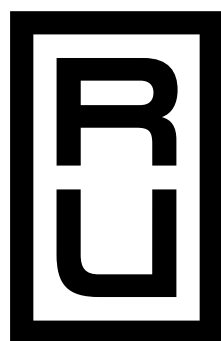


ЛИМФОЛОГИЯ СЕГОДНЯ | ИССЛЕДОВАНИЯ | НОВОСТИ

ЛИМРНА

НОМЕР 1 (13) ДЕКАБРЬ 2024



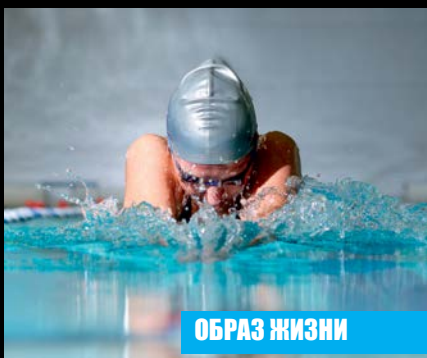
СДЕЛАНО
В РОССИИ

КОМПРЕССИОННЫЙ ТРИКОТАЖ РФ



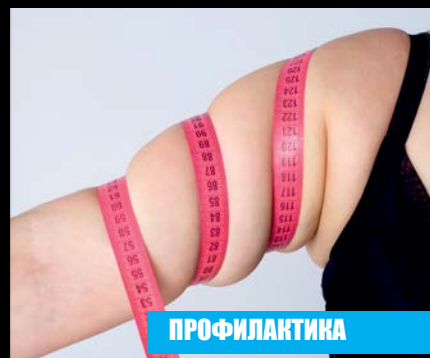
ЕСТЬ МНЕНИЕ

Грудь,
как у Джоли



ОБРАЗ ЖИЗНИ

Плавание
и лимфедема



ПРОФИЛАКТИКА

Первичная
профилактика

Редакция журнала не несет ответственность за предоставленные лично авторами фотоматериалы и иные материалы со сторонних ресурсов.

Мнение авторов может не совпадать с мнением редакции журнала.

ЭТОТ ВЫПУСК ДЛЯ ВАС ПОДГОТОВИЛИ



Иван Макаров
(главный редактор)



Наталья Макарова
(шеф-редактор)



Денис Ибрагимов
(координатор проекта)



Андрей Бойко
(корректурa)



Мирослава Семихина
(дизайн и вёрстка)



ЗДРАВСТВУЙТЕ, ДОРОГИЕ ДРУЗЬЯ

После длительного перерыва увидел свет новый выпуск журнала.

Я рад снова приветствовать на страницах нашего научно-популярного журнала о лимфологии и очень надеюсь, что вы откроете для себя что-то новое и сможете использовать эту информацию в своей работе и жизни.

В этом номере я поделился историей появления российского компрессионного трикотажа плоской вязки по индивидуальным меркам для пациентов с лимфедемой — одной из главных причин, по которой у нас не хватало ресурсов для выпуска журнала. Вы поймёте, как создавалось производство, и узнаете мнение специалистов и пациентов, которые используют отечественные изделия каждый день.

Мы начнём обсуждение подходов к профилактике развития лимфедемы при лечении рака молочной железы и покажем, как снизить этот риск в 5–7 раз.

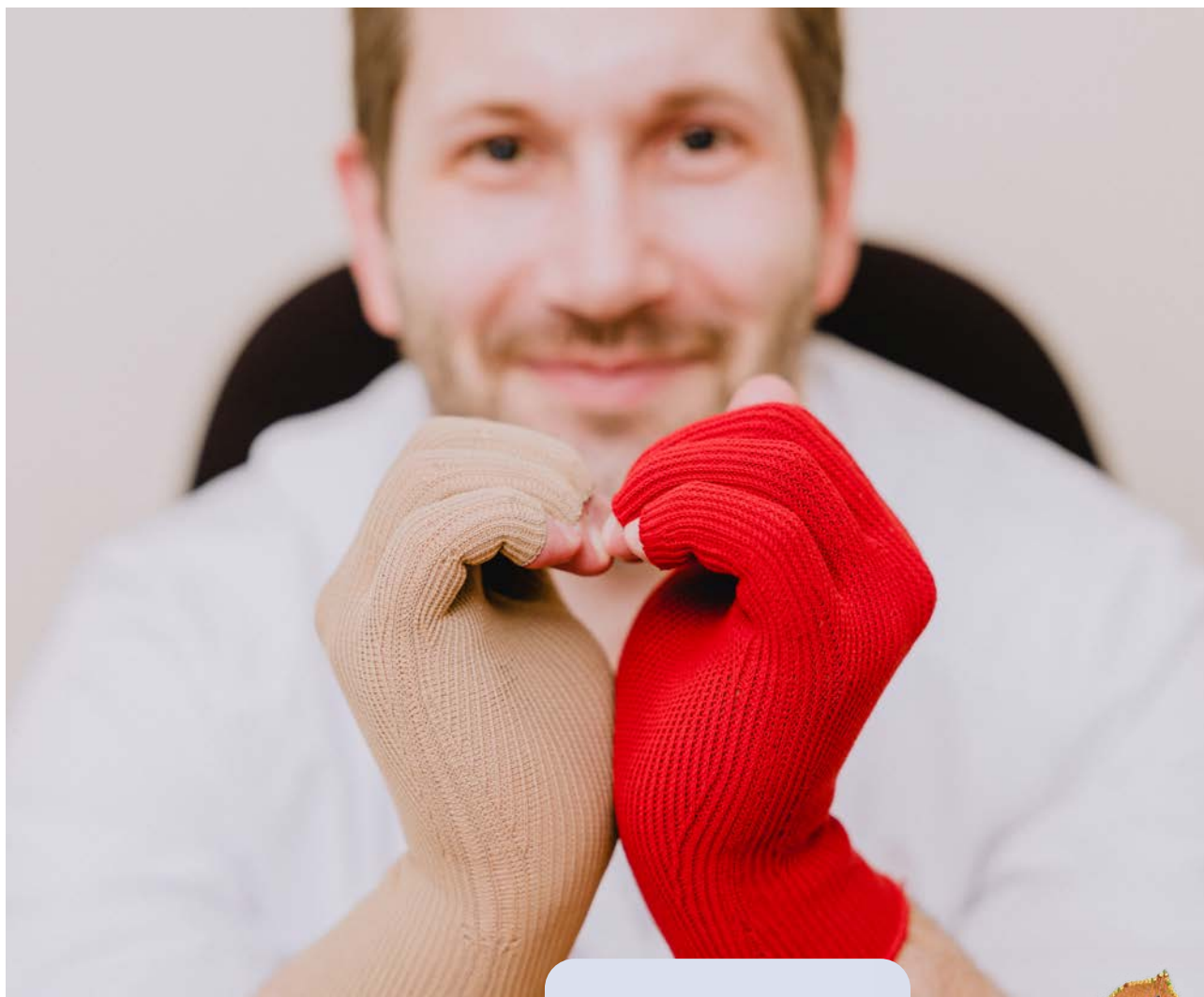
Одним из факторов риска появления лимфедемы и многих других заболеваний является ожирение. Вас ждёт статья об одном из наиболее безопасных и эффективных подходов к нормализации массы тела.

Авторы из различных регионов нашей страны подготовили для вас множество полезных материалов. Мы составили календарь событий на 2025 год, и я буду рад увидеть вас на них в качестве спикеров и участников.

До новых встреч!

Искренне ваш, Иван Геннадьевич Макаров,
исполнительный директор Ассоциации лимфологов России,
главный редактор журнала ЛИМФНА

НОВОСТИ
04-07**СОБЫТИЯ**
07-09**ОНКОЛОГИЯ**
11-14
*Грудь как у Джоли***ПАЦИЕНТУ**
16-20
*Физические
нагрузки в лечении
лимфедемы***КЛИНИЧЕСКИЙ
СЛУЧАЙ****22-23**
*Лечение лимфедемы
на дому***ПИТАНИЕ**
24-27
*Гарвардская тарелка***ПРОФИЛАКТИКА**
28-33
*Первичная
профилактика
лимфедемы*



ТРИКОТАЖ

34-37*Сделано в России*

СПОРТ

38-40*Плавание
и лимфедема*

LIMPHA PEOPLE

42-46*Кто стучит, тому
открывают*

ИССЛЕДОВАНИЕ

47-50*Тестирование
компрессионного
трикотажа*

ОТЧЁТ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВТОРИЧНОЙ ЛИМФЕДЕМОЙ В США

В США существует Образовательная и исследовательская сеть в области лимфологии Lymphatic educational and research Network (LE&RN) (<https://lymphaticnetwork.org/>). Это международно признанная некоммерческая организация, основанная с целью борьбы с лимфатическими заболеваниями, такими как лимфедема, липедема, лимфатические мальформации, посредством образования, исследований и распространения информации. LE&RN предоставляет ценные учебные ресурсы, поддерживает исследовательские инициативы и способствует повышению осведомлённости о данной патологии во всём мире.

В 2024 году LE&RN опубликовала первый в истории национальный отчёт по показателям лимфедемы, связанной с раком. (lymphaticnetwork.org).

Интерес для нас представляет удивительная схожесть проблем на уровне здравоохранения в США и России.

По данным этого отчёта, в развитых странах наиболее частыми причинами вторичной лимфедемы являются лечение онкологических заболеваний, хронические заболевания вен, побочные реакции на другие виды терапии и ожирение.

Table 1. Demographics from LE&RN Global Registry³⁷

Demographic Characteristic	Non-Cancer Related Lymphedema Patients (N=323)		Cancer-Related Lymphedema Patients (N=206)	
	Number	%	Number	%
Sex				
Male	50	16.2	15	7.5
Female	257	83.2	185	92.5
Decline to State	2	0.6	0	0
Age				
(Mean± SD)	54.2 ±	17.35	65.6 ±	12.6
Race				
White	263	86.23	179	90.4
Black or African American	17	5.6	2	1.0
More Than One Race	13	4.3	7	3.5
Asian	9	3.0	2	1.0
American Indian/Alaska Native	1	0.3	0	0

Несмотря на свою распространённость, данная патология остаётся недооценённой и недостаточно финансируемой проблемой общественного здравоохранения в США.

Около 10 миллионов американцев страдают таким заболеванием. Исследования показали, что у чернокожих и испаноязычных женщин вероятность его развития после мастэктомии в среднем в 3 раза выше, что подчёркивает существенные различия в состоянии здоровья. Несмотря на значительные физические, психические и финансовые потери, которые лимфедема наносит отдельным лицам, семьям и людям, осуществляющим уход, точные оценки её распростра-

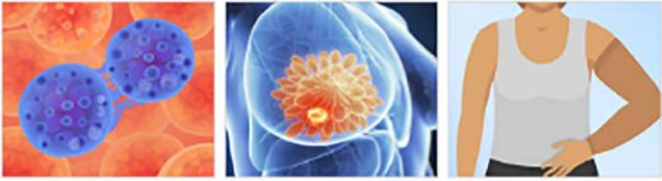
нённости или ежегодной заболеваемости в США, как и в России, отсутствуют. В отличие от большинства других хронических заболеваний, официальных эпидемиологических исследований, подтверждающих статистику лимфедемы, не проводится.

Всё указывает на то, что её распространённость, вероятно, недооценивается. Эта проблема усугубляется отсутствием чёткой диагностики заболевания и неправильным кодированием соответствующих диагностических кодов лимфедемы в электронных медицинских картах. Несвоевременная диагностика и лечение ухудшают результаты и увеличивают расходы на здравоохранение.



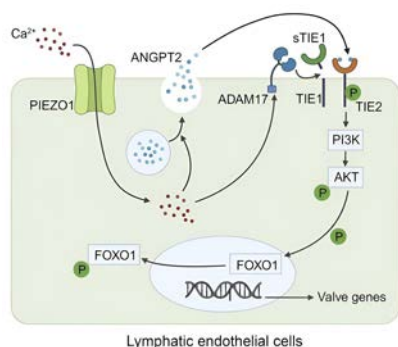
Lymphatic Education
& Research Network

National Indicator Report
on Cancer-Related
Lymphedema (LE)



В 2024 году LE&RN опубликовала первый в истории национальный отчёт по показателям лимфедемы, связанной с раком

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ ФАКТОРЫ ЛИМФЕДЕМЫ



(Оливия Диммер, Северо-Западный университет, частный исследовательский университет в Эванстоне, штат Иллинойс, Соединенные Штаты Америки)

Учёные Северо-Западного медицинского университета раскрыли молекулярные механизмы, лежащие в основе

развития лимфатических клапанов, и это открытие может оказаться полезным при лечении лимфедемы.

«Исследователи стремились понять, как генетические мутации, ранее ассоциировавшиеся с лимфедемой, способствуют развитию этого заболевания», — говорит Сьюзан Кваггин (доктор медицинских наук, заведующая кафедрой) и профессор медицины Ирвинг С. Каттер, старший автор исследования.

«Лимфедема является распространённым и изнурительным клиническим состоянием, — сказал Кваггин. — Целью исследования было выявить молекулы и пути, ответственные за правильное развитие функциональной лимфатической системы. Нарушение развития лимфооттока приводит к этому заболеванию».

Предыдущие исследования указывали на мутации в генах PIEZO1, ANGPT2 и TIE1 как на потенциальных виновников в развитии лимфедемы.

В текущем исследовании изучали мышей, у которых отсутствовали эти гены, чтобы лучше понять, как развивается здоровая лимфатическая система и как генетические вариации могут вызвать такое заболевание.

Проведя секвенирование РНК на мышах в сочетании с клеточными исследованиями, учёные обнаружили, что активация PIEZO1 в лимфатических эндотелиальных клетках провоцирует быстрый экзоцитоз, или процесс слияния везикул с плазматической мембраной, и высвобождение их содержимого, включая лиганд лимфатического фактора роста, ангиопоэтин-2, наружу из камеры.

Исследователи также заметили, что эта активация усиливала передачу сигналов в генах, связанных с лимфедемой, и заставляла клетки экспортировать FOXO1, белок, который, как известно, подавляет образование лимфатических клапанов.

По словам доктора Кваггин, полученные результаты дают представление о генетической регуляции функции лимфатической системы и молекулярных путях, участвующих в развитии заболевания.

«Мы выявили новый молекулярный путь, который показал, как механические или физические сигналы могут инициировать развитие лимфатических клапанов в нужном месте и в нужное время, — говорит Кваггин. — Сейчас мы исследуем, применим ли этот путь также к развитию кровеносных и гибридных сосудов, в частности к развитию уникального сосуда в передней части глаза, известного как Шлеммов канал, который является лимфатическим сосудом.

ЛИМФЕДЕМА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И РАК КОЖИ

(Nimay C. Anand et al, Association of Lower Extremity Lymphedema and Nonmelanoma Skin Cancers, Mayo Clinic Proceedings (2023). DOI: 10.1016/j.mayocp.2023.02.030)

Новое исследование, проведённое клиникой Майо, показало, что у пациентов с лимфедемой — отёком конечностей, вызванным накоплением богатых белком жидкостей в подкожной жировой клетчатке, — риск развития рака кожи был в два раза выше, чем у пациентов без данной патологии.



Согласно ретроспективному исследованию, опубликованному в журнале Mayo Clinic Proceedings, у людей с лимфедемой значительно чаще развивались базальноклеточные карциномы и плоскоклеточные карциномы нижних конечностей. Это исследование способствует расширению информации, связывающей заболевание с локализованными изменениями в иммунитете и предрасположенностью к раку.

В ходе исследования проанализировали данные 4437 пациентов, у которых в клинике Майо в Рочестере с 2000 по 2020 год диагностировали лимфедему нижних конечностей. По сравнению с контрольной группой, у пациентов с заболеванием проявлялся повышенный риск развития рака кожи, а у пациентов с лимфедемой на одной ноге вероятность развития рака кожи на этой конечности была почти в три раза выше, чем на другой ноге.

«Пациенты с заболеванием не проходят регулярного обследования у дерматологов, а неадекватный скрининг может привести к задержке диагностики и лечения, — говорит Афсане Алави, доктор медицины, дерматолог клиники Майо и старший автор исследования. — Наши результаты свидетельствуют о необходимости относительно высокой степени онкологической настороженности в областях, поражённых лимфедемой. Существует потребность в повышении осведомлённости врачей, наблюдающих пациентов с отёком нижних конечностей, так как таким пациентам могут потребоваться регулярные обследования на рак кожи, поскольку раннее его выявление предельно важно».

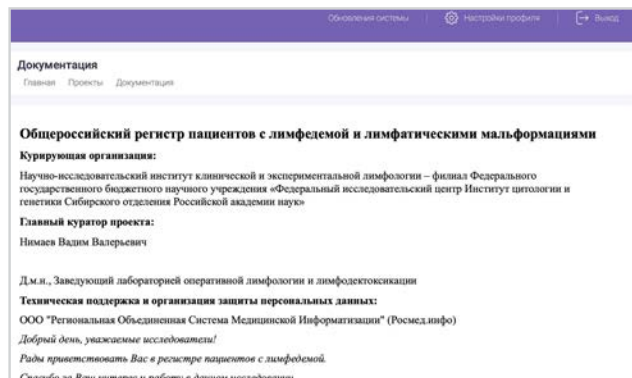
ОБЩЕРОССИЙСКИЙ РЕГИСТР ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФЕДЕМОЙ И ЛИМФАТИЧЕСКИМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

С 2019 года в Научно-исследовательском институте клинической и экспериментальной лимфологии – филиале Института цитологии и генетики СО РАН (НИИКЭЛ — филиал ИЦиГ СО РАН), г. Новосибирск, — ведётся работа по созданию Общероссийского регистра пациентов с лимфедемой и лимфатическими мальформациями как проспективного наблюдательного клинического исследования на базе медицинской онлайн-платформы Rosmed.

