ст. не более 2 л чистой воды в сутки.
 8. Избегать любой чрезмерной нагрузки на конечности. При отеке ног не сидеть с опущенными вниз ногами и долго не стоять. Не поднимать тяжести свыше 3 кг. При отеке рук – избегать длительного положения с вниз опущенными руками и не делать резких движений руками (поднятие груза до 1 кг пораженной рукой). Избегать травматизации.
 9. Пациентам с часто рецидивирующими рожистыми воспалениями следует обсудить со своим лечащим врачом необходимость бициллинопрофилактики.
 10. По возможности находиться дома, выходить на улицу только в магазин или аптеку.
 11. Работающим пациентам стараться передвигаться на личном транспорте, избегать больших скоплений людей, промывать нос и мыть руки после посещения улицы.
 12. Строгое соблюдение правил гигиены — частое мытье рук, использование антисептиков, гигиена носа, ежедневная влажная уборка дома.
 13. При появлении первых признаков простудного заболевания обязательно вызывайте врача на дом.

Если у вас будет обнаружена коронавирусная инфекция, вы ни в коем случае не должны забывать про свой отек. При госпитализации не забудьте взять компрессионный трикотаж, поскольку прогрессирование отека и наличие вирусной инфекции повышают риск присоединения рожистого воспаления. У каждого пациента с лимфедемой должно быть заключение врача, где написано о необходимости носить компрессионный трикотаж постоянно в дневное время. При возникновении вопросов у госпитализирующих вас врачей вы должны показать им эти назначения и объяснить, почему наличие компрессионного трикотажа так важно для вас.

При соблюдении всех правил пациенты с лимфедемой подвержены заражению коронавирусной инфекцией и протеканию ее в тяжелой форме не более, чем любой здоровый человек.

Опасен ли трикотаж из Германии?

Все пациенты с лимфедемой, использующие для удержания своего отека трикотаж плоской вязки, который изготавливается по индивидуальным меркам, знают, что в основном он привозится к нам из Германии. О наличии на посылке, а уж тем более на самом трикотаже каких-либо вирусных частиц вы не должны беспокоиться. Как минимум потому, что весь процесс изготовления, упаковки и транспортировки трикотажа как в Германии, так и у нас на таможне, проходит с соблюдением всех санитарных норм и правил. Работники производства и транспортных компаний несут

В чем опасность самоизоляции?

Для пациентов с лимфедемой в самоизоляции самой большой проблемой является гиподинамия. Пониженная активность может приводить не только к увеличению отеков, набору лишнего веса, но и к тромбозам.



Именно поэтому необходимо увеличить количество выполнений комплексов ЛФК до двух раз в сутки (строго в компрессионном трикотаже). Это очень важно, потому что мышечное сокращение — это самый главный механизм транспорта лимфы! Но не выполняйте упражнения с дополнительной нагрузкой (гантелями и штангами), так вы можете перегрузить лимфатическую систему.

Если находитесь за городом, гуляйте по 2-3 часа в день. Постепенно увеличивайте количество пройденных шагов. По рекомендациям ВОЗ количество шагов в день должно быть не менее 8000.

Не забывайте про питьевой режим и питание. Следуйте рекомендациям, указанным выше. **■**

Сочетание консервативного и хирургического методов лечения лимфедемы мошонки

РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ



Макаров И. Г.



Макарова Н. В.

Научно-практический центр реабилитации больных лимфедемой «Лимфа», Москва; ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

Цель:

показать эффективность сочетания консервативного и хирургического методов лечения гигантской лимфедемы мошонки на примере пациента со вторичной лимфедемой обеих нижних конечностей III стадии по М. Foeldi и лимфедемой мошонки, осложненной рецидивирующими рожистыми воспалениями, лимфореей в анамнезе, трофическими изменениями кожных покровов, множественным папилломатозом.

Описание клинического случая:

пациент — мужчина, 48 лет, впервые обратился в НПЦ «Лимфа» в 2018 году. Считает себя больным с 15 лет, когда была выполнена биопсия паховых лимфатических узлов с обеих сторон. После этого появился отек в области бедер, далее отек прогрессировал в область голеней и стоп и на гениталии. Пациент прошел 2 курса комплексной физической противоотечной терапии (КФПТ) в НПЦ «Лимфа» в 2018—2019 гг. с положительным эффектом.

Первый курс лечения

На момент поступления в августе 2018 года: кожные покровы смуглые, сухие, множественный папилломатоз нижних конечностей, мошонки, выраженный плотный отек нижних конечностей, деформирующий анатомический контур нижних конечностей, слоновость, выраженный отек мошонки, температура не изменена, чувствительность кожи снижена в области отека, сглажен контур голеностопных, коленных суставов, складки кожи нависают над голеностопными и коленными суставами, симптом Stemмера положительный с двух сторон, регионарные лимфоузлы не пальпируются, спаянность кожи с подкожно-жировой клетчаткой не выражена, на передней поверхности правой голени язвенный дефект 4 см, санированный, выполнена биопсия 11.10.2018. На нижних конечностях и мошонке множественные фиброзированные лимфоциты. Было проведено 30 процедур комплексной физической противоотечной терапии (мануальный лимфодренаж, компрессионное бандажирование, уход за кожей). За время лечения отмечена положительная динамика в виде размягчения мягких тканей, значительного уменьшения отека левой нижней конечности: от 8,5 см до 54,0 см, правой нижней конечности: от 11,0 см до 52,5 см. Динамика веса: -51,7 кг. После курса лечения надет компрессионный трикотаж плоской вязки Mediven 550, изготовленный по индивидуальным меркам, — штанишки 2-го класса компрессии, гольфы 4-го класса компрессии и чулки 3-го класса компрессии на обе нижние конечности.

Второй курс лечения

Второй курс лечения был проведен спустя полгода в январе 2019 года. За время лечения отмечена положительная динамика в виде размягчения мягких тканей, значительного уменьшения отека левой нижней конечности: от 1,5 см до 18 см, правой нижней конечности: от 3,0 см до 17 см. Окружность мошонки уменьшилась на 24,5 см. Динамика веса: -9,7 кг. После курса лечения надет компрессионный трикотаж плоской вязки Mediven 550, изготовленный по индивидуальным меркам, — чулки 3-го класса компрессии, гольфы 4-го класса компрессии, изделие СТ (легинсы до середины голени) 2-го класса компрессии, изделие на стопу 2-го класса компрессии на левую нижнюю конечность.

Третий курс лечения

В момент последней госпитализации в ноябре 2019 года лечение включало в себя консервативный этап в виде КФПТ и хирургический этап — иссечение избытка мягких тканей и хирургическая пластика мошонки. На момент госпитализации пациент немного набрал отек (по сравнению с выпиской от февраля 2019 года — до +9,5 на правой нижней конечности, до +6 см на левой нижней конечности, объем мошонки увеличился на 30 см).

Итак, пациент поступил на лечение в НПЦ «Лимфа» повторно 05.11.2019. Предоперационно было проведено 20 процедур комплексной физической противоотечной терапии (мануальный лимфодренаж, компрессионный бандаж, уход за кожей), в результате которых уменьшился объем нижних конечностей и мошонки: правой нижней конечности до -10,5 см, левой нижней конечности до -6,0 см, объем мошонки уменьшился до -29 см в объеме.

Далее пациент был госпитализирован в ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России. 05.12.2019 было проведено иссечение множественных новообразований мягких тканей в области паховых складок, полового члена, кожи мошонки, лобковой области, реконструктивная операция кожи полового члена, реконструктивная операция кожи мошонки. Операция была выполнена доктором медицинских наук, профессором кафедры пластической хирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова г. Москвы, Истрановым Андреем Леонидовичем.

Была выполнена биопсия от 09.12.2019: фрагменты кожи с папилломатозными разрастаниями эпидермиса, ороговением, анатозом и признаками вирусного поражения. В дерме — фиброзом с участками миксоматоз, обилием расши-



Состояние пациента при первичном обращении в НПЦ «Лимфа» в августе 2018 года

ренных лимфатических сосудов, периваскулярной лимфоидной инфильтрацией. В крае резекции в эпидермисе имелись признаки дисплазии 2-ой степени. Заключение: морфологические изменения с учетом клинических данных более соответствуют гигантской кондиломе Бушке-Левенштейна; хроническая лимфедема.

Далее пациенту проводились перевязки, а также мануальный лимфодренаж и компрессионное бандажирование (26 процедур). Рана зажила первичным натяжением, швы сняты. Пациенту надет новый компрессионный трикотаж по индивидуальным меркам. За время лечения, включающего в себя консервативный и хирургический этапы, до-

Состояние пациента перед третьим курсом лечения в ноябре 2019 года





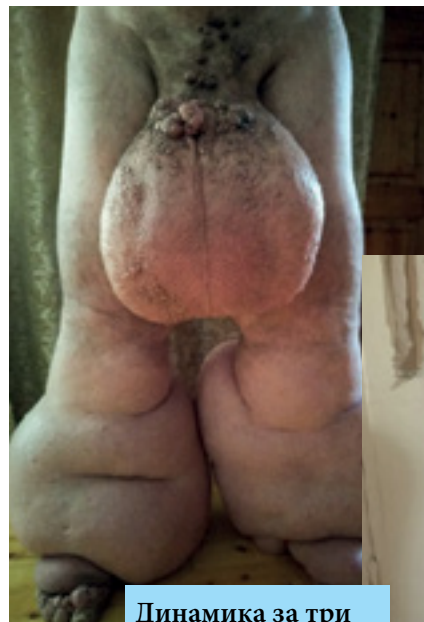
Состояние пациента через месяц после операции (05.12.2019)



Пациент в момент выписки 30.01.2020 в компрессионном трикотаже плоской вязки Mediven 550, изготовленном по индивидуальным меркам, — легинсы 2-го класса компрессии, гольфы 3-го класса компрессии, изделие на стопу 3-го класса компрессии на левую нижнюю конечность, чулки 3-го класса компрессии.

стигнуто уменьшение в объеме правой нижней конечности до -10,5 см, левой нижней конечности до -6,0 см, уменьшение объема мошонки до -62 см. Динамика веса -21,2 кг. Эректильная функция восстановилась через 30 дней после операции. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии с рекомендацией носить компрессионный трикотаж постоянно в дневное время и повторной явкой на осмотр через 3 месяца.

Всего за три курса лечения (последний включал в себя хирургический этап) уменьшился объем нижних конечностей: правой до -68,5 см, левой – до -69,0 объем мошонки уменьшился на 63,0 см.



Динамика за три курса лечения (последний включал в себя хирургический этап)



Заключение:

гигантская лимфедема мошонки — это тяжелое состояние, вызывающее как физический, так и психологический дискомфорт (в том числе из-за потери эректильной функции), утрату трудоспособности. После проведенного нами комплексного лечения пациент отмечает значительное улучшение качества жизни. Этот случай показывает важность оптимального сочетания консервативного и хирургического лечения гигантской лимфедемы мошонки. Консервативное лечение необходимо для достижения максимально небольшого объема отека, что позволяет хирургическому этапу пройти более успешно, минимизируя риск расхождения швов и длительной лимфореи.

Левая нижняя конечность

Дата	А (стопа)	В (нижняя треть голени)	С (средняя часть голени)	Д (верх- няя часть голени)	Е (нижняя треть бе- дра)	Ф (средняя треть бедр)	Г (верхняя треть бедр)	Окруж- ность мошонки	Вес
До лечения 30.08.2018	41	104	107	68	70	69	69,5	71	166,7
После лечения 12.10.2018	33	53,5	64	56	50	57	61,5	47	118
До лечения 21.01.2019	28	38,5	42,5	44	65	67	68,5	60	121
После лечения 15.02.2019	26,5	34	40,5	41	47	58	62	43	110
До лечения 05.11.2019	29,5	39	43	44,5	46	64	66,5	70	118,5
Предоперационно после 20 проце- дур КФПТ 02.12.2019	27,5	36,5	42	42	47	58	63	40	106
После операции 18.12.2019	29	34	41	42,5	50,5	60,5	68	11	98,5
Послеоперацион- но после 26 процедур КФПТ 30.01.2020	28,5	35	41	41,5	47	58	66	8	97,3
Динамика за все курсы лечения	-12,5	-69	-66	-26,5	-23	-11	-3,5	-63	-69,4

Правая нижняя конечность

Дата	А (стопа)	В (нижняя треть голени)	С (средняя часть голени)	Д (верхняя часть голени)	Е (нижняя треть бедр)	Ф (средняя треть бедр)	Г (верхняя треть бедр)
До лечения 30.08.2018	39	103	93	59	76,5	71,5	71
После лечения 12.10.2018	27,5	58	56,5	47,5	52	58	60
До лечения 21.01.2019	28,5	43	43,5	43,2	64	68,5	68,5
После лечения 15.02.2019	25	36	40,5	41	47	58	62
Предоперацион- но до лечения 05.11.2019	29,5	38,5	38	42	56,5	65	68,5
После 20 проце- дур КФПТ 02.12.2019	27,5	38	38	40	47	59,5	63,5
После операции 18.12.2019	28	33	44	46	50	59	65
Послеоперацион- но после 26 процедур КФПТ 30.01.2020	28,5	34,5	38	40	47	59	66
Динамика за все курсы лечения	-10,5	-68,5	-55	-19	-29,5	-12,5	-5

ЛИМФАДЕНОПАТИЯ в практике врача-лимфолога

A photograph showing a doctor from behind, wearing a white lab coat and a stethoscope, examining a patient's neck. The patient is a man with a beard, smiling, and holding his neck with both hands. The background is a blurred clinical setting.

Климфологам часто обращаются пациенты с жалобами на увеличение лимфатических узлов. В подавляющем большинстве случаев это увеличение не является клинически значимым, но иногда все же это бывает одним из симптомов какого-либо заболевания.

Увеличение лимфатических узлов всегда вызывает тревожность у пациентов. Многие по слухам связывают этот симптом либо с инфекцией, либо со злокачественным процессом.

Но на самом деле лимфаденопатия может быть связана с широким спектром расстройств, охватывающих как и относительно доброкачественные медицинские проблемы, такие как стрептококковый фарингит, так и опасные для жизни заболевания, такие как злокачественные новообразования. В любом случае, обнаружение увеличенных лимфатических узлов представляет собой важный симптом, требующий врачебной оценки и диагностики.

Увеличение лимфатических узлов может быть генерализованным (две или более несмежные зоны) или локальным (одна группа лимфатических узлов или нескольких групп, расположенных в одной или двух смежных анатомических областях).