Вадимом Валерьевичем Нимаевым, доктором медицинских наук, заведующим лабораторией оперативной лимфологии и лимфодетоксикации НИИКЭЛ — филиала ИЦиГ СО РАН и его коллегами А. К. Фейсхановым из Казани и О. С. Курочкиной из Томска заложены основы и структура такого инструмента учёта.

Задачи регистра — определение заболеваемости и распространённости данной патологии в Российской Федерации, оценка различных методов лечения первичной и вторичной лимфедемы различной локализации, определение потребностей в различных методах консервативного лечения, оценка приверженности этому самих пациентов, повышение их информированности о новых методах диагностики, улучшения здоровья, реабилитации, а также регистрация осложнений, нежелательных явлений консервативного либо хирургического лечения людей с таким заболеванием.

В регистре заложен механизм обмена сообщениями. Ожидается, что на базе этой платформы будет налажена быстрая обратная связь между пациентами и врачами.



В итоге на основании большого массива данных реальной клинической практики появится возможность получить новые научные данные, повысить эффективность наблюдения за результатами лечения лимфедемы и мониторинга заболеваемости.

В настоящее время запущена тестовая версия регистра. После её оценки, а также после внесения дополнений и изменений в регистрационные карты к инструменту получают доступ пациенты с лимфедемой и лимфатическими мальформациями и их врачи.

Обсуждение первых результатов деятельности регистра планируется в рамках международной XVI научно-практической конференции «Лимфология: от фундаментальных исследований к медицинским технологиям» имени академика Ю. И. Бородина, которая состоится в конце мая 2025 года.

РОССИЙСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (КР) ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЛИМФЕДЕМЫ КОНЕЧНОСТЕЙ



В 2023 году Ассоциация флебологов России (АФР) при участии Ассоциации лимфологов России (АЛР), Российского общества хирургов, Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов, Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России, Национальной ассоциации экспертов санаторно-курортного лечения разработали

Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению лимфедемы конечностей. В декабре 2023 года КР были утверждены голосованием Исполнительного Совета АФР.

Задачи таких рекомендаций:

1. Стандартизация процессов оказания медицинской помощи при лимфедеме.

2. Информационная поддержка врачей.

3. Помощь в принятии решения о назначении правильного лечения в каждом конкретном случае.

4. Содействие в постановке верного диагноза.

5. Расширение современных знаний о профилактике заболевания различной этиологии.

6. Избежание назначений диагностических, профилактических или лечебных мероприятий, не имеющих под собой научной доказательной базы.

Ранее российские врачи-лимфологи опирались на международные и европейские рекомендации по лечению лимфедемы. Теперь же можно будет ссылаться на отечественный аналог. На данный момент КР находятся на утверждении в Министерстве здравоохранения Российской Федерации.

Ознакомиться с ними можно на сайте АЛР www.lymphologist.com или на официальном телеграмм-канале ассоциации [lymphologist_com](https://t.me/lymphologist_com).

АНОНС КОНФЕРЕНЦИЙ

12-Я НАЦИОНАЛЬНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ЛИМФЕДЕМЕ СОСТОИТСЯ В ВЕЛИКОБРИТАНИИ

13 февраля 2025 года в престижном конференц-центре America Square, расположенном в самом центре Лондона.

Цель конференции — предоставить участникам всестороннюю информацию о последних достижениях и рекомендациях в области лечения лимфедемы, что позволит глубже понять сложную природу этого заболевания. Занятия будут посвящены ключевым аспектам обследования пациентов, включая методы измерения, диагностические инструменты и эффективные стратегии лечения лимфедемы и липедемы.

6 МАРТА 2025 ГОДА — ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БОРЬБЫ С ЛИМФЕДЕМОЙ

В Москве его проведут 9 марта 2025 года при поддержке Ассоциации лимфологов России. Подробная информация будет позже в социальных сетях журнала LIMPNA.

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ КЛИНИЧЕСКОЙ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ЛИМФОЛОГИИ В НОВОСИБИРСКЕ будет проводить очередную ежегодную научно-практическую конференцию по лимфологии 22-23 мая 2025 года. Информация о мероприятии уточняется. Следите за анонсами в социальных сетях журнала LIMPNA и Ассоциации лимфологов России.

НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ЛИМФОЛОГИИ, ПОСВЯЩЁННАЯ Ю. Е. ВЫРЕНКОВУ

пройдёт в Москве в конце октября 2025 года. Выренков Юрий Евгеньевич — заведующий кафедрой оперативной хирургии и клинической лимфологии Российской медицинской академии последипломного образования; родился 13 октября 1929 года в г. Шуе Ивановской области; окончил Ивановский медицинский институт в 1953-м; доктор медицинских наук, профессор; с 1956 года — ассистент, доцент кафедры оперативной хирургии Центрального института усовершенствования врачей; с 1976-го — заведующий кафедрой оперативной хирургии Центрального института усовершенствования врачей; 1975–1989 годы — начальник медицинского отдела ВАК СССР; член-корреспондент РАЕН (1995); член редколлегии журналов «Анналы хирургии», «Грудная хирургия», «Вестник хирургии»; заслуженный деятель науки РСФСР (1982); лауреат премии им. Воробьёва АМН СССР, президент Ассоциации лимфологов России (rus-big-biography-enc.slovaronline.com).

2ND INTERNATIONAL FÖLDI CLINIC DAYS HINTERZARTEN LYMPHOLOGY IN THE BLACK FOREST

16-17 мая 2025 года в Курхаусе пройдёт обучающий международный курс и конференция «Лимфедема и синдром липедемы — нестандартное мышление». Каждый спикер представит свои знания в увлекательной и доступной форме — всегда с чётким акцентом на практическую значимость. Особым событием субботнего дня станет возможность посетить клинику Фёльди, Европейский центр лимфологии, в рамках экскурсии с гидом по клинике. Организаторами являются Dr. med. Tobias Bertsch и Guenter Klose CEO Klose-Training (<https://klosetraining.com/>).

30-Й ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС МЕЖДУНАРОДНОГО ОБЩЕСТВА ЛИМФОЛОГОВ (ISL)

пройдёт с 15 по 19 октября 2025 года в Анталии, Турция. Конгресс будет состоять из основных лекций, дискуссионных форумов, образовательных семинаров, интерактивных сессий, стендовых докладов и встреч с экспертами, представляющих интерес для профессионалов, клиницистов и учёных. К тому же ожидается розыгрыш призов и премий за устные и стендовые доклады, а также за участие молодых исследователей, в дополнение к специальным наградам для исследователей, работающих в области хирургии, физиологии и визуализации лимфатической системы. Также будут проводиться параллельные дискуссии и семинары по анатомии, физиологии, методам дифференциальной диагностики, хирургическим и нехирургическим методам лечения лимфологических заболеваний и липедемы, а также по уходу за ранами при венозных и лимфатических патологиях. Организаторы: президент конгресса Pinar Borman, президент ISL Evangelos Dimakakos (www.isl2025lymphology.org).

Научно-практическая КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ЛЕЧЕНИЮ ЛИМФЕДЕМЫ И ПОДБОРУ КОМПРЕССИОННОГО ТРИКОТАЖА

состоится в Москве в декабре 2025 года для партнёров производителя компрессионного трикотажа LIMPNA CARE (Москва). Это возможность поделиться своим опытом с коллегами, получить новые знания и освоить практические навыки, необходимые для эффективной помощи пациентам с лимфатическими отёками.

LIMPHA TRAINING, ОСЕНЬ 2024



Проект Limpha training — это подготовка профессионалов в области лечения лимфедемы. Здесь проходит обучение специалистов по Комплексной физической противоотечной терапии (Complex Decongestive Therapy), чтобы каждый пациент с болезнью мог получить квалифицированную помощь у себя в городе. Чем больше в нашей стране будет врачей-лимфологов или специалистов по лечению этой проблемы тем скорее она перестанет превращать людей в инвалидов.

Тем скорее пациенты с лимфедемой научатся не бороться с ней, а управлять ею. Ведь всегда проще не допустить развития заболевания или его осложнений, чем бороться с ними.

ОСНОВНЫЕ ПРЕПОДАВАТЕЛИ КУРСА



ИВАН МАКАРОВ

Врач-лимфолог, педиатр, ВОП; автор 3 книг, посвящённых проблемам лечения лимфедемы, для врачей и пациентов; руководитель Научно-практического центра реабилитации больных лимфедемой «ЛИМФА»; создатель школы пациентов «ЖИЗНЬ С ЛИМФЕДЕМОЙ»; обладатель самого большого в России опыта консервативного лечения болезни по методике CDT (КФПТ). Исполнительный директор Ассоциации лимфологов России, член International Society of Lymphology и International Society of Lymphology.

«За годы подбора и обучения специалистов по CDT для нашего центра, мне удалось не только увидеть ошибки, которые появляются на каждом этапе профессиональной деятельности, но и найти способы устранить их».



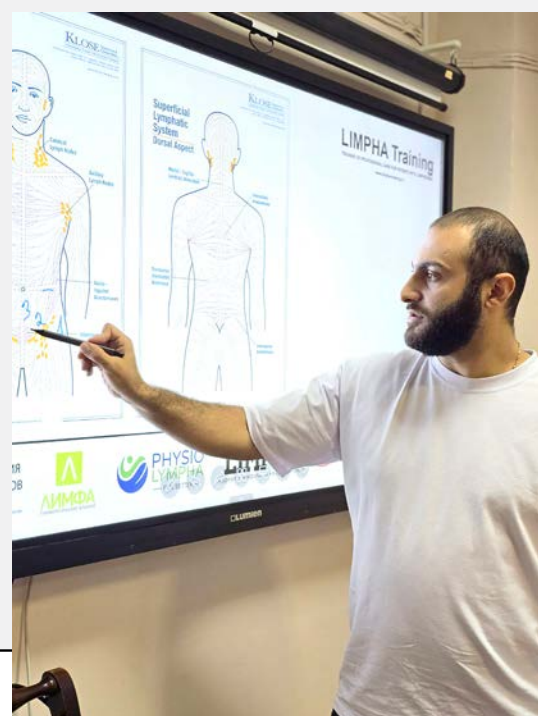
АЛЕКСАНДРА РОВНАЯ

Врач-лимфолог, педиатр, реабилитолог; европейский инструктор по CDT; KOL по компрессионной терапии в РФ и Восточной Европе; член International Society of Lymphology; проходила обучение в клиниках Германии (Foeldi Klinik), Швеции (университет г. Мальмё), Бельгии, Испании.

«Постоянная практика позволяет не только сделать обучение лёгким и интересным, но и даёт возможность обратить внимание на детали, которые стандартное обучение оставляет за кадром».

В октябре-ноябре 2024 года в г. Санкт-Петербурге прошёл очередной курс для медицинских специалистов по Комплексной физической противоотёчной терапии. В течение пяти недель проходили обучение врачи и средний медицинский персонал из таких городов, как Ростов-на-Дону, Симферополь, Владивосток, Ижевск, Москва, Витебск (Беларусь), Гродно (Беларусь), Махачкала, Архангельск, Волгоград, Иркутск, Алма-Ата (Казахстан), Казань.

Фотоотчет о проведенном курсе





Более 40% женщин, прошедших лечение рака молочной железы, сталкивается с отеком руки*

Книга «Как победить лимфедему?» расскажет:

- как работает лимфатическая система;
- почему возникает лимфедема при лечении онкологических заболеваний;
- какие существуют методы профилактики и лечения лимфатического отека;
- как максимально снизить вероятность развития отека, если вы в зоне риска.

Скачивайте книгу бесплатно на www.lympholog.ru



* - согласно Российским клиническим рекомендациям по диагностике и лечению лимфедемы конечностей разработанным Ассоциацией Лимфологов России (www.lymphologist.com) и Ассоциацией Флебологов России (www.phlebounion.ru)



в этой статье термины «лимфедема», «лимфостаз» и «постмастэктомический отёк» — имеют одно значение

ГРУДЬ КАК У ДЖОЛИ

ВЗГЛЯД ЛИМФОЛОГА НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ МАСТЭКТОМИЮ



Светлана Сергеевна
Лавринович (Волкова)

Врач терапевт, лимфолог, член Российского
научного медицинского общества терапевтов, член
Ассоциации лимфологов России

Кто не знает Анджелину
Джоли? А нашуевшую
историю про её грудь?
Я думаю, что все так или
иначе что-то слышали.
Давайте вместе вспомним.

В 2013 году актриса приняла решение удалить обе молочные железы. Связано это было с тем, что у близких родственников Анджелины по женской линии был рак молочной железы. Она прошла генетический тест (секвенирование генов, связанных с высоким риском рака молочной железы — BRCA 1, BRCA 2), показавший высокие риски развития онкозаболевания.

Спустя некоторое время Джоли рассказала свою историю в открытом письме My Medical Choice by Angelina Jolie, которое опубликовали в популярном журнале The New York Times. После этого по всему миру последовал шквал подобных операций у женщин, вдохновлённых историей Джоли.

Женщины всех возрастов, с совершенно разным жизненным опытом, здоровьем, прошедшие и непрошедшие генетический тест стали «ложиться под нож». Было получено много положительных результатов. Но было и много осложнений, длительных реабилитационных периодов и даже неудач, о которых история умалчивала.

В целом в мире существует несколько методов профилактики рака молочных желёз (Наследственная форма рака молочной железы. Методы профилактики. Ходорович О. С. ФГБУ «Российский научный центр рентгено-радиологии» Минздрава РФ, г. Москва):

1. Динамический мониторинг. Включает анализы и обследования, которые направлены на раннюю диагностику рака у лиц с высоким риском. Метод является стандартом в России, однако не всегда удаётся определить наличие онкологического процесса на первых стадиях. Это включает в себя осмотр врача каждые 6-12 месяцев и ежегодные обследования — маммографию или УЗИ молочных желёз, в некоторых случаях МРТ. Очень важно помнить про самообследование молочных желёз, начиная с 18 лет с периодичностью не реже 1 раза в месяц, ориентироваться на 7-8-й день менструального цикла.

2. Лекарственная профилактика. Есть исследования (например, Powels T. J., Jones A. L., Ashley S. A. et al. The Royal Marsden Hospital pilot tamoxifen chemoprevention trial / Breast Cancer Res. Treat. 1994. Vol. 31. P. 73–82), которые показали эффективность приёма тамоксифена у пациентов в группе высокого риска, при этом частота гормонозависимого рака молочной железы снизилась почти в 2 раза. В США разрешён приём препарата в профилактических целях. В России к этому относятся неоднозначно, потому что при широком

применении могут возникать осложнения или побочные реакции. Большая группа пациентов вовсе не имеет рецепторов к эстрогену и прогестерону, и для них тамоксифен будет бесполезен.

3. Хирургический метод. Изначально пациенту с подтверждённым раком одной молочной железы предлагали профилактически удалить вторую молочную железу. После развития генетики и изучения наследственных форм как раз встал вопрос профилактики в виде удаления одной или двух желёз до постановки диагноза «рак».



**Очень важно
помнить про
самообследование
молочных желёз,
начиная с 18 лет
с периодичностью
не реже 1 раза
в месяц**



Нужно понимать, что положительный генетический тест не является 100%-м маркером того, что вы заболите раком молочной железы. Хотя он и показывает повышенную предрасположенность к этому заболеванию. И в то же время отрицательный тест не является гарантией отсутствия риска заболеть.

Общая тенденция в мире показывает рост заболеваемости раком молочной железы (Гатуева Ф. С., Любченко Л. Н., Малыгин С. Е. Наследственная форма рака молочной железы: современное состояние проблемы. Клиническая практика. 2020; 11 (1): 103–111. doi: 10.17816/clinpract18964). За 10 лет — с 2006 по 2016 год — абсолютное число впервые выявленных случаев рака возросло с 50 000 до 68 500 и продолжает расти (Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность) / под ред. Каприна А. Д., Старинского В. В., Петровой Г. В. — М.: МНИОИ им. П. А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018. — 250 с). Это связано в том числе с улучшением диагностики.

Современная медицина научилась успешно бороться с большинством видов рака. Но лечение онкозаболеваний связано с большим количеством побочных эффектов. В случае рака молочной железы, одним из самых распространённых осложнений терапии является — лимфедема верхней конечности (постмастэктомический отёк). Частота его возникновения варьируется от 34% до 94% в зависимости от объёма вмешательства и географического признака (Hill DA, Horick NK, Isaacs C et al. Long-term risk of medical conditions associated with breast cancer treatment. Breast Cancer Res Treat, 2014; 145 (1): 233–43).

Диагностикой и лечением постмастэктомического отёка занимаются врачи-лимфологи. Лимфостаз верхней конечности со стороны поражения может возникнуть на фоне прогрессирования рака молочной железы, когда опухоль механически сдавливает пути оттока лимфы. А также может быть следствием его лечения — лучевой терапии (склерозирование лимфатических сосудов, фиброзные, рубцовые изменения нарушают нормальный отток лимфы), удаления групп лимфатических узлов в ходе операции. В некоторых исследованиях было показано, что даже химиотерапия таксанами (паклитаксел, доцетаксел) способна приводить к лимфостазу (например, Mi-Joung Lee, Jane Beith, Leigh Ward, and Sharon Kilbreath Lymphedema Following Taxane-Based Chemotherapy in Women with Early Breast / Lymphatic Research and Biology. 2014; № 4. С.282–288).

Отёк руки приносит женщинам немало дискомфорта. Их беспокоит разница между руками, которая становится всё заметнее, они волнуются о том, что подумают о них окружающие. Вдобавок, при прогрессировании отёка, появляются неприятные ощущения, рожистые воспаления и ограничения функциональности вследствие большого веса руки.

Избежать этого осложнения удаётся не всем. Именно поэтому врачи-лимфологи также заинтересованы в профилактике развития самого рака молочных желёз, чтобы потом не бороться с его последствиями.