Общая клиническая картина

При поступлении пациента с жалобами на увеличение лимфатических узлов необходимо тщательно собрать

анамнез:

- наличие перенесенных инфекционных заболеваний,
- кожные высыпания,
- болевой синдром,
- лихорадка неясного генеза,
- ночные потоотделения,
- поездки в другие страны,
- контакт с животными,
- применение лекарственных препаратов.

Срочные показания для консультации гематолога:

- ✓ любая необъяснимая лимфаденопатия длительно более 2 месяцев;
- ✓ лимфаденопатия с наличием выраженных симптомов интоксикации при отсутствии клинических признаков инфекционного заболевания;
- ✓ лимфаденопатия с увеличением печени и селезенки;
- ✓ лимфаденопатия с изменениями показателей периферической крови;
- ✓ в случаях с отсутствием эффекта от правильно подобранной антибактериальной терапии.

Обследование лимфатических узлов

Во время осмотра и поиска увеличенных лимфатических узлов врач дол-

жен быть очень внимательным. В противном случае минимально увеличенные лимфатические узлы можно пропустить.

Особое внимание обращают на размер, форму и консистенцию увеличенных узлов. Гладкие и относительно мягкие, но слегка увеличенные лимфатические узлы могут быть вариантом нормы, и при биопсии там можно выявить только гиперплазию (разрастание ткани).

• Увеличенные лимфатические узлы неправильной формы и твердой консистенции могут быть инфильтрированы злокачественными клетками.

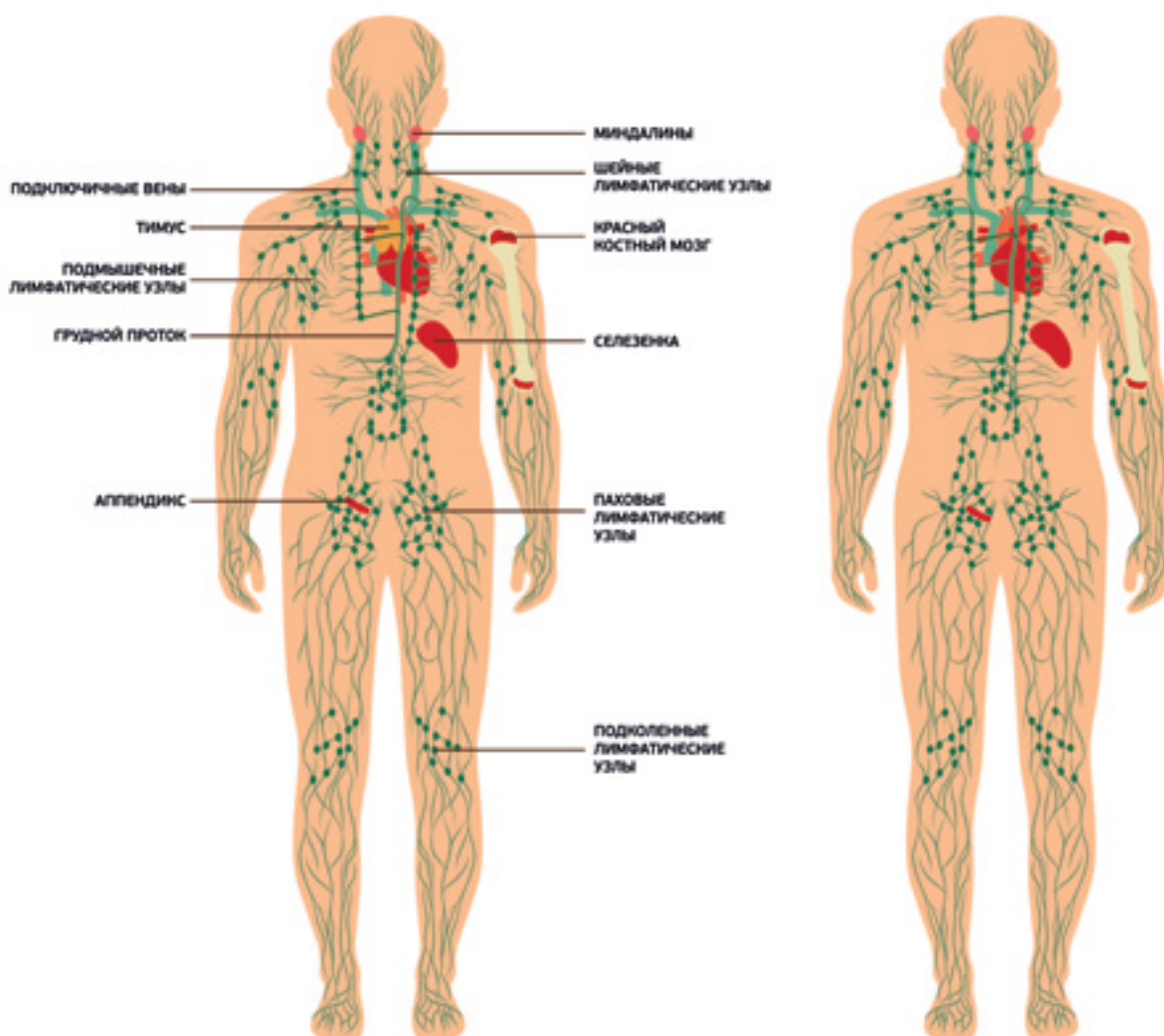
• Чувствительные лимфатические узлы наводят на мысль о воспалительном процессе.

• Лимфатические узлы, спаянные с подлежащими тканями, должны поднимать вопрос о злокачественности или

инфекции.

- Свободные, подвижные узлы чаще встречаются в доброкачественных состояниях.

ЛИМФАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА



Степень и локализация лимфаденопатии имеют важное значение для определения необходимых дальнейших мер диагностики. Все основные группы лимфатических узлов должны оцениваться систематически.

Визуальный осмотр направлен на обнаружение асимметрии или покраснения (эритему). Далее все группы лимфатических узлов последовательно пальпируются во всех доступных областях.

Лицо и шея

Шейные группы лимфатических узлов пальпируются либо в положении сидя, либо стоя лицом к врачу.

Правая рука врача пальпирует левую сторону шеи пациента, а затем левая рука — правую сторону шеи пациента.

Начинать надо с верхней части шеи, постепенно спускаясь вниз. Следует оценить все группы лимфатических узлов в области лица и шеи, включая преаурикулярную, заднюю аурикулярную, затылочную, верхнюю шейную, заднюю шейную, поднижнечелюстную, субментальную, нижнюю глубокую шейную и надключичную.

При отсутствии генерализованной аденопатии увеличение определенных групп шейных лимфатических узлов может иметь важное клиническое значение.

Например, заднешейная лимфаденопатия предполагает чаще всего краснуху, в то время как односторонняя переднешейная лимфаденопатия связана с поражением конъюнктивы и век, это может быть при трахоме, туляремии, лихорадке кошачьих царапин, туберкулезе, сифилисе, эпидемическом кератоконъюнктивите и вспышках аденовирусной фарингоконъюнктивальной лихорадки.

Назофарингит (воспалительные процессы в носу и ротоглотке) и зубные инфекции также могут вызывать аденопатию шейных лимфатических узлов.

Двусторонняя лимфаденопатия шейной группы также проявляется при туберкулезе, микозах, инфекционном мононуклеозе, токсоплазмозе, саркоидозе, лимфомах и лейкозах. Односторонняя лимфаденопатия шейной группы, твердая и неэластичная, всегда вызывает вопрос о необнаруженной карциноме носоглотки либо другом злокачественном процессе.

Надключичная лимфаденопатия почти всегда не является вариантом нормы. Если это не часть генерализованной лимфаденопатии, это наводит на мысль о первичном злокачественном новообразовании в брюшной полости или грудной клетке.

Правосторонние надключичные узлы дренируют части легкого и средостения и являются сигналами внутригрудных поражений, особенно в легких и пищеводе.

Левосторонние надключичные узлы, которые носят название «узлы

Вирхова», расположены близко к грудному протоку и часто сигнализируют о внутрибрюшных опухолях, особенно из желудка, яичников, семенников или почек. Надключичные узлы иногда сидят глубоко, и часто бывает полезно, чтобы пациент выполнил пробу Вальсальвы (форсированное выды-

Генерализованная лимфаденопатия:

- ▶ конституциональная,
- ▶ остаточная лимфаденопатия,
- ▶ аутоиммунные заболевания,
- ▶ аденовирусная инфекция,
- ▶ вирус Эпштейна-Барр, гепсеса VI типа,
- ▶ лейкоз и другие злокачественные заболевания крови и лимфатической системы,
- ▶ сифилис,
- ▶ ВИЧ.

хание при закрытых носе и рте), чтобы поднять купол легкого вверх, тем самым приводя эти глубоко сидящие узлы в более доступное для пальпации положение. Если отмечается надключичная лимфаденопатия, то пациент также должен быть тщательно обследован на наличие прикорневой и средостенной лимфаденопатии. Для этого необходимо выполнить рентгенографию или компьютерную томографию грудной клетки.

Подмышечная группа

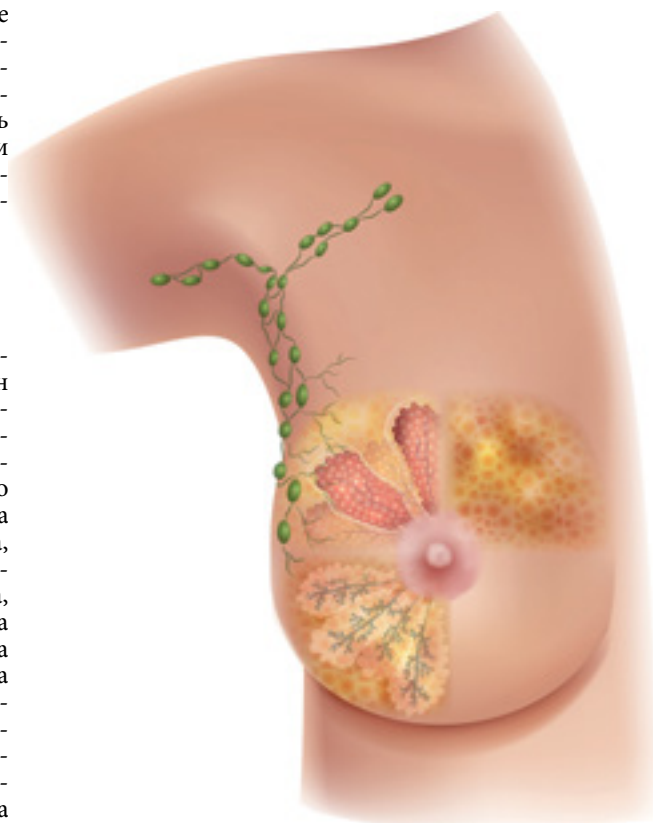
Затем пациент должен быть обследован на наличие подмышечной лимфаденопатии. Пациент может находиться либо сидя, либо лежа на спине. Рука пациента, поддерживаемая одной из рук врача, должна быть слегка согнута и отведена назад. Правая рука экзаменатора используется для исследования левой подмышечной впадины пациента, а левая рука — для правой подмышечной впадины. Пальцы врача должны доходить как можно выше до вершины подмышечной впадины. Пальцы опускаются медленно, оказывая мягкое давление на грудную клетку. Этот маневр следует повторить несколько раз, чтобы исследовать латеральную группу, медиальную группу и стермальную группу подмышечных узлов.

Подмышечная лимфаденопатия может быть частью генерализованного процесса, или она может быть огра-

ничена, а значит, вторична по отношению к инфекции в конечности. Следует тщательно искать местную инфекцию или травму, вызывающие лимфаденопатию. Сопутствующую локтевую, подмышечную и надключичную лимфаденопатию должна ставить вопрос о болезни кошачьей царапины. У женщин односторонние увеличенные подмышечные узлы вызывают подозрение на рак молочной железы.

Локтевые лимфатические узлы

Далее должны быть оценены локтевые лимфатические узлы. Часто эти узлы упускаются из виду или используются неадекватные методы для их изучения. Локтевые узлы лучше всего пальпировать при сгибании локтя пациента примерно на 90°. Правую локтевую область пальпируют левой рукой врача, огибая локтевой сустав с медиальной стороны, в то время как правая рука врача захватывает правое запястье пациента, поддерживая предплечье. Четвертый и пятый пальцы должны располагаться



Увеличение подмышечных лимфатических узлов у женщин часто является симптомом рака молочной железы

чуть выше медиального надмыщелка плечевой кости, тогда остальные пальцы будут располагаться над областью, где обычно находятся локтевые узлы. Локтевые лимфатические узлы обычно увеличиваются вторично по отношению к инфекциям кисти и предплечья. Иногда опухолевые процессы проявляются изолированной локтевой аденопатией. Увеличенные локте-

вые лимфатические узлы часто встречаются при мононуклеозе. В прошлом локтевая лимфаденопатия считалась диагностически важным признаком вторичного сифилиса, но сейчас она чаще возникает из-за рецидивирующих травм рук или инфекций у людей, занимающихся ручным трудом.

Мезентериальные лимфатические узлы

Иногда можно пропальпировать мезентериальные лимфатические узлы. Чаще всего это является случайной находкой при УЗИ брюшной полости и может свидетельствовать об инфекционном поражении (аденовирусная инфекция, вирус Эпштейна—Барр, стрептококковая или стафилококковая инфекция, микобактерии, бруцеллез, сифилис). Однако если они увеличены настолько, что их можно пропальпировать в непосредственной близости от пупка, то это является сигналом значительной внутрибрюшной лимфаденопатии, обычно связанной со злокачественными процессами.

Паховая группа и нижние конечности

В паховой области имеет значение лишь значительное или одностороннее увеличение лимфатических узлов. Незначительная лимфаденопатия в этой области характерна для большей части взрослого населения. Они, как правило, не спаяны между собой, достаточно твердые, не фиксированные к подлежащим тканям и имеют диаметр менее сантиметра. Их увеличение происходит из-за повторяющихся инфекций мочеполовой системы, вирусных инфекций и травматизации нижних конечностей.

Значительно увеличенные мягкие узлы в паховой области, которые не являются частью генерализованной лимфаденопатии, могут указывать на

Окулогландулярный синдром Парино — редкое, обычно одностороннее образование конъюнктивальных гранулем и чрезвычайно выраженный отек околоушных и подчелюстных лимфатических узлов. Процесс, как правило, односторонний. Встречается при болезни кошачьих царапин (доброкачественный вирусный лимфаденит), мононуклеозе, туляремии, туберкулезе. Более редкие причины: споротрихоз, сифилис, кокцидиоидомикоз, шанкроид, венерическая лимфогранулема. (Источник: <https://medbe.ru/materials/rogovitsa-glaza/zabolevaniya-konyunktivy-okuloglandulyarnyi-sindrom-parino/>.)