Очень важным является отношение онкологов, маммологов к такой радикальной профилактики рака молочной железы.

«Отношусь к данным вмешательствам крайне положительно (при семейном анамнезе, наличии мутаций BRCA1/2), хоть они и не снижают, к сожалению, риски развития рака совсем до нуля (как нам бы хотелось), минимальный риск всё равно сохраняется.

ФАКТЫ

5 октября 2024 года в городе Санкт-Петербурге прошёл ежегодный маммофорум для врачей и пациентов. Мне удалось пообщаться с женщиной, у которой была проведена профилактическая мастэктомия и случилось осложнение.

Л., 33 года: «4 года назад мне удалили обе груди в частной клинике с одномоментной пластикой, за что я заплатила почти 400 тыс. рублей. Не очень хорошо себя чувствовала до операции, было страшно, были сомнения, хотя атмосфера в клинике была благоприятная. После выписки напала жуткая слабость. Через 2 дня поднялась температура, но я пила антибиотик. Позвонила врачу, он назначил другие таблетки, только лучше не становилось. Оказалось, что имплант не прижился, возникло воспаление. Через некоторое время его удалили. Потом поставили новый. Сколько здоровья, нервов мне это стоило! И психологически чувствовала себя ужасно. Долго восстанавливалась, сейчас учусь жить на полную катушку и всем этого желаю!»

Комментарий к статье журнала Woman.ru «По стопам Джоли».

Г., 44 года: «Живу после рака. Удалили грудь, поставили имплант. Скоро собираюсь удалять вторую для профилактики и эстетики. Ничего ужасного в этом нет, выглядит очень красиво».

Из блога клиники, которая занимается генетическими тестами.

А., 25 лет: «Я записалась к онкологу в один из самых известных московских центров. Про генетические риски на приёме решила не говорить. Было интересно, что онколог скажет сам. Онколог осмотрел грудь и порекомендовал наблюдение. Он объяснил это так: пока ничего не понятно, нужно делать повторное УЗИ через месяц и следить за динамикой. Но я не хотела наблюдать за динамикой непонятого образования в груди, которое уже есть. Была уверена в том, что решение делать мастэктомию — правильное, и рассказала о своём намерении врачу. Онколог отозвался очень категорично. Мастэктомия у нас в стране — новая операция, которую мало кто делает, и большинство врачей считает, что если ткань здоровая, то удалять её не стоит, нужно сначала родить и выкормить. Но я уехала от онколога, приняв окончательное решение. Удала обе груди, не дожидаясь рака. Хотя и непосредственно столкнулась с раком в своей семье, я бы не узнала о генетическом тесте, если бы чисто случайно не пришла на консультацию к врачу, который мне об этом рассказал. К врачу, который не входит в число тех, кто категорически против. Если бы все факторы не сложились, моя история была бы совсем другой. И ещё неизвестно, как бы она в итоге закончилась. Пока не столкнёшься с этим, не поймёшь, как всё на самом деле трудно».

Отёк руки приносит женщинам немало дискомфорта



И жаль, что до сих пор полноценно не включены в программу ОМС как превентивные».

ГУГНИНА АЛЕКСАНДРА
СЕРГЕЕВНА, врач-онколог,
маммолог, специалист УЗИ,
клиника «Ремиссия».

Женщина, имеющая наследственную предрасположенность, встаёт перед серьёзным выбором. Конечно, данная предрасположенность может и не реализоваться. Сейчас доступны различные генетические тесты, показывающие, какими болезнями мы теоретически можем заболеть. С этой точки зрения, любому человеку легче проводить профилактику, если знаешь, где подстелить соломку. Но одно дело, когда профилактика предполагает здоровый образ жизни — правильное питание, отсутствие вредных привычек, занятия спортом. А другой вопрос, когда речь идёт о хирургической профилактике.

Профилактическое удаление молочных желёз предполагает несколько этапов. Анджелина Джоли перенесла не одну операцию (удаление, реконструкция). Мы не знаем, как протекал послеоперационный период, период реабилитации, какие были осложнения. Сколько было вложено в это средств, времени и здоровья? Любая операция несёт в себе большие риски для здоровья, и как она пройдёт, предсказать крайне сложно. Мы видим красивую картинку мира звёзд Голливуда. Но что там за закрытой дверью их личной жизни и здоровья — никто не расскажет.

С другой стороны, развитие определённых форм рака молочной железы может трудно поддаваться терапии, приводить к тяжёлому течению и летальному исходу или развитию таких осложнений, как лимфедема.

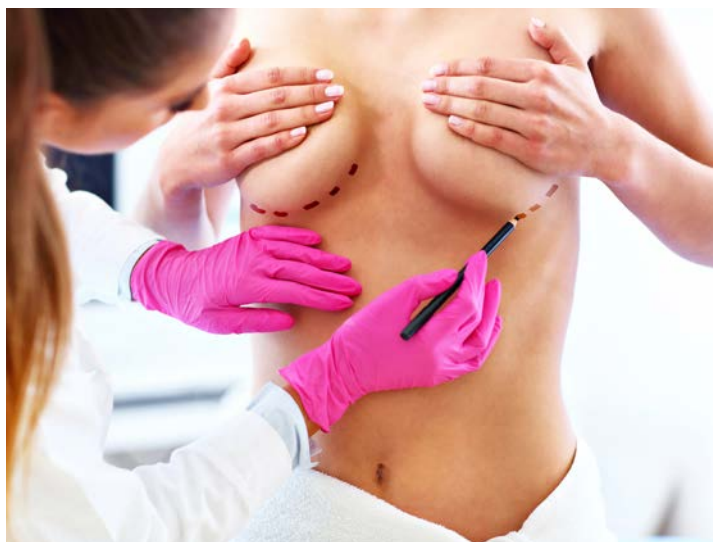
Однозначно можно сказать только одно, что женщинам, имеющим семейный анамнез,

отягощённый по раку молочной железы, необходимо пройти генетический тест.

И если уж не проводить хирургическое лечение, то хотя бы быть на чеку и чаще проводить обследования молочных желёз.

Каждая женщина имеет собственный опыт в жизни, видит вокруг близких людей и сама для себя решает, насколько ей может быть близка история Анджелины Джоли.

С точки зрения врача (онколога, лимфолога), профилактическая мастэктомия при наличии мутаций BRCA1/2 является желательной и способна избавить женщину от возможной болезни и её осложнений. Но надо учесть, что врачи смотрят на эту проблему через призму своего опыта работы, ежедневно сталкиваясь с онкологическими пациентами на разных этапах лечения. «Стоит ли игра свеч?» — каждая женщина должна решить для себя сама.



«Стоит ли игра свеч?» — каждая женщина должна решить для себя сама

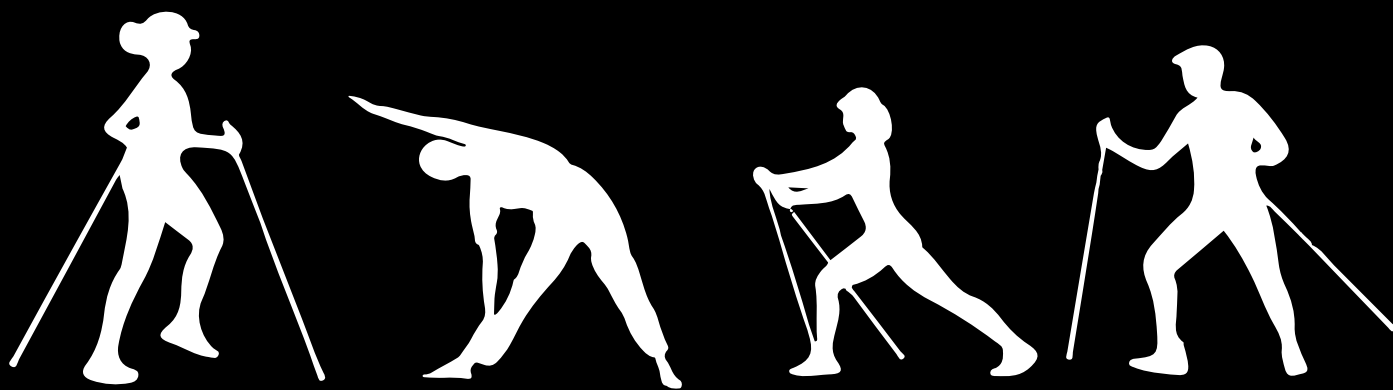
Экспертная диагностика и лечение лимфедемы в Санкт-Петербурге

Гарантия уменьшения отека и удержания
результата после лечения

Минимальные сроки лечения за
счет собственного производства
компрессионного трикотажа

Лечение лимфедемы
(лимфостаза) в
соответствии с
клиническими
рекомендациями
Ассоциации Лимфологов
России и консенсусом
международного
общества лимфологов (ISL)





ФИЗИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА ПРИ ЛИМФЕДЕМЕ КАК ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ КФПТ

ПРАВИЛА И ВЛИЯЮЩИЕ ФАКТОРЫ

По нашей статистике, в период с 2018 по 2023 г. среди наших пациентов 85% женщин и 15% мужчин. Обращений со вторичными лимфедемами по причинам лечения онкозаболеваний, травм, хронической венозной недостаточности, инфекций, ожирения и нарушения работы эндокринной системы — 68%. Первичные и врождённые аномалии развития лимфатической системы, которые привели к развитию лимфедемы, — это 32% случаев обращения пациентов на приём к лимфологу.

Любое оказание медицинской помощи начинается с правильно поставленного диагноза. Для этого иногда достаточно визуального осмотра и тщательного сбора анамнеза, а также могут быть назначены дополнительные инструментальные исследования и лабораторная диагностика.

В нашем центре основа консервативного лечения лимфедемы — комплексная физическая противоотёчная терапия (КФПТ). Более 50 лет назад Михаэль Фёльди (Michael Foeldi) разработал эту методику, которая до настоящего времени является стандартом лечения лимфедемы, доказав свою высокую эффективность. Более того, методика признана золотым стандартом во всём мире, а в ряде стран (например, в Германии) входит в оплату страховой медициной.

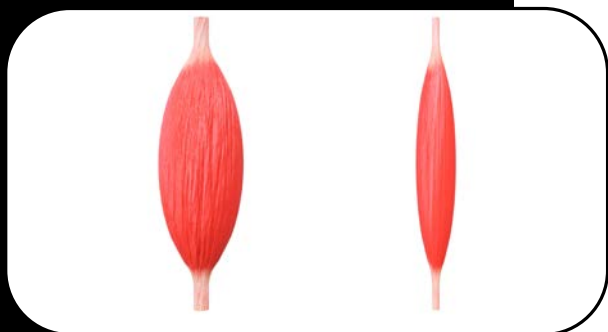
КФПТ включает в себя мануальный лимфодренаж, компрессионное бандажирование, ЛФК и уход за кожей и делится на две фазы. Фаза 1 — достижение результата и фаза 2 — удержание результата. И если во время лечения (фаза 1) 70% результативности зависит от специалиста, который проводит терапию, то во второй

фазе 80% удержания отёка под контролем — ответственность самого пациента. Как правило, хороших результатов достигают в первую очередь комплаентные пациенты, готовые менять образ жизни и привычки, следуя рекомендациям врача.

Первое, с чем сталкивается любой пациент с диагнозом «лимфедема», — это необходимость ношения специального компрессионного трикотажа плоской вязки. Если у человека падает зрение — ему подбирают очки, при глухоте — слуховой аппарат, так же и с отёком — компрессионный трикотаж входит в жизнь пациента на постоянной основе. Важно: правильно подобрать изделие, режим носки, класс компрессии, размер или изготовить индивидуально по меркам пациента. Но самое главное — это готовность носить компрессионный трикотаж.



Автор статьи Нина Викторовна Любимова, руководитель первого в Сибирском федеральном округе специализированного реабилитационного центра лечения лимфедемы «ЛИЛЕЯ» (г. Барнаул), занимающегося консервативным лечением заболевания с 2015 года.



Саркопения — уменьшение скелетной мышечной массы (чаще всего связанное с возрастом)



Остеопороз - снижение плотности костей из-за проблем с метаболизмом, вследствие чего усиливается их хрупкость

Осложняющий фактор, влияющий на возникновение отёка или увеличение уже существующего отёка, — лишний вес пациента. В норме индекс массы тела 18–25. Лимфедема очень «любит» лишний вес. По нашим статистическим наблюдениям, увеличение веса пациента на 3–4 кг в среднем даёт увеличение объёма отёкшей конечности на 1 см по всей длине. Особенно важно следить за массой тела женщинам после комплексного лечения рака молочной железы и мочеполовой системы или в период менопаузы. Продолжительная гормональная терапия или овариоэктомия ведёт к замедлению обменных процессов в организме, изменениям, сопровождающим менопаузу. Очень важно пересмотреть своё питание, не переедать, снизить количество простых и быстрых углеводов, отдав предпочтение белковым продуктам и овощам, богатым клетчаткой. Следует соблюдать 2-3-разовое питание без перекусов, употреблять в среднем 2 литра воды в день. Такое питание положительно влияет и на пациентов с лимфедемой на фоне сахарного диабета 2-го типа, значительно снижая аппетит.

Остеопороз и саркопения — это следующее, с чем сталкиваются такие пациенты. Уменьшение мышечной массы и силы, увеличение доли жира, а также снижение минеральной плотности костной ткани нередко способствуют возникновению саркопенического ожирения и остеопороза. Отёк формируется в подкожно-жировой клетчатке, поэтому её увеличение за счёт лишнего веса или процессов, связанных с саркопенией, влечёт за собой нарастание отёка.

На это можно повлиять? Ответ банальный — помогут нормализация индекса массы тела и правильная двигательная активность, что подтверждается многочисленными научными исследованиями наших и зарубежных учёных. Как известно, самый сильный механизм движения жидкости в организме и в том числе лимфы — мышечная помпа, за счёт сокращения мышц. При движении мышца сокращается и увеличивается в объеме, благодаря этому происходит давление на окружающие ткани, что, в свою очередь, повышает давление на лимфатические сосуды, помогая клапанам и мышечным стенкам лимфангионов продвигать лимфу от периферии к центру.

ЧТО МЫ ВКЛАДЫВАЕМ В ПОНЯТИЕ ПРАВИЛЬНОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ?

1. Любая физическая нагрузка обязательно в компрессионном трикотаже.

Все физические нагрузки ведут к усилению кровотока, что, в свою очередь, увеличивает нагрузку на лимфатическую систему, а любая дополнительная нагрузка в скомпрометированной конечности ведёт к увеличению отёка. Компрессионный трикотаж сдерживает нарастание отёка. Если после комплексного лечения онкозаболеваний пациент носит компрессионный трикотаж профилактически, то нужно обязательно в нём быть во время тренировки. Также обязательно его не снимать минимум час после тренировки или бассейна. При постоянном ношении компрессионного трикотажа на тренировку возможно в случае необходимости увеличение класса компрессии путём надевания сверху второго изделия.

2. Дозированность.

Любая тренировка должна быть ограничена по времени и нагрузкам. Лучше недотренироваться, чем перетренироваться. Обязательно отдыхать и хорошо высыпаться, восполнять потери жидкости и дефицитов.

Самые частые дефициты — это белок, железо, витамин D3, кальций и магний. Желательно проконсультироваться и сдать анализы. А самый простой способ — употреблять в каждый приём пищи белковые продукты, чередуя их (рыба, мясо, яйца, творог).

3. Избегать статических нагрузок.

Основной механизм транспорта лимфы — сокращение мышц. Так как при статических упражнениях сокращение мышечных пучков не происходит, возникает застой крови и лимфы. При статических нагрузках, в которых фиксируется положение тела в пространстве, когда напрягаются определённые группы мышц, — происходит усиление отёка и повышается нагрузка на суставы, сосуды. Нежелательные упражнения — все виды «планки», позы в йоге, «стульчик». Кроме противопоказания со стороны усиления отёка, эти упражнения вредны всем, кто склонен к повышению артериального давления (возраст старше 45 лет или женщины в менопаузе), кому уже поставлен диагноз «аритмия», «гипертония», «стенокардия» или «варикозное расширение вен».

4. Совмещение и чередование силовых и аэробных нагрузок.

В день достаточно 30–60 минут пешей прогулки в среднем или быстром темпе или 8–10 тысяч шагов. Бег не полезен ни для суставов, ни для расхода калорий. При обычной ходьбе работает большее количество крупных мышц на ногах и ягодицах, чем при беге, а при скандинавской ходьбе или плавании задействованы еще мышцы рук и спины. Силовые упражнения по 30–60 минут 2–3 раза в неделю — этого достаточно для укрепления и наращивания мышечного корсета.



Для лимфедемы нижних конечностей особую роль играет нагрузка на икроножные мышцы

Для лимфедемы верхних конечностей важна работа мышц ладоней, предплечья и трапециевидных мышц



Начинать силовые нагрузки нужно постепенно, работая с собственным весом, переходя на гантели 0,5 кг, 1 кг, увеличивая мах до 5 кг. Укрепление и рост мышц у мужчин и женщин происходит по-разному. Мужчина тренируется с максимальным весом, небольшим количеством повторений 10–15 раз и 1–2 подходов. Женщины на наоборот:

тренируется с небольшим весом, но максимальным количеством повторений 20–30 раз и не менее 3 подходов на одно упражнение.

5. Тренировки могут быть самостоятельными или стреномером.

При самостоятельных тренировках можно выбрать любой общеукрепляющий комплекс упражнений на все группы мышц. Комплекс специальных упражнений при лимфедеме верхних и нижних конечностей (АНО «ЛИМФА», под редакцией Макарова И. Г., Макаровой В. С.) также подходит для занятий с применением гантелей для рук или утяжелителей для ног.

 limpha.ru/library



При работе с тренером важно найти специалиста, который правильно оценивает состояние тренируемого и понимает его проблемы. При работе с профессиональным тренером большим плюсом является то, что отслеживается правильность выполнения упражнений, положение тела, распределение нагрузки на позвоночник. Особенно это актуально для женщин после мастэктомии, т. к. весовой баланс вдоль позвоночника нарушен, очень часто имеется слабость в руке со стороны операции и ограничение амплитуды.