различные состояния, инфекции, включая сифилис и венерическую лимфогранулему, злокачественные процессы малого таза.

Односторонняя паховая лимфаденопатия обычно является ответом на инфекцию ипсилатеральной нижней конечности. Паховая аденопатия так

Локальная лимфаденопатия, наиболее частые причины

Затылочные лимфатические узлы — грибковые поражения волосяного покрова кожи головы, педикулез, краснуха, другие локальные и генерализованные инфекции и опухоли.

Околоушные лимфатические узлы — отиты, мастоидиты, краснуха, конъюнктивиты, локальные инфекции, инфекции кожи головы, околоушная лимфаденопатия Парино.

Подчелюстные и подподбородочные лимфатические узлы — инфекция полости рта, носоглотки, отиты, синуситы, другие локальные инфекции головы и шеи, инфекции, вызванные вирусом Эпштейна—Барр, ЦМВ (цитомегаловирусом), токсоплазмоз.

Переднейшей лимфатической узлы — фарингит, краснуха, локальные инфекции.

Заднейшей группы лимфатических узлов — локальные инфекции, мононуклеозоподобный синдром, туберкулез, лимфомы, лимфогранулематоз, опухоли головы и шеи.

Надключичные лимфатические узлы справа — опухоли легких, средостения, желудочно-кишечного тракта, забрюшинного пространства.

Надключичные лимфатические узлы слева (узел Вирхова) — лимфомы, опухоли грудной клетки, забрюшинного пространства, бактериальные и грибковые инфекции.

Подмышечные лимфатические узлы — локальные инфекции, бартонеллез, опухоли молочной железы, лимфомы, силиконовый трансплантат, меланома.

Локтевые лимфатические узлы — локальные инфекции, лимфомы, саркоидоз, туляремия, вторичный сифилис.

Паховые и бедренные лимфатические узлы — инфекция нижних конечностей, герпетические инфекции, гонорея, сифилис, шанкроид, венерическая гранулема, лимфомы, опухоли таза и гениталий, урогенитальные инфекции.

Подколенные лимфатические узлы — локальные инфекции, травма нижних конечностей.

же может быть частью системных процессов, таких как лимфома или лейкоз.

Бедренная лимфаденопатия обычно располагается в бедренном треугольнике. И хотя увеличение бедренных лимфатических узлов может быть вторичным по отношению к хронической инфекции и травме, оно гораздо чаще имеет патологическое значение, чем паховая аденопатия.

Иногда лимфаденопатия может быть обнаружена в подколенной ямке. Эта аденопатия может являться частью генерализованного процесса или может быть локализована вторично по отношению к инфекции или травме нижней конечности.

Многие важные группы лимфатических узлов не могут быть оценены при физическом осмотре. Всякий раз, когда есть признаки генерализованной аденопатии, эти группы должны быть тщательно исследованы. Прикорневая и медиастинальная аденопатия может привести к нарушению региональных структур,

таких как верхняя полая вена или трахея, и являться потенциально вызвать опасные для жизни осложнения.

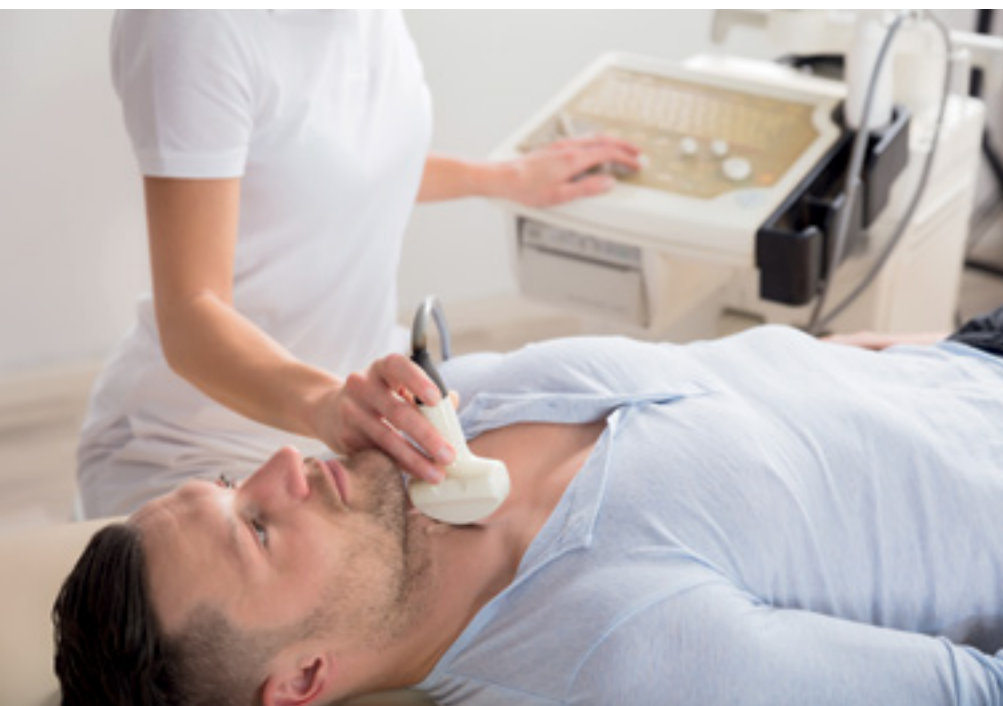
В брюшной полости имеется множество групп лимфатических узлов, включая брыжеечные, парааортальные, целиакические и ретрогастральные. Громоздкая абдоминальная аденопатия также может привести к нарушению структур, включая мочеточники и нижнюю полую вену и вызывать такие осложнения, как почечная недостаточность. Абдоминальная аденопатия обычно оценивается с помощью компьютерной абдоминальной томографии, ультразвукового исследования или лимфангиографии.

Селезенка является частью лимфатической системы и должна быть тщательно оценена у любого пациента, у которого присутствует другая лимфаденопатия.

Особые виды лимфаденопатий

Не стоит забывать о так называемой конституциональной лимфаденопатии, которая встречается у детей и взрослых с астеническим телосложением.

После перенесенной инфекции, сопровождавшейся лимфаденитом, может быть остаточная лимфаденопатия.



тия (локальная или генерализованная).

В практике врача-лимфолога часто встречается **реактивная лимфаденопатия** — увеличение лимфатических узлов в ответ на напряженную работу лимфатической системы в данной области. Также реактивная лимфаденопатия может встречаться как иммунная реакция на удаленный очаг инфекции, генерализованные процессы или аутоиммунные заболевания.

Дифференциальная диагностика локальной лимфаденопатии

В шейной области за увеличенные лимфатические узлы иногда принимают:

- заболевания слюнных желез,
- кисты шеи,
- аневризмы сонных артерий, а также их извитость (при пальпации выявляется пульсация),
- миозита или повреждение грудино-ключично-сосцевидной мышцы (может пальпироваться уплотнение),
- шейные ребра – ортопедическая аномалия,
- уплотнение клетчатки в области затылочных бугров,
- липомы.

В подмышечной области это может быть:

- Гидраденит,
- Привычный вывих плечевого сустава,
- Добавочная доля молочной железы.

Дальнейшая диагностика

Всем пациентам с лимфаденопатией неясного генеза необходимо проводить клинический анализ крови и общий анализ мочи. Далее необходимый комплекс диагностических мер определяется с учетом анамнеза и клинического осмотра, и предполагаемых диагнозов.

Может понадобиться консультация смежных специалистов в зависимости от типа лимфаденопатии: инфекциониста (возможно, фтизиатра — при подозрении на туберкулез), отоларинголога, пульмонолога, ревматолога, гинеколога, гематолога, онколога, хирурга.

Инструментальное исследование лимфатических узлов

Ультразвуковое исследование периферических лимфатических узлов с доплерометрией кровотока рекомендуется проводить практически всем пациентам с локальной лимфаденопатией. Во-первых, УЗИ позволяет отличить лимфатический узел от других образований, дополнительное цветное доплеровское картирование показывает васкуля-

ризацию лимфатического узла и позволяет отличить свежий процесс в лимфатическом узле от перенесенного в прошлом и оставившего только склеротические изменения. Также при УЗИ лимфатических узлов можно заподозрить опухолевый процесс и оценить динамику происходящих в нем изменений.

КТ- и МРТ- диагностика рекомендуется использовать при генерализованной лимфаденопатии для оценки лимфатических узлов, недоступных для УЗИ (например, лимфатических узлов в грудной полости).

Биопсия и пункция лимфатического узла

Пункция лимфатического узла используется при:

- солитарном увеличении лимфатического узла без образования конгломератов;
- жидкостном характере образования по УЗИ или наличии флюктуации при пальпации.

Эксцизионная биопсия лимфатического узла проводится при:

- генерализованной лимфаденопатии (при подозрении на наличие опухоли);
- при лимфаденопатии длительностью более 2 месяцев с вовлечением надключичных лимфатических узлов и/или генерализованным поражением при размерах лимфоузлов более 2,25 см;
- при персистирующей лимфаденопатии.

Лечение лимфаденопатии

Сама по себе лимфаденопатия, как правило, не требует специального лечения, поскольку чаще всего является симптомом какого-либо заболевания. Таким образом, важно в первую очередь установить причину лимфаденопатии, поставить точный диагноз и в зависимости от этого диагноза назначить лечение.

Лимфаденопатия и лимфедема

Увеличение лимфатических узлов всегда должно рассматриваться врачом-лимфологом как состояние, требующее диагностики. Как было выше сказано, при лимфедеме возможно реактивное увеличение регионарных лимфатических узлов за счет чрезмерной нагрузки на лимфатическую систему в этой области. Но стоит помнить, что обязательно необходимо исключить и другую возможную патологию. Особенно внимательно стоит относиться к пациентам с вторичной лимфедемой после перенесенного онкологического заболевания, поскольку это может свидетельствовать о рецидиве. **■**

Источники:

1. Меликян А. Л., Егорова Е. К. Протокол дифференциальной диагностики лимфаденопатий. Программное лечение заболеваний системы крови / Под ред. В. Г. Савченко. — Москва, 2018.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK256/>.
3. Лимфаденопатия. Клинические рекомендации Национального гематологического общества, 2018
4. <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/lymphadenopathy>.

Советы из Instagram врача-лимфолога Ивана Макарова @makarov_ig

Как уменьшить отек руки?

На лимфатический отек влияет очень много факторов. И даже положение вашего тела может как положительно, так и отрицательно на нем отразиться. Вот простые рекомендации для повседневной жизни, которые помогут уменьшить отек руки:

- Когда вы сидите, кладите руку на подлокотник или на возвышающуюся поверхность, например, подушку. Ваша рука должна находиться на уровне или выше сердца.
- Избегайте длительного сидячего или стоячего положения без движения.
- Если вы долго сидите, сожмите руку в кулак, затем вытяните пальцы и расслабьте руку. Прodelывайте это упражнение по пять раз каждые пятнадцать минут.
- Если вы гуляете, надевайте одежду с вместительным карманом, чтобы можно было поддерживать вашу руку.
- Носите с собой в кармане маленький мячик, чтобы вы могли постоянно делать упражнения кистью руки.
- Избегайте ношения тяжелых рюкзаков или сумок на пораженной конечности, поскольку они могут замедлить отток лимфы от руки.



Тонкости компрессионной терапии

В консервативном лечении лимфедемы большое внимание уделяется использованию компрессионной терапии. Это может быть специальное бинтование или ношение компрессионного трикотажа. Для того чтобы увеличить или уменьшить давление на те или иные участки конечности, используются специальные прокладки. Они могут улучшать состояние фиброзно измененных тканей, защищать области, где создается избыточное давление (костные выступы, локтевой и подколенный сгибы и т. д.).

Специалисты по КФПТ обычно изготавливают прокладки индивидуально под каждого пациента с учетом всех его особенностей. Некоторые типы прокладок можно использовать на этапе удержания результата вместе с компрессионным трикотажем, бандажными системами или самостоятельным бинтованием. Правильно сделанные прокладки могут значительно облегчить жизнь пациента с лимфедемой и сделать его действия, направленные на борьбу с отеком, более эффективными. А в некоторых случаях такие изделия могут оказаться просто необходимыми. Например, когда перчатка не позволяет удержать отек на тыльной поверхности кисти.

Также не посещайте баню и сауну, это может спровоцировать увеличение отека.

Придерживайтесь рекомендаций, и лимфедема станет не заболеванием, мешающим жить, а особенностью вашей повседневной жизни.



Компрессионный трикотаж: на что обращать внимание?

По моему убеждению, подбирать трикотаж должен только врач-лимфолог. Однако есть некоторые вещи, которые вы можете контролировать самостоятельно. **После того, как вы надели компрессионный трикотаж, проверьте:**

- равномерно ли распределен материал по длине конечности? Нет ли складок или перетяжек? Проблема в том, что они могут действовать как тугие резинки, препятствуя оттоку лимфы. Это же может произойти, если вы подворачиваете край чулка или рукава;
- Если перчатка или рукава кажутся вам слишком длинными, необходимо попробовать с помощью резиновых перчаток распределить материал равномерно по всей длине конечности (но не подворачивать!). Если это не помогает или приводит к образованию складок, то, скорее всего, трикотаж нужно будет заменить или подогнать по руке;
- если вы заметили, что ваши пальцы стали белыми и не розовеют при движении, то снимите немедленно компрессионный трикотаж и свяжитесь с врачом или специалистом по подбору компрессионного трикотажа;
- ощущаете ли вы дискомфорт в руке или ноге, когда надеваете компрессионный трикотаж? Это может быть из-за того, что вы недостаточно двигались для стимуляции микроциркуляции после надевания трикотажа. В таком случае, попробуйте сделать несколько упражнений. И если дискомфорт не пройдет в течение 20 минут, то снимите трикотаж и обратитесь к врачу;
- не слишком ли свободно сидит компрессионный трикотаж? Если трикотаж слишком легко надевается, то он не будет делать свою работу;
- эффективен ли все еще ваш трикотаж? Обычный срок носки хорошего трикотажа — 6 месяцев. После этого они начинают постепенно утрачивать свою эффективность. Однако иногда изделие теряет свою эффективность через 3—4 месяца. Чтобы не потерять результат, обязательно используйте дневник измерений. Это позволит проще управлять своим состоянием;
- отекают ли у вас пальцы? Если да, то вам нужны специальные перчатки, которые вы будете надевать вместе с компрессионным трикотажем.