6. Специальная нагрузка на определённые группы мышц и дыхательные упражнения.

Для лимфедемы нижних конечностей особую роль играет нагрузка на икроножные мышцы, которые ещё называют «вторичными сердцами». При пеших прогулках, скандинавской ходьбе важно выполнять шаг перекатом с пятки на носок, исключив «шаркающую» походку, тогда эти мышцы будут работать. Для пациентов, которые ограничены в передвижении, хорошее упражнение — упор руками о горизонтальную поверхность и выполнение перекатов с пятки на носок по 10–20 минут 2–3 раза в день, т. е. максимально вытянуться на носочках, затем перекатиться на пятки, максимально оторвав носки от пола, и потянуть их вверх.

Для лимфедемы верхних конечностей важна работа мышц ладоней, предплечья и трапециевидных мышц. Основные упражнения называются «молотковое» сгибание рук в локтях, сгибание и разгибание запястья с и без гантелей ладонями вниз, в бок, вверх, поднятие прямых рук прямо перед собой, через бок.

Глубокие дыхательные движения «животом» за счёт опускания и поднятия диафрагмы стимулируют перемещение лимфатической жидкости в крупных лимфатических коллекторах и протоках, усиливая скорость лимфотока.



ВОТ НЕСКОЛЬКО ПРИМЕРОВ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ СОБЛЮДЕНИИ ВСЕХ ВЫШЕСКАЗАННЫХ ПРАВИЛ.



ПАЦИЕНТКА, 47 ЛЕТ, ИЗ НИХ 20 ЛЕТ С ОТЕКОМ. РОСТ 162 СМ, ВЕС 63,0 КГ.

• Первичная лимфедема III ст. (по Фёльди) левой нижней конечности, диффузная. Применение КФПТ два курса, ношение компрессионного трикотажа.

• Общая потеря веса благодаря процедурам за счёт уменьшения отёка 3 кг. После лечения пациентка записалась на индивидуальные занятия с тренером — силовые упражнения в тренажёрном зале.

По измерениям биоимпедансометрии, за 1 год занятий — увеличение мышечной массы, снижение количества отёка, т. е. вес пациентки не изменился — изменился качественный состав, за счёт увеличения веса мышечной массы и снижения подкожно-жировой клетчатки и висцерального жира.

Удержание результатов в течение 3 лет.

ПАЦИЕНТ, 63 ГОДА, 2022 ГОД

• Вторичная лимфедема III ст. (по Фёльди) обеих нижних конечностей на фоне морбидного ожирения 3-й ст., сахарный диабет 2-го типа, рецидивирующих рожистых воспалений, осложнённая лимфореей и трофическими язвами голеней.

Общая потеря веса за 20 процедур КФПТ, 35 календарных дней — 31,5 кг.

• Вес при поступлении 181,5 кг, при выписке 150,0 кг, ношение компрессионного трикотажа, ежедневные прогулки 10 тыс. шагов в день, упражнения с гантелями дома по 60 минут 3 раза в неделю. Питание с ограничением углеводов 1300–500 кал в день,

потребление белка в чистом весе 1–1,5 г на 1 кг желаемой массы тела, восполнение дефицитов. Общий период похудения 12 месяцев.

• Вес пациента в настоящее время 100 кг при росте 190 см, показатель удерживается уже 2 года. Ношение компрессионного трикотажа плоской вязки — гольфы 3-го класса компрессии, отёк под контролем, рецидивов рожистого воспаления не было с 2022 года, до этого каждые 3 месяца. Пациент продолжает ежедневно нахаживать по 8–10 тыс. шагов, 2–3 раза в неделю силовая зарядка.

• Уменьшение в объёмах нижних конечностей до 15 см, ремиссия СД 2-го типа —



ПАЦИЕНТКА, 48 ЛЕТ, ИЗ НИХ 10 ЛЕТ С ОТЕКОМ. РОСТ 164 СМ, ВЕС 98,0 КГ.

• Вторичная постмастэктомическая лимфедема I-II ст. (по Фёльди) левой верхней конечности, диффузная, состояние после комбинированного лечения рака молочной железы: химиотерапия, мастэктомия, лучевая терапия. Лечение КФПТ. 1-й курс с бандажированием — 20 процедур, 2-й курс лимфодренажа — 15 процедур, еженедельные процедуры лимфодренажа в последние 5 лет, ношение компрессионного трикотажа — рукав на физические нагрузки.

• Общая потеря веса за время 1-го курса 8,6 кг. После лечения пациентка записалась на индивидуальные занятия с тренером — силовые упражнения в тренажёрном зале, выполняет ежедневные прогулки по 5–8 тыс. шагов. Питание с ограничением углеводов 800–1200 кал в день, потребление белка в чистом весе 1–1,5 г на 1 кг желаемой массы тела, восполнение дефицитов. Общий период похудения 11 месяцев.



• Вес пациентки в настоящее время 62 кг при росте 164 см, показатель удерживается уже 4 года. За счёт снижения массы тела с постоянного ношения компрессионного трикотажа (рукав + перчатка) перешла на ношение трикотажа только на физические нагрузки — рукав, отёк под контролем. Пациентка продолжает ежедневно нахаживать по 5–8 тыс. шагов, 2–3 раза в неделю выполняет силовую тренировку.

• Уменьшение в объёмах левой верхней конечности до 5 см, на данный момент разница в объёмах рук отсутствует.

Курс КФПТ, ношение компрессионного трикотажа, изменение образа жизни, пересмотр питания и физической активности приводят к значительному регрессу отёка у пациентов. Если увеличение веса человека на 3–4 кг в среднем даёт увеличение объёма отёкшей конечности на +1 см по всей длине, то это работает и в обратную сторону. Ограничение калорийности питания, усиление физической нагрузки, укрепление мышечного корсета ведут к сбросу веса в среднем на 2–5 кг в месяц, что, в свою очередь, ведёт к уменьшению отёка/объёма конечности на 1–2 см, более стабильному состоянию и контролю над отёком, что, в свою очередь, значительно улучшает качество жизни пациента.



ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФЕДЕМЫ В РОССИИ ПО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ЕВРОПЕЙСКОГО И МЕЖДУНАРОДНОГО ОБЩЕСТВ ЛИМФОЛОГОВ

- постоянное обучение врачей -> вы можете быть уверены, что вам предложат оптимальный (наиболее эффективный и безопасный) вариант лечения, который соответствует актуальным рекомендациям Ассоциации Лимфологов России (АЛР) и Международного общества Лимфологов (ISL)
- собственное производство компрессионного трикотажа -> позволяет сократить ваши затраты на лечение за счёт сокращения сроков производства и, следовательно, сроков лечения в 2 раза
- авторская технология удержания результатов лечения в т.ч. два патента (мы реально заморочились и сейчас наши решения одни из самых сильных в мире, а некоторые уникальны) -> гарантия удержания результата лечения
- лечащий врач и администратор, которые знают вашу ситуацию и остаются с вами на связи после лечения -> вы можете быть спокойны т.к. специалисты, которые будут заботиться о вас и помогут решить любые проблемы с лечением лимфедемы, удержанием результатов лечения
- различные варианты оплаты, рассрочки, кредит, оплаты от благотворительных фондов, минздравов, налоговые вычеты, собственные благотворительные программы клиники -> мы поможем вам справиться с лимфедемой вне зависимости от уровня ваших финансовых возможностей

Мы не продаём лечение лимфедемы или консультации. Наша задача сделать так, чтобы вы могли делать все, что хотите/нужно и не бояться, что отек будет расти и появятся осложнения.

ЗАПИСЫВАЙТЕСЬ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ И ЛЕЧЕНИЕ

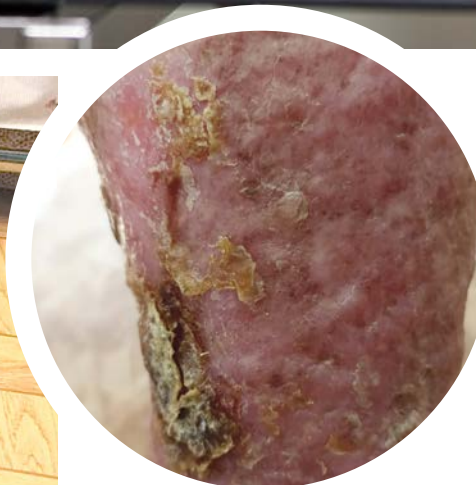
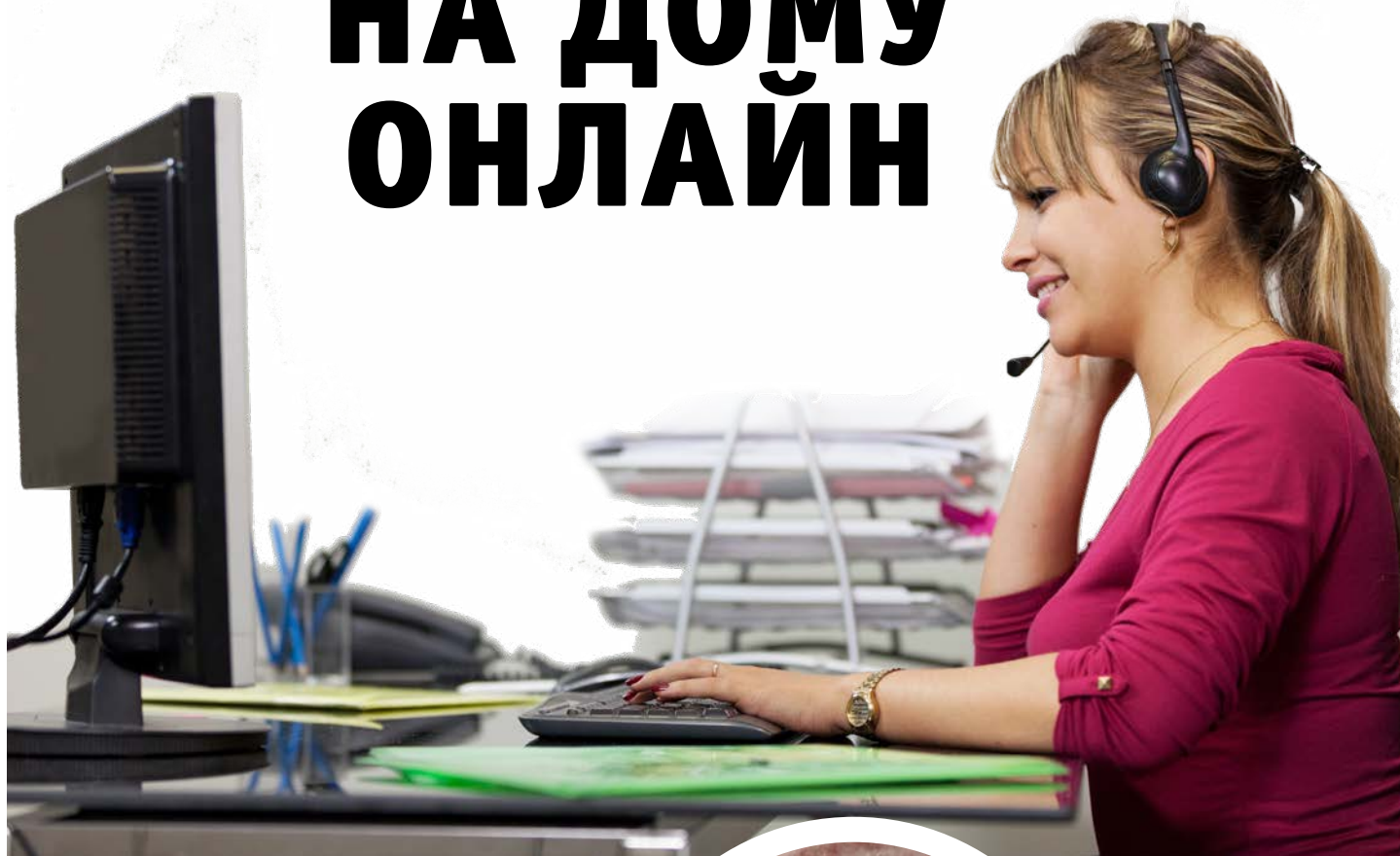
 **8 800 3333-961** (звонок по России бесплатный)  **+74956461786**  **www.limpha.ru**

 **119602, Москва, ул. Ак. Анохина, д. 4, корп. 3 (ст. м. Юго-Западная)**

ПРИСОЕДИНЯЙТЕСЬ К НАМ:



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА ДОМУ ОНЛАЙН



Лимфорея
левой нижней
конечности до
лечения

Состояние нижних конечностей до лечения

ПАЦИЕНТКА 1926 ГОДА РОЖДЕНИЯ.

ДИАГНОЗ: комбинированные отёки на фоне лимфовенозной недостаточности и общей коморбидности. Посттромбофлебетический синдром.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: хроническая болезнь почек 4-й степени, хроническая венозная недостаточность, плече-лопаточный периартроз, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, гипертоническая болезнь 3-й стадии.

ИЗ АНАМНЕЗА: отёки стали заметны последний год, когда появились трофические язвы на обеих голених и лимфорея на левой голени. Отёки за ночь не сходят, ощущаются боли в нижних конечностях.

На свежем УЗИ артерий нижних конечностей: атеросклероз и кальциноз (диабетическая ангиопатия), стеноз поверхностной бедренной артерии 70–80 процентов, окклюзия задней большеберцовой и малоберцовой артерий.

На УЗИ вен нижних конечностей: посттромботическая болезнь правой нижней конечности, тромбоз в стадии частичной реканализации берцовых вен, лимфостаз обеих голених.

НА ПОСТОЯННОЙ ОСНОВЕ ПРИНИМАЕТ: «Амлодипин», «Метопролол», «Рабепразол» (периодически), «Торасемид», «Молсидомин», «Гликлазид», «Гесперидин + Диосмин», «Амлодипин + Валсартан».

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОТЁКА: выраженный отёк пальцев, тыла стопы и голених обеих ног, симптом ямки по всей поверхности нижних конечностей.

ЛЕЧЕНИЕ. Поскольку пациентка находилась в другом городе и не было возможности её транспортировки, приняли решение дистанционно по онлайн-связи со специалистом по Комплексной физической противоотёчной терапии проводить поочерёдное мягкое многослойное компрессионное биндажирование нижних конечностей (по М. Foeldi) до колена бинтами низкой степени растяжимости и мягкой повязкой. Начали терапию с левой нижней конечности, так как там ситуация осложнялась лимфореей. Проводили ежедневное биндажирование до выхода на плато (когда по меркам отёк уже перестал уходить). В тот момент, также онлайн, сняли мерки на компрессионный трикотаж плоской вязки по индивидуальным параметрам 2-го класса компрессии производства Limphasage, Россия. Во время ожидания компрессионного трикотажа родственники продолжали биндажирование. После того как пациентка получила компрессионный трикотаж, он был надет, пальцы на стопе забинтовали во избежание отёка. Потом тот же процесс повторили с правой нижней конечностью.

РЕЗУЛЬТАТ: за время лечения в среднем окружности ног уменьшились до -7 см. Прекратилась лимфорея, трофические язвы зажили.

Сейчас пациентка на постоянной основе носит компрессионный трикотаж плоской вязки по индивидуальным меркам 2-го класса компрессии — гольфы на обе нижние конечности. Родственники также под гольфы бинтуют ей пальцы на стопах.

Пациентка самостоятельно передвигается, болевой синдром отсутствует.

В дополнительном лечении не нуждается, смена трикотажа будет производиться так же дистанционно каждые 6 месяцев.



Тамара Малхазиевна
Гирдаладзе
врач - лимфолог, терапевт.
Член Ассоциации
лимфологов России



Пациентка после лечения
левой нижней конечности,
в процессе лечения правой
нижней конечности



Состояние кожных покровов
после лечения



КУШАТЬ ПОДАНО!

ПРАВИЛЬНОЕ
ПИТАНИЕ ПРИ
ЛИМФЕДЕМЕ

Одна из важнейших задач пациентов с лимфатическим отёком — это контроль веса. Кроме того, что ожирение может стать причиной манифестации лимфедемы, сам отёк, в свою очередь, может косвенно влиять на массу тела как через снижение активности пациента, так и через эмоциональное состояние, когда человек начинает заедать тревогу и депрессию на фоне заболевания. Получается замкнутый круг.



Андрей Владимирович
Безбородов
врач-лимфолог,
хирург,
Член Ассоциации
Лимфологов России

ЛИМФЕДЕМА И ЛИШНИЙ ВЕС

При ожирении, особенно 3-й степени, лечение лимфатического отёка представляет собой титанический труд. Именно лишние килограммы становятся тем фактором, который стремительно снижает не только качество жизни, но и её продолжительность. Нагрузка повышается как на лимфатическую систему, так и на сердечно-сосудистую, дыхательную, нервную системы, страдает опорно-двигательный аппарат.

Важно помнить, если у вас ожирение, в частности 3-й степени, когда ИМТ (индекс массы тела) $> 40 \text{ кг/м}^2$, настоятельно рекомендуется снижать вес под контролем врачей, особенно если за спиной уже есть неудачные попытки похудеть самостоятельно. Сейчас довольно легко найти специальные калькуляторы и приложения для того, чтобы подсчитать показатель индекса массы тела.

КАК НАЧАТЬ ПРАВИЛЬНО ПИТАТЬСЯ?

Главный принцип медицины — «Не навреди!». Если есть ограничения по питанию в связи с заболеванием или лечением, их нужно учитывать!

Самое сложное при контроле питания — это, наверное, подсчёт калорий. От одной мысли, что вы будете с утра на завтрак рассчитывать миллиграммы и миллилитры продуктов в тарелке, уже возникает страх.