Средиземноморская ДИЕТА

Мы открываем рубрику, в которой будем знакомить вас с различными диетами, которые подходят или не подходят пациентам с лимфедемой. И будем объяснять, почему все именно так, а не иначе.



СРЕДИЗЕМНОМОРСКАЯ ДИЕТА

Сегодня поговорим о диете, которая идеально подходит пациентам с лимфедемой (при отсутствии противопоказаний по другим заболеваниям).

Это одна из самых известных диет в мире. Она прошла много исследований и доказала свою эффективность.

В первую очередь она подходит пациентам, у которых повышается артериальное давление, нарушен обмен липидов («высокий холестерин»), есть те или иные проблемы с сердцем, лишний вес. А также для всех, кто хочет долго и здорово жить.

Общепризнано, что люди в странах, граничащих со Средиземным морем, живут дольше и страдают от рака и болезней сердечно-сосудистой системы меньше, чем большинство американцев и жителей континентальной Европы. Главный секрет — это активный образ жизни, контроль веса и диета с низким содержанием красного мяса, сахара и насыщенных жиров и высоким содержанием клетчатки, орехов и других полезных продуктов.

Во множестве исследований доказано, что Средиземноморская диета:

- помогает в мягкой потере веса без последствий для здоровья,
- укрепляет здоровье сердца и мозга,
- является профилактикой рака,
- полезна для контроля сахара крови, если диабет уже есть.

На самом деле нет никакой средиземноморской диеты. Греки едят иначе, чем итальянцы, которые едят иначе, чем французы и испанцы. Но они разделяют многие одинаковые принципы! Поэтому данная диета не является строго структурированной, это скорее модель питания. Поэтому количество употребляемой пищи определяется пациентом самостоятельно или по рекомендации врача, в зависимости от того, хотите ли похудеть, удерживать вес или набрать вес.

Пирамида является наглядной иллюстрацией, которая поможет вам соблюсти соотношение употребляемых продуктов питания.

Пирамида подчеркивает употребление фруктов, овощей, цельных злаков, бобов, орехов, бобовых, оливкового масла и ароматных трав и специй; рыбы и морепродуктов по крайней мере пару раз в неделю; а также птицы, яиц, сыра и йогурта в умеренных количествах, сохраняя сладости и красное мясо для особых случаев. Вдобавок вы можете выпить немного красного вина (если хотите), и не забывайте о ежедневной физической активности.

фекта в виде уменьшения веса, все больше и больше исследований говорят об обратном. Конечно, это во много зависит от количества употребляемой пищи в целом. Если, например, создадите «дефицит калорий» в своем плане — съедая меньше калорий, чем вам требуется ежедневно, или сжигая лишние калории упражнениями, — вы должны сбросить несколько килограмм. Как быстро вы будете терять вес, зависит только от вас. Но слишком быстрая потеря веса чревата развитием осложнений. Оптимально — около 0,5—0,7 кг в неделю.

Исследование 2018 года, опубликованное в журнале *Nutrition & Diabetes*, проанализировало диетические модели 32 119 итальянских участников в среднем за 12 лет. Исследователи пришли к выводу, что следование средиземноморской диете связано с более низким уровнем набора веса и меньшим увеличением окружности талии. Но они также сообщают, что необходимы дополнительные исследования вмешательства, чтобы подтвердить свои выводы.

В 2019 году журнал *Lancet Diabetes & Endocrinology* опубликовал обновленный анализ данных пятилетнего исследования *Predimed*, включающего 5 859 взрослых с диабетом 2-го типа или с риском сердечно-сосудистых заболеваний, которым была назначена либо средиземноморская диета с добавлением оливкового масла, либо та же диета с добавлением орехов и контрольная диета. Группа с оливковым маслом не испытывала статистически отличающихся результатов, но люди, придерживающиеся средиземноморской диеты с орехами, показывали результат в виде уменьшения окружности талии в течение пятилетнего периода.

Поскольку средиземноморские диеты не запрещают целые группы продуктов питания, то у вас не должно быть проблем с их соблюдением в течение многих лет.

Голод также не должен мучить вас при соблюдении данной диеты, так как клетчатка и «хорошие жиры» отлично насыщают организм. Специалисты по питанию подчеркивают важность сытости — чувства, что вы уже достаточно наелись.

Хотите ли вы жить дольше?

Несколько исследований доказывают, что принципы средиземноморской диеты продлевают жизнь.

Здоровый образ жизни и диета могут защитить от некоторых хронических заболеваний, а также поддерживать когнитивные функции, которые становятся все более важными по мере того, как мы стареем. Здоровое старение означает здоровое тело и разум.

Средиземноморская диета может защитить от слабости, которая является основной жалобой пожилых пациентов. Слабость связана с повышенным риском падений, переломов, госпитализации, помещения в дом престарелых, инвалидности и слабоумия, а также низкого качества жизни. В обзоре, опубликованном в журнале *Американского общества гериатрии*, отмечается, что люди, придерживающиеся средиземноморской диеты, были на 50% менее склонны к слабости в течение почти четырехлетнего периода по сравнению с теми, кто следовал ей меньше всего.

Это очень важно, ведь какой смысл жить до 100 лет, если вы застряли в кресле или кровати и не можете позаботиться о своих собственных потребностях или делать вещи, которые доставляют вам радость.



Помните, что, прежде чем следовать любой диете, необходимо обязательно проконсультироваться с вашим лечащим врачом, поскольку у любой диеты могут быть противопоказания, либо, возможно, именно в вашем случае будет эффективен другой тип питания. Поэтому не стесняйтесь спрашивать ваших врачей о том, как вам правильно питаться!

Возможно ли похудеть?

Средиземноморская диета может помочь вам похудеть. Хотя некоторые люди опасаются, что диета, которая относительно богата жирами (например, оливковое масло, оливки, авокадо и немного сыра), не даст желаемого эффекта.

Как удержать достигнутый во время лечения



РЕЗУЛЬТАТ?

Э

тот вопрос, наверно, является самым главным в лечении лимфедемы. То, что методика консервативного лечения — Комплексная физическая противоотечная терапия — работает, это давно доказано и научным, и опытным путем. Но вот как быть после того, как лечение закончилось? Ваша конечность уменьшилась в размере, и теперь задача — сохранить ее в таком виде как можно дольше.



Компрессионный рукав и перчатка
(фото bauerfeind.com.ua)

Итак, есть 3 пункта, с помощью которых можно сохранить достигнутый результат дольше:

1. Правильно подобранный компрессионный трикотаж.
2. Коррекция образа жизни (исключение провоцирующих факторов, снижение веса, если нужно).
3. ЛФК (ежедневно), скандинавская ходьба, плавание.

Компрессионный трикотаж делают по индивидуальным меркам, обязательно плоской вязки. Класс компрессии подбирается индивидуально врачом для каждого конкретного пациента.

Чек-лист для компрессионного трикотажа:

- в нем не набирается отек,
- трикотаж закрывает полностью все зоны возможного отека,
- вы носите его постоянно в дневное время,
- вы чувствуете себя в нем комфортно (нет натертостей, врезаний в кожу),
- нет болезненных ощущений при его ношении.



Пример прокладок, используемых под трикотаж

После окончания курса комплексной физической противоотечной терапии и надевания компрессионного трикотажа необходимо через неделю вновь посетить врача лимфолога для снятия мерок, чтобы понимать, что в компрессионном трикотаже отек не прогрессирует.

Если через неделю у вас появляется увеличение в нескольких точках, значит, компрессионный трикотаж требует коррекции — либо ушивания, либо заказа дополнительного компрессионного изделия на проблемную зону, либо подбора специальных индивидуальных лимфологических прокладок. Этот вопрос очень важен. Если у вас не будет эффективного компрессионного трикотажа, то отек начнет прогрессировать.

Компрессионный трикотаж необходимо носить постоянно в дневное время. На ночь, как правило, трикотаж можно снять. Исключением могут быть активно прогрессирующие отеки, когда даже в положении лежа отек сильно нарастает. В таких случаях на ночь можно надевать компрессионный трикотаж с более низким классом компрессии, более мягкий по структуре. Или заказывать специальные ночные компрессионные изделия.

При 1-ой степени лимфедемы по М. Foeldi возможно ношение компрессионного трикотажа не постоянно, а в случаях длительной нагрузки, в поездки, перелеты. Но при этом важно следить за отеком, чтобы при таком режиме ношения не было прогрессии.

Ведение дневника пациента

Во время процедур комплексной физической противоотечной терапии вам снимают мерки каждый день, чтобы отследить динамику отека. После лечения Вам также необходимо контролировать мерки — вести дневник пациента, чтобы не пропустить начинающееся прогрессирование отека.

Как правильно вести дневник пациента?

Для мерок самоконтроля есть три правила. Снимать должен:

- один и тот же человек,
- в одних и тех же местах,
- в одно и то же время суток.



Плюс в графе рядом с мерками необходимо оставлять место для заметок, куда вы сможете вписать некоторые особенности своего образа жизни в этот день (например: «пришлось долго стоять в транспорте», «сегодня много ходил», «съел банку соленых огурцов» и т. п.)

Разберем по пунктам.

Мерки всегда должен снимать один и тот же человек и делать это без натяжения. Вы просто обводите измеритель-

ной лентой окружность конечности и кладете ее на кожу, не натягивая.

Во время лечения мерки вам снимает специалист по КФПТ, и вполне возможно, у вас будут расхождения с этими мерками, потому что даже без натяжения все снимают мерки по-разному. Правильно пользоваться измерительной лентой вас должен научить врач-лимфолог.

Мерить необходимо всегда в одних и тех местах. Специалист во время лечения может снимать мерки по 6-7 точкам. Вам для самоконтроля достаточно 3-4 точек. Если это рука, то точками будут кисть, середина предплечья, середина плеча. Если это нога, то точками будут стопа, середина голени, середина бедра. Плюс можно добавить наиболее проблемную точку, где отек более всего выражен.

Во время лечения специалист делает отметки в тех точках, где он проводит ежедневные измерения. Но в обычной жизни это не очень практичный вариант, так как эти метки могут стираться. Проще всего ориентироваться по анатомическим точкам (например, если у вас есть родинки, то можно мерить по ним, тогда точно не ошибетесь), либо вы, например, откладываете свою ладонь вверх от надколенника и ладонь вниз от надколенника и в этих местах производите измерения. Конечно, можно начертить также себе эти метки фломастером или ручкой, но все равно есть риск, что они могут незаметно стереться и потом сложно будет найти то самое место. Поэтому, помимо таких меток, вы должны придумать себе другие ориентиры, чтобы уже точно не потерять точки измерения.

Время суток при снятии мерок тоже имеет важное значение. С утра отек, как правило, поменьше, к вечеру немного может увеличиваться. Поэтому лучше снимать всегда в одно и то же время. Если хотите проследить, как отек меняется в течение суток, можете мерить конечность и утром, и вечером (и обязательно делать заметку — время снятия мерок).

Как часто надо проводить измерения?

Первую неделю после лечения нужно проводить измерения каждый день. Желательно и утром, и вечером. Это нужно, чтобы отследить эффективность компрессионного трикотажа. Далее можно мерить конечность 2-3 раза в неделю.

Если отек стал увеличиваться...

Если во время очередного рутинного измерения вы заметили, что отек стал больше, значит, измеряйте опять конечность на следующий день.

Если на следующий день мерки встали на свои места, то следует переходить опять на прежний режим измерения — 2-3 раза в неделю.

Если мерки остались прежними или даже снова увеличились, стоит еще раз измерить на следующий день, и если тенденция к увеличению сохраняется либо отек не спадает, значит, нужно срочно обратиться к врачу-лимфологу.

Отек может временно увеличиваться из-за множества причин, самые распространенные из них:

- погрешности в диете (употребление сильно соленой пищи, алкоголя, колбасных изделий),
- колебания атмосферного давления,
- повышение артериального давления у пациента,
- малоподвижный образ жизни,
- перелет,
- сверхнагрузка на пораженную конечность,
- рожистое воспаление.

Самое главное, чтобы после прекращения действия одного из этих негативных факторов, отек снова уменьшился, а не остался увеличенным. Поэтому при небольшом увеличении отека (на 1-2 см) вы следите за ним пару дней, если он не уменьшается, то срочно обращайтесь к врачу-лимфологу.

Если происходит резкое и интенсивное увеличение отека, то обратиться к лимфологу надо немедленно, как только была замечена прогрессия.

Через полгода после лечения

Через 6 месяцев после лечения и ежедневного ношения компрессионного трикотажа отек может начать постепенно увеличиваться. Это, как правило, связано с истечением срока годности вашего изделия. Производители компрессионного трикотажа, сертифицированные по международному стандарту качества компрессионных изделий (RAL-стандарт), дают гарантии на сохранение компрессионных свойств своих изделий в течение полугодия. По истечении этого срока трикотаж рекомендует- ся заменить.

В некоторых случаях возможно ношение трикотажа до 12 месяцев, если нет прогрессирования отека.

Поэтому через 6 месяцев после лечения необходимо показаться врачу-лимфологу или хотя бы созвониться с ним, чтобы решить вопрос с трикотажем и оценить прогрессирование отека. При небольшом прогрессировании иногда достаточно 2-3 процедур КФПТ, чтобы вернуться к прежним объемам. **Л**



Погрешности в питании и гиподинамия могут стать причиной увеличения отека даже при условии постоянного ношения компрессионного трикотажа

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 телефону **88003333961** (звонок по России бесплатный)
или **+74956461786**

ЛИМФОЛОГИЯ СЕГОДНЯ | ИССЛЕДОВАНИЯ | НОВОСТИ

ЛИМФНА

НОМЕР 2 (10) | ИЮЛЬ 2020



МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЛИМФЕДЕМЫ



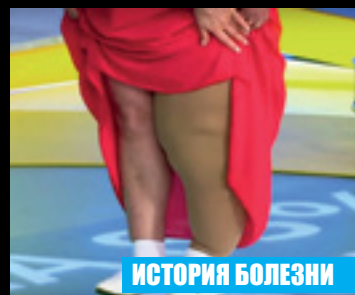
ИНТЕРВЬЮ

Профессор
Franz-Josef Schingale



ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Не надо
стесняться



ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

От скандала
к истине