А отрицательные эмоции в самом начале пути — верный признак, что это занятие не продлится долго.

Но выход есть! Существует довольно простая методика, разработанная экспертами Гарвардской школы общественного здравоохранения, которую они называли «Тарелкой здорового питания» (известна у нас как просто Гарвардская тарелка).

Несмотря на довольно строгие правила в первоначальном варианте, давайте обговорим ряд условий, которые вам помогут не скатиться в аскетизм.



Лишние килограммы повышают нагрузку на лимфатическую систему



ЧТО НЕ ЕСТЬ?

Еда — это базовая потребность и базовое удовольствие человека. Без любимых продуктов и блюд, на фоне хронического заболевания человеку легче впасть в апатию и депрессию, а там вам уже будет всё равно на внешний вид и ваше здоровье. Так что, если у вас нет прямых противопоказаний к отдельным видам продуктов, вы их смело можете включать в эту методику.

Продукты, которые желательно ограничить по максимуму:

- трансжиры;
- переработанные продукты из красного мяса;
- газировки, а также напитки с сахаром, в том числе и соки, даже свежевыжатые;
- сильно жареное, копчёное;
- простые (быстрые) углеводы.

ЧТО ЕСТЬ?

Представьте вашу «Тарелку» диаметром — для женщин 20–22 см, а для мужчин — 22–24 см.

1. Ровно половину тарелки занимают фрукты и овощи (за исключением картофеля).

Самое главное — обеспечить максимальное разнообразие цветов и форм, это могут быть: варёные, пропаренные, запечённые, квашенные и ферментированные продукты.

2. Одну четверть тарелки вы отдаёте углеводам, предпочтительно цельнозерновым продуктам: пшеница, ячмень, киноа, овсянка, гречка, неочищенный рис, макароны из цельных сортов пшеницы.

Если вам вдруг стало обидно за картофель или вы любитель белого хлеба и шлифованного риса, отказывать себе в этих продуктах не стоит, но и делать из них основной источник питания тоже не нужно, ограничьте их до двух приёмов еды в неделю.

3. Ещё одну четверть тарелки занимает белковая пища: бобовые, молочные продукты, рыба, птица, яйца, нежирные сорта мяса, орехи.

Если вдруг вы большой любитель мясных субпродуктов и не представляете жизнь без чевапчицы, сосисок, купатов и котлет, то тут, как и с картошкой, ограничьте их потребление до двух раз в неделю. Следует учитывать высокую калорийность такой еды за счёт жира и часто повышенное содержание соли, так что выбирайте более здоровый вариант субпродуктов, сейчас предложение диетических продуктов в супермаркетах достаточно широко.

ВАЖНО! Не забывайте про умеренное количество жиров для приготовления пищи и заправки салатов, ограничивайте животные жиры, отказывайтесь от трансжиров в пользу растительных масел. Помните, что жиры — это самый калорийный элемент пищи и они присутствуют во многих других продуктах: орехи, авокадо, яйца, мясные и молочные продукты. Так что не увлекайтесь, но и не отказывайтесь. Полное ограничение жиров в пище быстро приведёт к проблемам со здоровьем, везде важен баланс.



ПРИМЕРНОЕ МЕНЮ ГАРВАРДСКОЙ ТАРЕЛКИ НА ДЕНЬ

Завтрак: 1/2 тарелки — помидоры, огурцы и сладкий перец, заправленные оливковым маслом, зелень; 1/4 тарелки — омлет или творог; 1/4 тарелки — тост из цельнозернового хлеба.

Обед: 1/2 тарелки — тушёные овощи (баклажан, брюссельская капуста, сладкий перец, лук, морковь), яблоко; 1/4 тарелки — индейка; 1/4 тарелки — гречка.

Ужин: 1/2 тарелки — овощи, зелень; 1/4 тарелки — рыба; 1/4 тарелки — рис.

СТЕПЕНИ ОЖИРЕНИЯ



ИМТ до 18,5 — недостаточный вес;



ИМТ 18,5–25 — нормальный вес.
Наименьший риск заболеваемости и смертности;



ИМТ 25–30 — предожирение.
Избыточная масса тела около 29%;



ИМТ 30–35 — 1-я степень ожирения. Избыточная масса тела 30–40%;



ИМТ 35–40 — 2-я степень ожирения. Избыточная масса тела 50–90%;



ИМТ 40 и выше — 3-я и 4-я степени ожирения. Превышение нормы веса более чем в 2 раза.

ПИТЬЕВОЙ РЕЖИМ

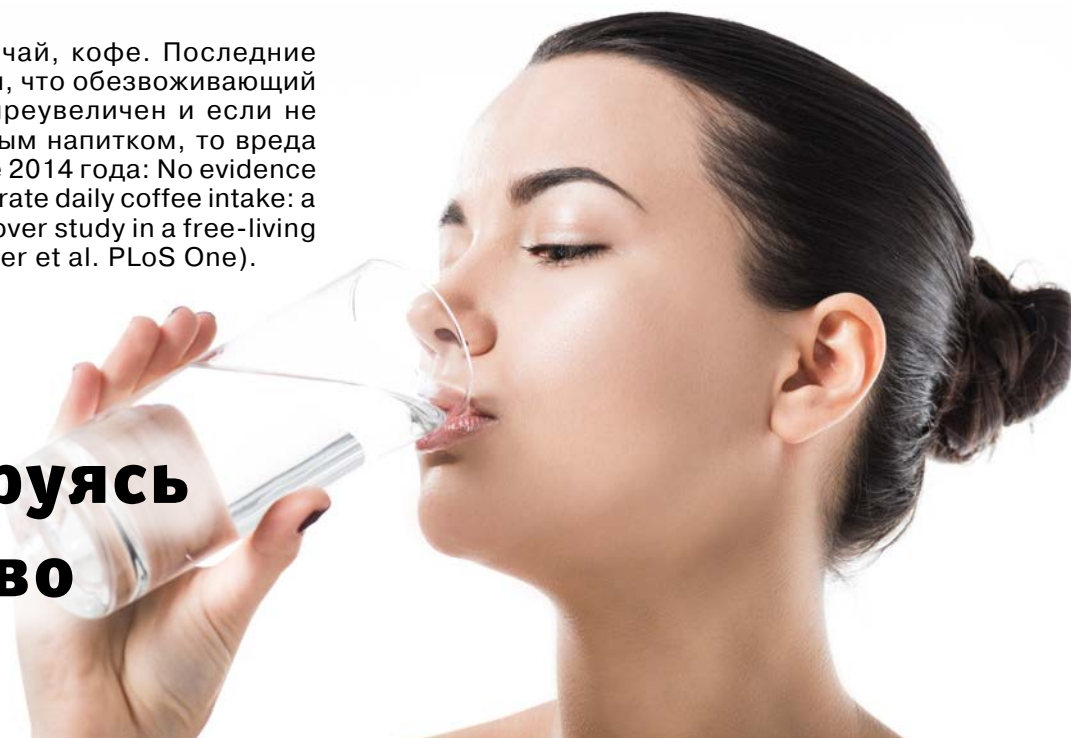
Что касается напитков, то спокойно ориентируйтесь на чувство жажды (если нет других рекомендаций от врачей по состоянию здоровья).

Ограничения составляют лишь сладкие, газированные, сильно горячие напитки, соки из-за высокого содержания природного сахара, алкоголь.

Спокойно пейте воду, чай, кофе. Последние исследования показали, что обезвоживающий эффект кофе сильно преувеличен и если не злоупотреблять любимым напитком, то вреда не будет (исследование 2014 года: No evidence of dehydration with moderate daily coffee intake: a counterbalanced cross-over study in a free-living population. Sophie C Killer et al. PLoS One).

Молоко и кисломолочные напитки ограничивайте в случае непереносимости. Если молочное переносите хорошо, то один-два стакана (200 мл) в день не навредят.

Пейте, ориентируясь на чувство жажды



СПОРТ — ЭТО ЖИЗНЬ?

И последний (но не по важности) компонент Гарвардской тарелки — физическая активность. Повысить повседневную активность достаточно просто, хоть иногда и очень лень:

- пользуйтесь общественным транспортом, а не личным автомобилем;
- поднимайтесь по лестнице, а не на лифте;
- самостоятельно убирайтесь дома, а не заказывайте клининг;
- лично ходите в магазин за продуктами, а не заказывайте доставку;
- проводите с семьёй активные выходные: бассейн, велосипед, боулинг, прогулки в парке, рыбалка, пикники, лыжи и сотни других способов, которые не только улучшат ваше здоровье, но и укрепят взаимоотношения в семье.

В ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Помните! Это лишь рекомендации, ваша «Тарелка» действительно может выглядеть как разделённый на части круг.

Вооружившись вышеуказанными принципами, вы способны приготовить салат, суп или собрать себе ланч-бокс на работу. Некоторые продукты, например орехи, бобовые и грибы, могут отвечать как за белковую часть, так и за углеводную.

Не стоит сразу все приёмы пищи за день подстраивать под Гарвардскую тарелку, дайте себе привыкнуть, ограничьтесь одним-двумя приёмами пищи в первые недели.

Важно качество потребляемых углеводов, а не их количество. Главное — разнообразие: чем больше вариаций цветов, форм, видов и размеров продуктов, тем лучше.

Гарвардская тарелка — лёгкий способ организовать себе здоровое питание. Это не только про похудение, это и про образ жизни.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЛИМФЕДЕМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рак молочной железы (РМЖ) — основная причина онкологической заболеваемости и смертности женского населения в экономически развитых странах, в том числе и в России.



Андрей Геннадьевич Иванов,
врач - лимфолог, специалист
по ультразвуковой диагностике,
сердечно - сосудистый хирург.
Главный врач МЦ «Аванта»,
г. Санкт-Петербург

По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2020 г. было зарегистрировано свыше 2,3 млн новых случаев РМЖ в женской популяции.

С начала 2023 года медики выявили в России 77 000 случаев заболевания. Подавляющее большинство случаев РМЖ подлежит оперативному вмешательству в сочетании с лимфодиссекцией и последующим проведением лучевой терапии.

На сегодняшний день самой распространённой причиной развития лимфедемы верхних конечностей у женщин в развитых странах являются именно методики проведения лечения РМЖ. Так, по разным данным, при комбинированном лечении РМЖ в зависимости от вида и объёма оперативного вмешательства, объёма выполняемой лимфодиссекции, степени агрессивности проводимой последующей лучевой терапии риск развития лимфедемы может составлять до 40–70%.



По данным Ассоциации лимфологов России, риск развития постмастэктомического синдрома у женщин — 12–61%. Даже после биопсии сторожевого лимфоузла (БСЛУ) лимфедема может появляться в 5% случаев.

Примерно у 300 000 женщин в мире ежегодно развивается это заболевание

Наибольшее число дебютов лимфедемы приходится на первые 3 года!

Далее число дебютов со временем начинает снижаться, но к 0 никогда не приходит! Поэтому очень важно, чтобы те профилактические мероприятия, о которых должна быть проинформирована каждая пациентка, прошедшая лечение РМЖ, присутствовали пожизненно (а особенно первые 3 года).

В дальнейшем все рекомендации остаются теми же самыми, однако условия их соблюдения можно несколько ослабить

(замеры, режим ношения трикотажа и др.). Цель данной статьи — определиться и понять, что входит в понятие первичной профилактики лимфедемы при лечении РМЖ, какие виды её существуют, а также попробовать разобраться, как оперирующий хирург-онколог, реконструктивный хирург, а также врач-лимфолог может если не полностью предотвратить развитие лимфедемы, то хотя бы предельно минимизировать риск её появления в последующем.



**С начала 2023
года медики
выявили
в России
77 000 случаев
заболевания
РМЖ**

Что же входит в понятие первичной профилактики лимфедемы?

Если мы говорим об этапах лечения РМЖ, то первичная профилактика должна начинаться на этапе оперативного вмешательства. Т. е. в понятие «первичная профилактика» входят:

- хирургические методики по профилактике лимфедемы (Lymphedema preventive surgery);
- рациональные техники оперативного вмешательства — БСЛУ, сохранение венозных сосудов и прочее;
- рациональное применение лучевой терапии.

Теперь давайте разберём более подробно каждый пункт этого списка.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЛИМФЕДЕМЫ (LYMPHEDEMA PREVENTIVE SURGERY)

К хирургическим методикам по профилактике лимфедемы относятся микрохирургические техники, выполняемые в процессе операции по поводу РМЖ. Суть техники заключается в наложении лимфовенозных анастомозов (ЛВА).

На этапе лимфодиссекции пересекаются здоровые лимфатические сосуды. В этот момент хирург находит здоровую вену в подмышечной области и сшивает её со здоровым, но уже пересечённым лимфатическим сосудом. Формирование ЛВА на таком этапе с ещё неизменённым лимфатическим сосудом является одним из основных видов первичной профилактики лимфедемы с очень высокой степенью эффективности.

НЕМНОГО ИСТОРИИ ВНЕДРЕНИЯ МИКРОХИРУРГИЧЕСКИХ ПРАКТИК В ЛЕЧЕНИЕ РМЖ.

Одним из первых, кто начал внедрять в практику микрохирургические методики при операциях по поводу РМЖ, был испанский хирург J. Masia. В 2009 г. он разработал технику, которую назвал Total Breast Anatomy Restoration (T-BAR). Суть её заключалась в следующем. В момент удаления опухоли и лимфодиссекции, выполнялась пластика МЖ тканями из живота, и в этих тканях содержались лимфатические узлы.

Сложностями данной методики стали определённые моменты:

- Очень высокая продолжительность операции, к тому же требующая больших навыков работы с лоскутами. Не все пациентки подходили анатомически с точки зрения этого лоскута.
- Высокий риск деваскуляризации лоскута (некроз).
- Возможность развития лимфедемы в той зоне, откуда был забран лоскут.
- Риск, что со временем лимфатический узел перестанет работать.
- Вероятность, что этот лоскут не соединится с лимфатической системой в области выполняемой операции.

В итоге эффективность доказать не удалось, а риски и стоимость остались высокими. В 2011 г. итальянский врач F. Voccardo разработал протокол LYMPHA — Lymphatic Microsurgical Preventive Healing Approach.

Значительным плюсом этой операции являлось то, что её мог выполнить не микрохирург (не требовалось 40-кратное увеличение). Суть операции заключалась в пересечении нескольких лимфатических коллекторов, формировании их в единый

пучок и вставлении его в вену большего диаметра. Количество случаев лимфедемы начало снижаться, но появилась одна проблема — многие анастомозы при такой технике операции стали тромбироваться.

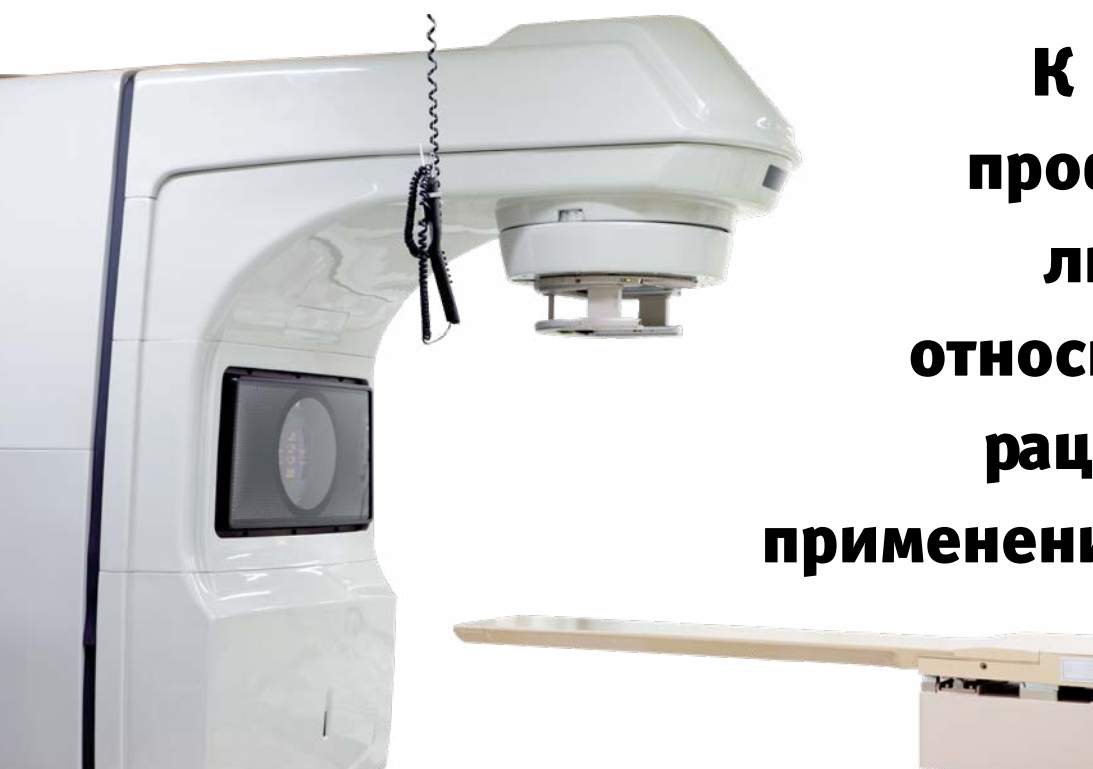
В 2014 г. J. Masia разработал новый метод T-LAR — классическая техника лимфовенулярного анастомоза, но который осуществляли в подмышечной области. Пересечённые лимфатические сосуды сшивали по всем канонам микрохирургиче-

ской техники с находящимися рядом венами. Если удаляли один лимфоузел, то сшивали один сосуд с веной; если удаляли несколько узлов, сшивали несколько сосудов. Этот подход помог снизить частоту дебютов лимфедемы с 32% (control group) до 5,8%.

К сожалению, такие операции до сих пор не носят рутинного характера ни в России, ни в других странах и в широкой практике не применяются.

К хирургическим методикам по профилактике лимфедемы относятся микрохирургические техники, выполняемые в процессе операции по поводу РМЖ





К первичной профилактике лимфедемы относится также рациональное применение лучевой терапии

РАЦИОНАЛЬНЫЕ ТЕХНИКИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА — БСЛУ, СОХРАНЕНИЕ ВЕНОЗНЫХ СОСУДОВ

Помимо хирургических методик по профилактике лимфедемы (Lymphedema preventive surgery), о которых речь шла выше, к первичной профилактике лимфедемы относятся некоторые меры, за которые мы как лимфологи не отвечаем. В частности, это рациональные техники вмешательства — биопсия сторожевого узла (БСЛУ), сохранение венозных сосудов.

Во время оперативного вмешательства надо убирать лишь столько лимфоузлов, сколько необходимо, если, конечно, нет показаний к выполнению расширенной лимфодиссекции. Чаще всего удаляют 2-3 лимфоузла. Для этого необходимо делать БСЛУ при малейшей возможности, когда это допускается клинической ситуацией.

Суть методики заключается в удалении только поражённых лимфатических узлов с сохранением максимально возможного количества здоровых. Поражённые выявляются специальными методиками контрастирования. Для этого может быть использован радиофармпрепарат «Нанотоп», который вводят подкожно или внутривенно параареолярно, за 18–24 часа до операции. Накопление радиофармпрепарата в лимфоузлах определяется через 60–90 мин. после введения с использованием сканирующих приборов до операции или уже интраоперационно.

Кроме того, для контрастирования сторожевых лимфатических узлов иногда используется флуоресцентный метод ICG-лимфографии, где в качестве красящего вещества используется индоцианин зелёный, который вводится за несколько минут до операции.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

К первичной профилактике лимфедемы относится также рациональное применение лучевой терапии.

Напомним, что первым повреждением лимфатической системы является непосредственно хирургическое вмешательство, вторым — лучевая терапия.

От того, в каком режиме она проводится, насколько правильно рассчитана доза, куда она направляется и проникает, зависит то, как окружающие ткани отреагируют на такую терапию. Конечно же в ряде случаев определённую роль играют индивидуальные особенности пациентки, но именно от того, как врач лучевой терапии и медицинский физик рассчитали все параметры терапии, во многом зависит, что произойдёт с мягкими тканями.

К сожалению, на практике после проведения лучевой терапии нередко приходится сталкиваться не только с ожогами кожи, но и с ожогами лёгких, сердца, вплоть до ожога спинного мозга.

В ЗАКЛЮЧЕНИЕ ХОТЕЛОСЬ БЫ СКАЗАТЬ НЕСКОЛЬКО СЛОВ, КАК ОБСТОИТ СИТУАЦИЯ С ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ ЛИМФЕДЕМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РМЖ В РОССИИ.

Всё больше и больше специалистов в России начинают внедрять новые современные хирургические техники, направленные на уменьшение риска появления лимфедемы в послеоперационном периоде.

Наверное, на сегодняшний день одним из лидеров в этом направлении является Республиканский клинический онкологический диспансер имени профессора М. З. Сигала в городе Казани.

Там накоплен самый большой в России опыт внедрения протокола ЛМРНА в повседневную практику. Напомню, протокол ЛМРНА — это реконструкция лимфатического коллектора в виде наложения лимфовенозных анастомозов в подмышечной области одновременно с аксиллярной лимфодиссекцией и проводимой БСЛУ. В частности, занимается этой проблемой доктор Овчинникова Ирина Вадимовна.

Ниже приводятся результаты накопленного опыта по применению протокола ЛМРНА, а также использованию БСЛУ. Данные предоставлены Овчинниковой И. В.

Частота лимфедемы руки после полных подмышечных лимфодиссекций — 19,9% (13,5–28,2%).

Частота лимфедемы руки после биопсий сторожевых лимфоузлов — 5,6% (5,1–7,9%).

Частота лимфедемы руки без наложения ЛВА в подмышечной области — 30,43%.

Частота лимфедемы руки после наложения ЛВА в подмышечной области — 4,34%.

Методика операции Овчинниковой И. В. называется Octopus, когда соединяется несколько лимфатических сосудов (как лапки осьминожки), которые, в свою очередь, соединяются с веной, и получается мульти ЛВА. Причины предпочтения ЛВА Octopus — достаточно крупный размер вен и возможность использования сразу нескольких лимфатических протоков.

Результаты работы за 6 месяцев

	1-я группа (лимфодиссекция + ЛВА) 33 пациента	2-я группа (лимфодиссекция без ЛВА) 48 пациентов
Длительность операции	110 мин.	65 мин.
Кровотечение	1 (3%)	0
Воспаление раны	0	0
Длительность лимфореи	4,9 дня	14,2 дня
Лимфедема верхней конечности	9%	18,75%

Данные предоставлены Овчинниковой И. В.

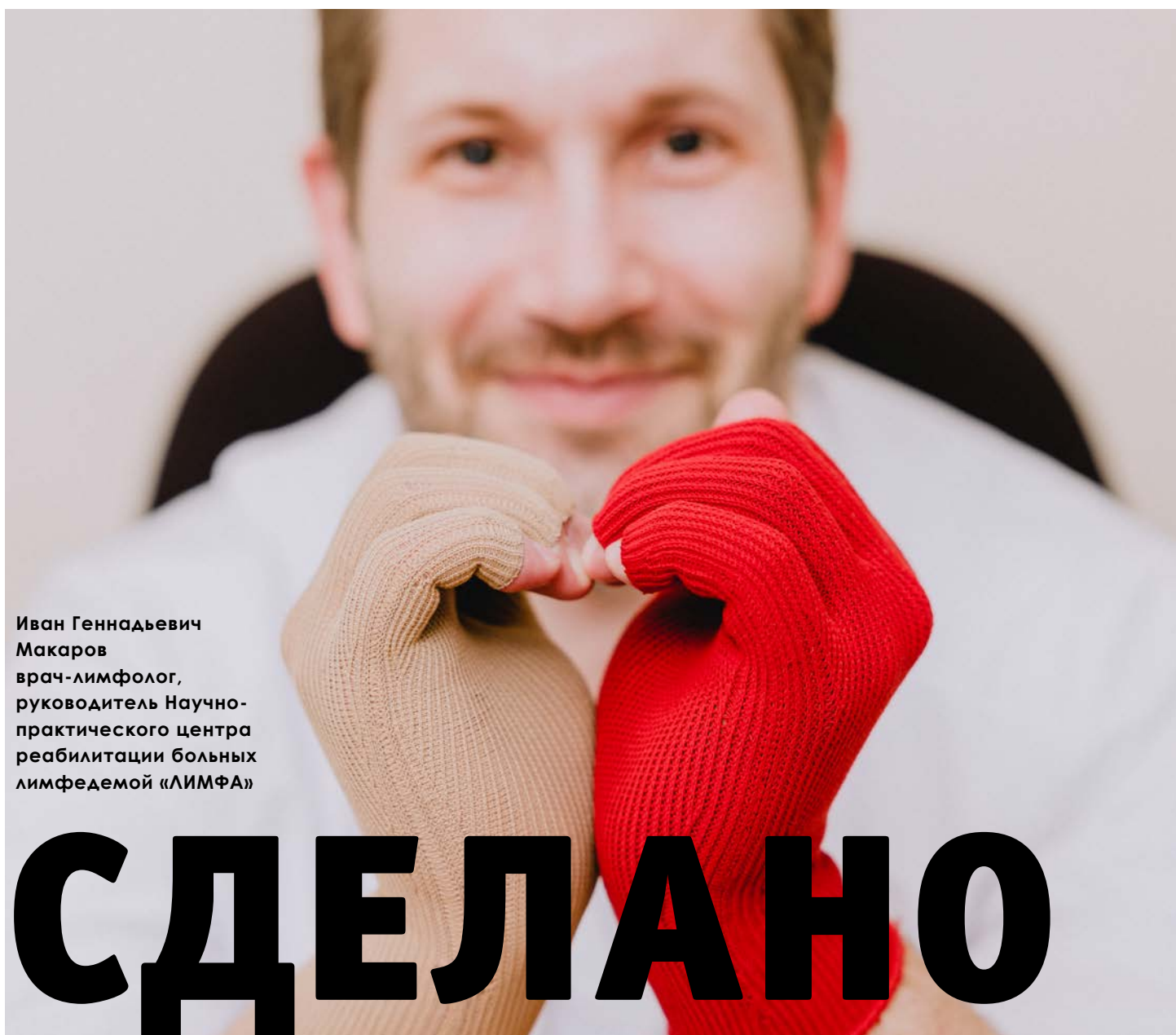
Длительность операции с наложением ЛВА длится в среднем на 45 мин. дольше, но результаты операции по определённым критериям, таким как лимфорея и развитие лимфедемы верхней конечности, улучшаются в разы.

Ирина Вадимовна Овчинникова,
онколог-маммолог, пластический
хирург, г. Казань



Подводя итог теме хирургической профилактики, можно сказать, что направление очень перспективно. Понятно, что всё сложно и с организационной, и технической, и финансовой точки зрения, но уже сейчас очень важно доно-

сить эту информацию до хирургов-онкологов, особенно молодых, чтобы понимать, что такие методики профилактики лимфедемы должны всё шире внедряться в повседневную практику оперирующих хирургов.



Иван Геннадьевич
Макаров
врач-лимфолог,
руководитель Научно-
практического центра
реабилитации больных
лимфедемой «ЛИМФА»

СДЕЛАНО В РОССИИ

КОМПРЕССИОННЫЙ ТРИКОТАЖ РФ

Одной из главных новостей российской лимфологии за последние несколько лет стало появление отечественного производства компрессионного трикотажа плоской вязки по индивидуальным меркам — LIMPHACARE.

Нам пришлось поставить на паузу многие проекты, в т. ч. журнал. Поэтому в первых после перерыва выпусках мы решили рассказать историю появления российского компрессионного трикотажа, познакомить вас с людьми, сделавшими этот проект реальностью, пообщаться с использующими его врачами, а также с пациентами, которые в нём живут.

ЗАЧЕМ?

Сперва давайте ответим на вопрос, зачем понадобилось создание производства компрессионного трикотажа в России. Для этого нам нужно будет вернуться к 24 февраля 2022 года, когда началась специальная военная операция.

Сразу пациенты с лимфедемой столкнулись с тем, что все дистрибьюторы немецкого компрессионного белья прекратили официальную работу в нашей стране. Обходные пути были доступны, но очень сильно увеличивали стоимость таких изделий. Например, чулок по индивидуальным меркам мог стоить до 70–80 тыс. руб., а стоимость колгот доходила до 150 тыс. руб.

Врачи, которые занимались лимфатическими отёками, всерьёз рассматривали создание белья для удержания результатов лечения из неопрена (материал, используемый при изготовлении костюмов для аквалангистов) или за счёт выкраивания изделия из уже готового трикотажного полотна плетёной вязки.

В Научно-практическом центре реабилитации больных лимфедемой «ЛИМФА» на тот момент был достаточно большой опыт подгонки компрессионных изделий, что позволило достаточно быстро убедиться в том, что подобные подходы не помогут пациентам с болезнью добиться удержания результата терапии и сохранить достаточное качество жизни. Неопрен — слишком толстый материал, который плохо пропускает воздух, и находиться в нём долго крайне сложно. Скроенные из трикотажного полотна образцы либо не удерживали результат, либо расплзались при повышении натяжения и создания необходимого уровня компрессии.

Мы начали искать фабрики, которые занимаются производством компрессионного белья, ортопедической продукции и чулочно-носочных изделий. Ездили по всей России и соседним республикам, общались с представителями руководств и технологами. Однако везде встречи проходили по очень схожим сценариям. Когда мы рассказывали о проблеме, то видели неподдельный интерес со стороны производства, но, когда речь заходила о том, что для наших пациентов нужны не серийные, а индивидуальные изделия, — интерес исчезал, нам желали удачи, и мы ехали на следующую фабрику. Таким образом найти экспертов в трикотажной промышленности, которые могли бы помочь людям с лимфедемой, нам не удалось.

Аналогично ситуация обстояла с инвесторами. Для старта проекта требовались большие вложения, а предсказать, получится ли у нас

продукт, соответствующий требованиям к удержанию результатов лечения, длительности функционирования, безопасности для пациентов, мы не могли. Казалось, что выхода нет...

К тому моменту ситуация с компрессионным трикотажем из Германии стабилизировалась, продавцы наладили импорт, но изделия не отвечали медицинским требованиям. При правильном подходе такое бельё должно быть надето на человека в последний день лечения, а при проведении хирургического вмешательства — непосредственно на операционном столе. Это требует получения компрессионного трикотажа в кратчайшие сроки, как правило не более 1–2 недель. Однако привычный путь поставки продукции занимал теперь около 3 месяцев, а ускоренный — увеличивал стоимость изделий в 2–3 раза. Вся нагрузка падала на пациентов, и многие больные лимфедемой не могли позволить себе лечение, что приводило к прогрессированию заболевания и развитию осложнений.

КАК?

Поскольку помощи ждать оказалось не от кого, мы решили, что единственная возможность добиться выпуска компрессионного трикотажа в России — создать его самостоятельно.

Тут же появился главный вопрос о станках для создания такого белья. Их производят в трёх странах: Китай — стоят дёшево, нет никаких проблем с логистикой; Япония и Германия —

**В НПЦ «Лимфа» самый
большой в России
опыт подгонки
компрессионных
изделий**





Компрессионный гольф
LIMPHACARE (Россия),
январь 2024 года



машины дорогие, а доставят или нет, непонятно. Однако, на этапе попыток изготовления трикотажа из полотна, мы столкнулись с тем, что произведённые на китайском станке образцы отличались от привычных нам немецких изделий грубостью и значительной толщиной.

Поэтому, чтобы исключить риск, связанный с отличиями станков, решили пойти самым дорогим и непредсказуемым путём — заказывать оборудование в Германии. В тот период санкции накладывались почти каждый день и не было никакой уверенности в том, что мы получим необходимое оборудование.

Через некоторое время нам удалось найти компанию, которая обещала организовать закупку немецких станков для изготовления медицинского компрессионного трикотажа плоской вязки. Специалисты заверяли, что это оборудование позволит получать бельё, по качеству схожее с ведущими немецкими производителями, и мы согласились.

Следующей проблемой стал поиск денег. Как уже сказал выше, привлечь инвесторов не

смогли, и пришлось привлекать заёмные средства. Технически я не просто приостановил многие проекты, а поставил под угрозу их существование и благополучие своих близких, т. к. если бы нам не удалось запустить производство, то отдавать кредиты оказалось бы нечем. Однако мои близкие поддержали меня, и оборудование было заказано.

Пошли месяцы транспортировки станков и изготовления изделий. Время ушло на поиск специалистов в области производства компрессионного трикотажа, способов доставки в Россию сырья из Германии и многого другого, что требовалось для запуска. Однако, когда спустя 6 месяцев, оборудование пришло, никого и ничего из этого найти не удалось...

На самом деле мы нашли поставщиков пряжи, снабжающих немецкие фабрики, получили образцы, разобрались в функционале специалистов и сделали много других действий, которые приближали нас к цели. При этом возможности гарантированно доставлять сырьё из Европы или нанять мастера по изготовлению компрессионного трикотажа было невозможно.

Специалистов, как и производителей изделий плоской вязки, в нашей стране попросту не существовало.

Это означало только одно: нам надо было самим изучить все производственные процессы и с нуля создать технологию выпуска компрессионных изделий для пациентов с лимфедемой. Когда я открывал учебник «Трикотажное производство», то думал, что, проходя обучение в медицинском вузе, сталкивался со сложной литературой. Однако это было моё сильное заблуждение. Справедливости ради надо сказать, что я так и не справился с этой книгой, но нам удалось подготовить человека, который прошёл обучение, возглавил производство и сделал реальным появление компрессионного трикотажа плоской вязки в России.

В декабре 2022 года мы связали первое такое изделие на территории нашей страны. Оно выглядело очень похожим на то, что мы используем в своей клинической практике, но при ближайшем рассмотрении это оказалось не так. Трикотаж был более тонким, чем у немцев, и удерживать результаты лечения — не мог.

У меня возникли вопросы к поставщикам оборудования, и мне ответили, что наши машины более высокого класса, чем те, которые используют немецкие производства. Стало непонятно, что делать дальше, но мы не сдались и продолжили дорабатывать технологию изготовления.

Спустя несколько месяцев, в марте 2023 года, мы выпустили первые изделия, которые начали использовать пациенты НПЦ «ЛИМФА». С точки зрения эффективности трикотаж показал себя достаточно хорошо, а вот в плане комфорта и долговечности ещё нужно было работать.

К тому времени мы полностью перешли на отечественное сырьё и немецкие нитки использовали только для сшивания образцов (как покажет время, это оказалось ошибкой). Компрессионное бельё хорошо удерживало результат лечения, мы создали алгоритм подбора таких изделий и запустили его в работу.

Нам удалось добиться самых маленьких в мире сроков изготовления трикотажа для пациентов с лимфедемой. В некоторых случаях от момента снятия мерок до надевания компрессионного белья уходило менее суток. Наши изделия стали заказывать врачи-лимфологи из других городов, т. к. это позволяло снизить финансовую нагрузку для пациентов и получить гарантированное удержание результатов лечения.

Спустя два года мы сумели научиться производить все основные изделия для людей с лимфедемой — гольфы, чулки, колготы, легинсы, перчатки, рукава. А также смогли разработать и получить патенты на полуперчатки, которые позволяют удерживать отёк тыльной поверхности кисти в сложных клинических случаях.

Наш компрессионный трикотаж используют в лимфологических клиниках от Калининграда до Хабаровска. А в самых крупных лимфологических центрах он занимает более 90% от всех заказываемых ими изделий.

Бренд такого белья мы назвали — LIMPHACARE, поскольку забота (англ. care) о людях с болезнью является ключевой ценностью нашей клиники с момента её основания, и теперь мы стараемся воплотить этот подход в наших изделиях, которые помогают удерживать результаты лечения, минимизировать его сроки и затраты пациентов, дает людям возможность жить с лимфедемой полной жизнью.

КОММЕНТАРИИ ВРАЧЕЙ, ИСПОЛЬЗУЮЩИХ КОМПРЕССИОННЫЙ ТРИКОТАЖ LIMPHACARE

▼ ГАДЖИЕВ МАРАТ МАГОМЕДМУРАДОВИЧ, СОСУДИСТЫЙ ХИРУРГ, ЛИМФОЛОГ, Г. МАХАЧКАЛА

Чаще всего в своей практике мы используем компрессионные изделия фирм Medi, Германия, и Limphacare, РФ. Из отечественного трикотажа чаще всего заказываем рукава и перчатки, я также применяю его у тяжёлых пациентов, где очень важны сроки доставки белья. Основные два преимущества российского бренда — это удержание отёков и быстрота доставки.

▼ АЛИБЕКОВ ГАДЖИКУРБАН ХАВУЛИТДИНОВИЧ, ФЛЕБОЛОГ, ЛИМФОЛОГ, Г. МАХАЧКАЛА

В нашей клинике лечатся одновременно от 5 до 15 пациентов. На сегодняшний день отечественный компрессионный трикотаж у нас на первом месте. Сложностей в работе с российским производителем как таковых нет. Самое главное — объяснить пациенту, что такое плоская вязка и зачем она ему нужна. Основные плюсы изделий РФ — это быстрота заказа, то, что компрессионное изделие работает (именно так, как мне нужно). А также я знаю, что такое бельё комфортно.

▼ ЛЮБИМОВА НИНА ВИКТОРОВНА, РУКОВОДИТЕЛЬ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФЕДЕМЫ «ЛИЛЕЯ», Г. БАРНАУЛ

Средний поток находящихся на лечении пациентов в нашей клинике — это от 10 до 20 человек в месяц. Естественно, на приёме мы рассказываем про компрессионный трикотаж, как его носят. Говорим о производителях, индивидуальном подборе, плоской и круглой вязке.

Самая большая сложность — индивидуальное изготовление. Очень редко что-то подобное подходит пациенту сразу на сто процентов. Причём это касается не только компрессионного трикотажа, но и любого индивидуального изделия. Потому что мы совершенно разные, у нас у всех совершенно по-разному протекает лимфедема. Это невероятно индивидуальное заболевание, и то, что подходит одному, абсолютно не факт, что подойдёт другому.

Врач может наработать какую-то базу случаев, делать некие прогнозы, но не всегда они будут 100%-но сбавлять. Поэтому основная трудность в подборе любого компрессионного трикотажа, изготавливаемого по уникальным параметрам (неважно, какой это производитель — Medi, Bauerfeind или Limphacare), — сразу угадать с той индивидуальностью, про которую мы говорим.

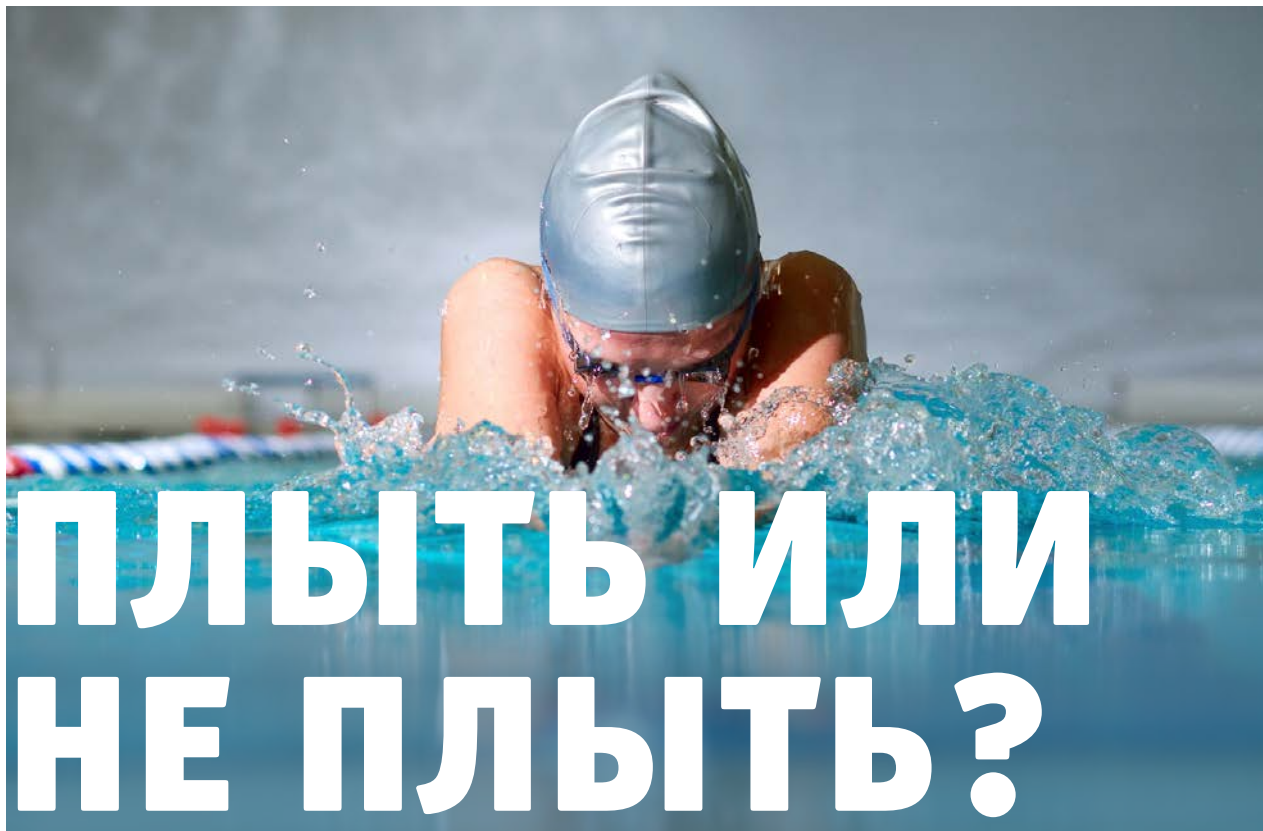
Можно уметь снимать мерки абсолютно всем. Но вот, например, после овариэктомии отекает нога, и вроде бы ты правильно записываешь параметры, но после надевания чулка понимаешь, что хоть и правильно, но этот размер надо было снять всё-таки либо более свободно, либо, наоборот, убрать один сантиметр. То есть вот такие моменты сразу не просчитываются.

И с любым трикотажем проблема в том, что ты или его каким-то образом пытаешься подогнать, ушиваешь, или, допустим, придумываешь второе изделие либо выполняешь подбинтовку на ночь. Тем временем пишешь рекламацию производителю, ждёшь переделку, это всё сроки.

Решение проблем с трикотажем — это либо его подгон, либо замена, и здесь очень важны отношения клиники с изготовителем трикотажа. С российским трикотажем плюс в том, что период подгонки уменьшаются. Зарубежные партнёры, к сожалению, ко всем рекламациям относятся, скажем так, крайне негативно. И даже если они конкретно косячат, то в основном пытаются переложить вину на заказчика изделия.

Поэтому договорённости, взаимоотношения, которые существуют с российским производителем трикотажа Limphacare, очень ценны, потому что он практически во всех вариантах идёт на встречу, помогает. Это благоприятно сказывается не только на имидже бренда, но и на нас как на клинике, которая его рекомендует. Естественно, от такого взаимопонимания в конечном итоге выигрывает пациент.





ПЛЫТЬ ИЛИ НЕ ПЛЫТЬ?

ОСОБЕННОСТИ ПЛАВАНИЯ ПРИ ЛИМФЕДЕМЕ

«Доктор, скажите, какой вид спорта самый лучший для меня?» — один из самых распространённых вопросов, которые я получаю от пациентов с лимфедемой. И мой ответ — безусловно, плавание.



Варвара Васильевна Ивлева,
врач-лимфолог, терапевт
Член Ассоциации Лимфологов России
Многочисленный призер в соревнованиях
по плаванию в категории «Мастерс» на
дистанции 1500 метров; первый человек
в мире, переплывший озеро
Балхаш (20 км)

ЧТО ТАКОГО В ПЛАВАНИИ?

О пользе плавания есть великое множество фактов, спорить с которыми бессмысленно. Ведь во время занятий этим прекрасным видом спорта не работает разве что язык. Остальные части тела в той или иной степени активно вовлечены в процесс.

Чем конкретно полезно плавание при лимфедеме?

■ Водное пространство — значительно более плотная среда, чем воздушное, что

обеспечивает дополнительное давление извне на работающие части тела. Таким образом, нашей рекомендацией «заниматься спортом только в компрессионном трикотаже» можно смело пренебречь, если вы выбираете плавание. Когда вы находитесь в воде, то испытываете давление как у компрессионного чулка, а это примерно 20–30 миллиметров ртутного столба. Именно поэтому занятия в воде без компрессионного трикотажа сопоставимы с упражнениями в нём на суше.

■ Работа мышечно-суставной помпы способствует движению

лимфы по лимфатическим сосудам и стимулирует дренажную функцию регионарных лимфатических узлов.

■ Форсированное дыхание стимулирует отток лимфы по грудному лимфатическому протоку.

■ Плавание считается высокотехничным и сложнокоординированным видом спорта, во время занятий которым наш организм участвует в динамической работе с фазами напряжения и расслабления. Здесь нет места статике, которая не рекомендуется пациентам с лимфедемой.

ПРИМЕР ЛЕЧЕБНЫХ УПРАЖНЕНИЙ В ВОДЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФЕДЕМОЙ:

Перед выполнением этих и других упражнений в воде необходима консультация врача-лимфолога и врача-онколога (если лимфедема связана с онкологическим заболеванием). Данные упражнения являются общеукрепляющими и даны в качестве примера того, что можно выполнять, посещая бассейн.

Разминка. Исходное положение: стоя по пояс в воде.

- ходьба вперёд,
- ходьба приставным шагом,
- ходьба спиной вперёд,
- марширование.

Данные упражнения в разных сочетаниях выполняются в течение 2–10 минут в зависимости от вашего желания и самочувствия.

Упражнения на нижнюю часть тела. Исходное положение: стоя по пояс в воде, держась рукой за бортик при необходимости.

- Делайте выпады в сторону одной ногой, затем другой (10–20 повторений для конечности)
- Затем делайте выпады каждой ногой поочерёдно вперёд и назад (так же по 10–20 повторений для конечности)
- Марширование (поднятие колена к животу) (по 10–20 повторений для конечности)
- Отведение ноги, согнутой в колене, назад, стоя при этом на другой (10–20 повторений для конечности)
- Перекатывание с носка на пятку, находясь в воде (10–20 повторений)

Упражнения для верхней части туловища. Исходное положение: стоя по пояс в воде.

- Разведите руки в стороны, а затем сомкните перед собой (можно использовать дополнительно водные гантели) (10–20 повторений)
- Поднимите руки вверх и опустите (при желании можно брать дополнительные отягощения) (10–20 повторений)
- Отжимание от бортика бассейна (можно выполнять на бицепс и на трицепс) (10–20 повторений)

Кардиотренировка:

- Бег трусцой (2–10 минут по желанию)
- «Велосипед» по глубокой воде (с поясом для плавания или используя нудл) (2–10 минут по желанию)
- Имитация ходьбы на лыжах по глубокой воде (с поясом для плавания или используя нудл) (2–10 минут по желанию)
- Прыжки в глубокой воде (с поясом для плавания или используя нудл) (2–10 минут по желанию)



■ Для людей с лишним весом важно снятие осевой нагрузки с позвоночника и суставов во избежание развития артритов и артрозов.

■ Большая теплопроводность и теплоёмкость водной среды по сравнению с воздухом позволяет проводить физические тренировки при более низкой температуре воды, что имеет важное значение у больных с лимфедемой.

■ Увеличение теплоотдачи в воде активирует обмен веществ в организме, поэтому при физических упражнениях в бассейне расходуется больше энергии, чем при занятиях в зале.

В идеале начинать занятия под руко- водством грамотного тренера

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЗАНЯТИЙ В ВОДЕ

Большинство упражнений выполняется на небольшой глубине, примерно по пояс, вы должны уверенно наступать и ходить по дну. Можно сочетать лёгкие упражнения в воде и плавание

Начать лучше с плавания любым стилем в удобном для себя темпе, далее перейти к упражнениям в воде, а потом также завершить тренировку лёгким плаванием в своё удовольствие. Полезны также любые дыхательные упражнения в воде, так как благодаря им усиливается лимфоток по всему организму. Их можно добавлять между основными упражнениями и в перерывах между заплывами.

МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

Нужно понимать, что пациент с лимфедемой имеет небольшие ограничения по физической нагрузке. Есть ряд правил, которые надо соблюдать, чтобы занятия плаванием приносили только пользу.

Резкое увеличение физической нагрузки, интенсивное плавание в течение 45 минут, может являться стрессом для организма и даже спровоцировать увеличение отёка.

Во время любых физических упражнений происходит усиление кровообращения, что приводит к увеличению нагрузки на лимфатическую систему.

При неадекватной нагрузке или неправильном выполнении упражнений всегда есть риск получения микротравм — небольших растяжений в суставах и связках. А любой очаг воспаления в скомпрометированной конечности также перегружает лимфатическую систему.

Итак, что важно, чтобы получить только пользу от упражнений в воде:

1. Длительность. Если вы никогда не занимались в бассейне или у

вас был длительный перерыв, то тогда начинаем заниматься постепенно (стартуя с 15 минут, увеличиваем продолжительность занятий до 40–45 минут).

2. Интенсивность. Увеличение физической нагрузки тоже должно происходить постепенно (плавное увеличение количества повторений).

3. Фокус на себя. Во время плавания или выполнения упражнений прислушивайтесь к себе: если вы почувствовали боль, сильное утомление, распирание, следует прекратить прежние действия, расслабиться или перейти к следующему виду упражнений, где задействованы другие группы мышц.

ОЧЕНЬ ВАЖНО! Перед тем как начать заниматься аквааэробикой или плаванием, проконсультируйтесь со своим лечащим врачом-лимфологом. Возможно, у вас есть определённые ограничения по здоровью или особые рекомендации по выполнению упражнений.

Также в идеале начинать занятия под руководством грамотного тренера, который поможет поставить технику выполнения упражнений и правильно распределить нагрузку.

КОМПРЕССИОННЫЙ ТРИКОТАЖ И ПЛАВАНИЕ

Компрессионный трикотаж во время водных процедур использовать не стоит. Но для пациентов с лимфатическим отёком необходимо его ношение до и после плавания. Если же человек использует компрессионный трикотаж для профилактики лимфостаза, то его необходимо надеть сразу после тренировки и не снимать как минимум 1 час.

Правильный режим ношения компрессионного трикотажа конкретно в вашем случае поможет подобрать ваш врач-лимфолог.

В ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Часто в своей практике я слышу от пациентов, что они не любят или не умеют плавать. В первом случае смело нужно рекомендовать аквааэробiku, во втором — школу плавания для взрослых, где учат как любви к этому полезному процессу, так и самому плаванию. Как правило, это ещё и отличная возможность быть частью комьюнити, в котором можно найти единомышленников, тренироваться вместе, ездить на соревнования для любителей и бесконечно совершенствоваться в поистине лучшем виде спорта. Плавайте, друзья! Это полезно для здоровья.

Приспособления
для занятий
в бассейне -
нудл и гантели

СОВЕТ ИВАНА ГЕННАДЬЕВИЧА МАКАРОВА ПРИ ЗАНЯТИЯХ СПОРТОМ (ИЗ КНИГИ «КАК ПОБЕДИТЬ ЛИМФЕДЕМУ?»)

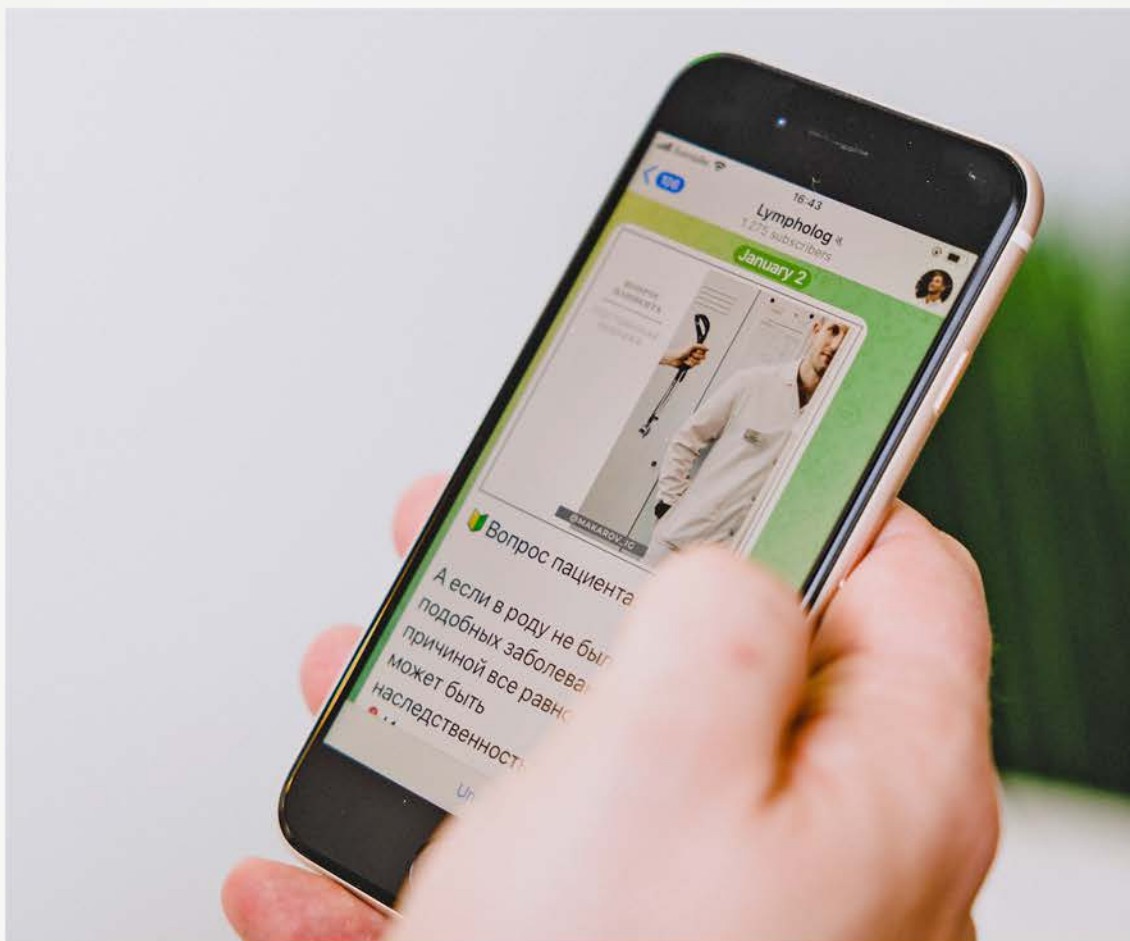
Занимаясь спортом, активной физической нагрузкой или получая необычную для вас физическую активность, нужно вести небольшой дневник, в идеале каждый день. В дневнике следует указывать результаты утренних и вечерних измерений объёма больной и здоровой конечностей в разных местах (точки измерения, оптимальные для вас, лучше уточнить у врача-лимфолога).

Это поможет отследить динамику изменений и понять, какую нагрузку можно давать, а какую — нельзя.

Также это позволит оценить, справляется ли компрессионный трикотаж с возросшей нагрузкой или требуются какие-либо изменения. Нельзя забывать, что все физические занятия должны проводиться в компрессионном трикотаже.

Для пациентов с лимфедемой идеальным видом спорта является плавание: физическая активность сочетается со сниженным гидростатическим давлением в сосудах, а давление воды позволяет отказаться во время занятий от компрессионного трикотажа. Однако трикотаж будет нужен вам до и после тренировки. Его необходимо снимать перед занятием и надевать сразу после того, как вы приняли душ и оделись.





LYMPHOLOG В TELEGRAM

Здесь простыми словами рассказывают все, что нужно знать о профилактике, диагностике, лечении и жизни с лимфедемой. Мы разбираем сложные клинические случаи, результаты лечения, делимся своим опытом, следим за мировыми тенденциями.

Авторский проект Ивана Геннадьевича Макарова, врача-лимфолога, выпускника Foeldi College (Германия), исполнительного директора Ассоциации лимфологов России.

**ПОДПИСЫВАЙТЕСЬ
НА КАНАЛ LYMPHOLOG,
БУДЬТЕ В КУРСЕ ВСЕЙ
ИНФОРМАЦИИ О ЛИМФОЛОГИИ!**

@lympholog





«КТО СТУЧИТ, ТОМУ ОТКРЫВАЮТ!»

Интервью с Ниной Сергеевной Назаренко,
пациенткой с лимфедемой из Донецка

Беседовал Денис
Рамисович Ибрагимов



— **Нина Сергеевна, здравствуйте! Расскажите, пожалуйста, историю своего заболевания.**

— Я сама из Донецка. Левая нога начала увеличиваться в объёме примерно в 2010 году, но у нас нет лимфолога, никто не мог поставить диагноз.

Отёк начался с пальчиков и тыла стопы и постепенно стал подниматься вверх до уровня колена. При нажатии оставались ямки.



2013 год,
увеличение
отёка

Сильный отёк начался в 2012 году. Я испугалась и начала ходить по врачам, прежде всего обращалась к ангиохирургам, лимфологов у нас нет. Прошло два года, но все мои походы к врачам были безуспешными. Обследовали полностью, никаких проблем со здоровьем не нашли, а нога продолжала отекает.

Потом я по телевизору случайно увидела интервью Ивана Геннадьевича Макарова, руководителя клиники «Лимфа» в Москве.

— **То есть до 2019 года Вы нигде не лечились?**

— Нет, нигде. Никто ничего не знал, даже местный хирург, который наблюдал меня в Донецке. Иван Геннадьевич просил направление на лечение у них в клинике, но и с этим в Донецке были сложности.

Это был уже 2016 год. Направление взять не получалось, я дошла даже до министра. Тогда меня направили в местную больницу, и мне там хирург дал справку, что у нас лимфедема не лечится.

**Все мои походы к врачам
были безуспешными**

Взяла это на заметку, периодически видела доктора Макарова на разных каналах. Начала искать, как выйти с ним на связь, нашла контакты, и вот только в 2019 году я впервые попала на лечение. А до этого времени нога всё росла в объёме.

Это нужно было, чтобы мне выдали направление. Мне медсестра сказала, чтобы я хранила бланк, потому что больше такую справку мне никто не выпишет. И я снова обратилась в Министерство здравоохранения.



**Меня в детстве
спрашивали:
«Кем ты
хочешь быть?»
Я отвечала:
«Артисткой!»**

2018 год, танцевальная
площадка Донецка

Всё это очень долго длилось. И потом уже Иван Геннадьевич сказал мне, чтобы я собирала документы, и вот только тогда попала на лечение в клинику «Лимфа».

В 2019 году первый раз проходила лечение у Светланы Николаевны Сырейщиковой (специалист по Комплексной физической противоотёчной терапии (КФПТ)). Конечно, я безумно была счастлива, потому что сразу отёк ушёл капитально. Лечилась так несколько раз.

После лечения мне всегда надевали немецкий компрессионный трикотаж для удержания результата. А сейчас заказали компрессионный трикотаж российского производства.

— **Сейчас Вы тоже на лечении в Москве?**

— Я приезжала на 26 дней. И каждый раз во время лечения отёк уменьшался. Нога постепенно уменьшалась. И в этот раз тоже. Тем более я попала в руки хорошего

специалиста по КФПТ — Галкиной Юлии Александровны.

— **Правильно я понимаю, что сейчас Вы лечение проходите за счёт благотворительных фондов? Скажите, пожалуйста, много документов пришлось собирать?**

— Да, большое спасибо, что есть возможность лечения через благотворительные фонды. Мне нужно было предоставить справку о зарплате за каждый месяц, за год, справку о размере пенсии.

Процесс
лечения



Меня в детстве спрашивали: «Кем ты хочешь быть?» Я отвечала: «Артисткой!» Как только переехала в город, записалась в местный дом культуры во взрослую группу по танцам. И в парках собирались, танцевали. Каждое воскресенье устраивали дискотеку для взрослых.

У меня в юности не было этого, а тут мы все как друзья — танцуем, радуемся жизни. Но потом запретили собираться из-за сильных обстрелов.

А затем начался ковид. Но всё-таки нам удавалось иногда собираться небольшими группами, в парке, в уголке, читали стихи, и музыкант у нас свой был. Причём мне долго до парка ехать — больше часа. Пока сидишь в автобусе, ножку передавливает компрессионный трикотаж.

Я очень люблю танцевать. С детства жила в селе и у нас не было клуба

В общем потребовалось подтверждение всех моих источников дохода.

А ещё пришлось сдать очень много анализов. Потом я писала различные заявления в фонд, прошения, анкеты. Далее подписала договор. Это всё заняло, конечно, очень много времени.

— В начале лечения вы пользовались немецким компрессионным трикотажем, а сейчас — трикотажем нашего производства. Чувствуете ли разницу между иностранным трикотажем и российским?

— Ничем не отличаются. Ни по внешнему виду, ни по плотности. Преимущество российского в том, что у него прям быстренько всё делается.

— Нина Сергеевна, расскажите, пожалуйста, немного о себе: про своё хобби, как живёте. Какой Ваш обычный день в Донецке?

— Я очень люблю танцевать. С детства жила в селе, и у нас не было клуба. Потом у меня появились маленькие дети, мне стало не до этого. Я и на ферме работала, и дома хозяйство вела. Некогда было для себя любимой жить.



Но и с этим я справлялась. В парке оттанцуем и назад потом едем.

Ещё я хожу в территориальный центр. Там такие же бабушки, как и я, и даже старше, мы там сами репетируем. Хореографа у нас нет, мы выбираем себе танец в интернете и разучиваем. Сами шьём костюмы, в концертах участвуем на каждый праздник в городе.

А с молодыми девчонками занимаемся латиноамериканскими танцами. Также веду каналы в «ТикТоке» и «Инстаграме»* (*деятельность организации запрещена на территории РФ).

— **Нина Сергеевна, есть у Вас ободряющие слова для пациентов, страдающих лимфедемой?**

— Кто стучит, тому открывают. Надо карабкаться, потому что уже другой жизни у нас не будет. Надо быть живчиком, надо радоваться, благодарить Бога за то, что есть, за дар видеть, слышать.

— **Нина Сергеевна, спасибо Вам большое за добрые слова, здоровья Вам и успехов в вашей деятельности! Только не бросайте танцевать!**



Сентябрь 2024 года,
перед поездкой
на лечение

Комментарий лечащего врача-лимфолога

У Нины Сергеевны первичная поздняя лимфедема правой нижней конечности II степени по M. Foeldi. Пациентка наблюдается у нас в клинике в течение 5 лет (с 2019 года). Нине Сергеевне удаётся удерживать результат от лече-

ния за счёт того, что она постоянно носит компрессионный трикотаж и ведёт активный образ жизни.

Жизнь пациента с лимфедемой — это большой труд. С утра надо надеть компрессионный трикотаж, в течение дня

ещё несколько раз поправить, вечером снять и постирать; нужно следить за весом, быть активным — только тогда можно победить лимфедему, взять её под контроль. Нина Сергеевна как раз с этим отлично справляется.



ИВАН ГЕННАДЬЕВИЧ МАКАРОВ

врач-лимфолог, руководитель Научно-практического центра реабилитации больных лимфедемой «ЛИМФА»

Денис Сергеевич Трушин,
врач-лимфолог
Руководитель Центра
Лимфологии г. Рязань



Каждый врач-лимфолог
в процессе лечения
лимфедемы обязательно
использует компрессионный
трикотаж (КТр) для адекватного
удержания результата.

ПРЯМОЕ СРАВНЕНИЕ КОМПРЕССИОННОГО ТРИКОТАЖА НА РАСТЯЖЕНИЕ

Центр лимфологии в Рязани уже почти 6 лет работает под моим руководством, и 5,5 лет я занимаюсь подбором КТр.

За этот период полный курс лечения с подбором такого белья прошло более 400 пациентов. Количество подобранного КТр, естественно, больше, чем число пациентов, прошедших лечение, — около 700 изделий на ноги и руки. И 97% из этого объёма явля-

ется трикотажем плоской вязки по индивидуальным размерам 2-го и 3-го классов компрессии (кк).

Если опытному лимфологу задать риторический вопрос: «Почему компрессионный трикотаж плоской вязки, а не круглой?», то естественно, будет ответ: «Он лучше держит результат после комплексной физической противотёчной терапии (КФПТ)!». Другими словами, надёжнее удер-

живает нарастание отёка. А если задать следующий вопрос: «Насколько лучше держит результат КТр плоской вязки, чем круглой?», вот тут не будет чёткого ответа ни от одного специалиста...

К тому же опытный специалист чётко может заявить, что компрессионное бельё разных производителей, будь то плоской или круглой вязки, по-разному держит нарастание отёка.



Если сравнивать КТр круговой и плоской вязки, то разница в том, как сидит трикотаж, очевидна

Лечебный трикотаж отличается по классам компрессии. Основная разница между изделиями — степень оказываемого на сосуды давления. Чем выше класс, тем сильнее воздействие.

Существуют следующие классы компрессии медицинских чулок и колгот:

КЛАСС А

оказывает давление до 18 мм рт. ст.

ПЕРВЫЙ КЛАСС

действует в пределах 18–21 мм рт. ст.

ВТОРОЙ КЛАСС

воздействует с силой 23–32 мм рт. ст.

ТРЕТИЙ КЛАСС

оказывает давление в диапазоне 34–46 мм рт. ст.

ЧЕТВЁРТЫЙ КЛАСС

формирует давление более 49 мм рт. ст.

Отдельно выделяют **ГОСПИТАЛЬНЫЙ ТРИКОТАЖ**, который оказывает давление 18, 23 или 35 мм рт. ст. на уровне лодыжки и используется до, во время и после операций.

Естественно, возникает вопрос: «Почему? Как так? Ведь на всех коробках написано одинаково: только класс компрессии!». Получается, что 2-й класс компрессии одного производителя не равен 2-му классу компрессии другого...

Самое главное, такие вопросы нам задают наши пациенты: «Почему мы должны платить больше? В аптеке нам сказали, что это одно и то же! Вы нас посылаете в самый дорогой салон, в аптеке в два раза дешевле!»

Подобное особенно бросается в глаза, если сравнить КТр плоской и круглой вязки. Тут вообще сравнение значительно не в пользу круглой вязки. Ну и разница в цене, естественно, очень высокая у плоской вязки по сравнению с круглой вязкой.

5 лет мы работали с КТр плоской вязки, произведённым в Германии. А в 2022 году сильно усложнилась логистика и увеличились сроки доставки до потребителей в России. Ранее за 7–10 дней можно было до окончания лечения заказать трикотаж и сразу его надеть на пациента в конце курса КФПТ. Сейчас на бельё из Европы срок доставки 2–3 месяца. Поэтому возникла актуальная потребность подобрать наиболее эффективный аналог на время (на период ожидания КТр плоской вязки) из доступных компрессионных изделий круглой вязки, представленных в свободной продаже.

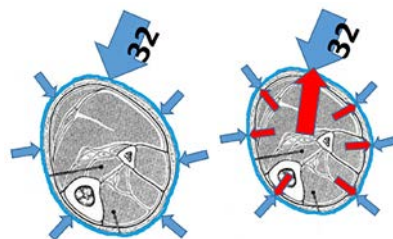
Возникли вопросы: как напрямую сравнить влияние такого трикотажа на способность удерживать нарастание отёка, на что ориентироваться, какой выбирать класс компрессии? У всех производителей на упаковке написан 2-й... А как быть насчёт степени плотности, толщины ткани, растяжимости? Но данных параметров нет на упаковке КТр.

Опять же, все знают, что класс компрессии — это то, насколько такое бельё оказывает давление на сосуды. Самые распространённые — 2-й (23–32 мм рт. ст.) и 3-й (34–46 мм рт. ст.) классы.

В свою очередь, сила нарастания отёка изнутри противодействует силе компрессии трикотажа и его способности растягиваться.

Возникают вопросы:

1. Эту силу можно измерить?
2. Какова должна быть сила отёка для растяжения КТр?

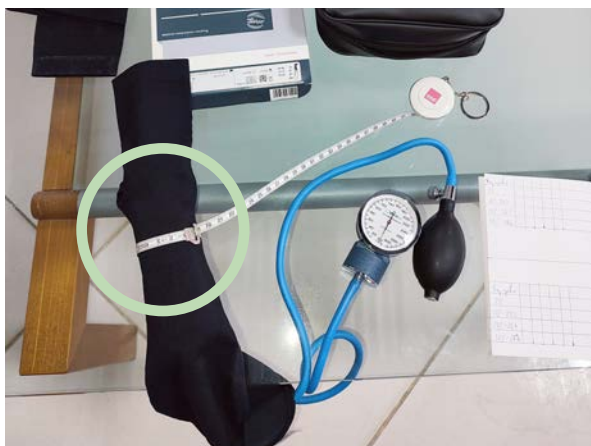


У эластичных бинтов всё просто. Потянули бинт в сторону, и стало понятно: какой бинт обладает наименьшей растяжимостью, тот лучше удержит силу нарастания отека.

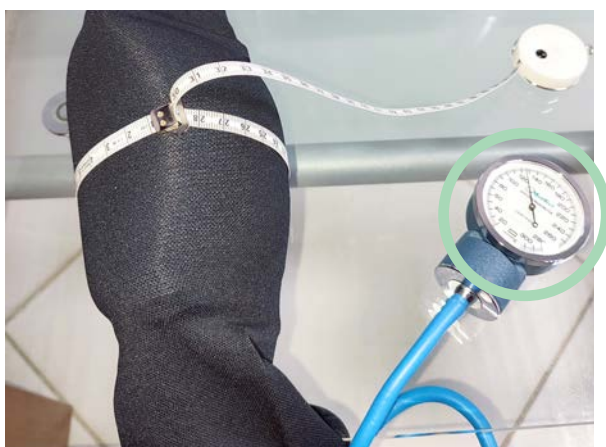
А КАК БЫТЬ С КОМПРЕССИОННЫМ БЕЛЬЁМ?

Для того чтобы создать имитацию расширяющегося цилиндрического предмета (как увеличение конечности при нарастании отёка), была использована резиновая манжета тонометра производства СССР.

При нагнетании давления в манжету, она расширяется в размерах, а цилиндрический профиль КТр не даёт развернуться манжете в точке В.



Манометр измерительного устройства показывает уровень давления.



При расширении компрессионного изделия от давления внутри манжеты, увеличивается его окружность, что можно измерить рулеткой. А на манометре видны цифры давления, при котором начинает изменяться этот параметр.

Таким образом, у нас появляются цифры для оценки и сравнения!

За контрольные точки в исследовании были взяты следующие данные окружности КТр:

1. Нет отёка — окружность 22 см (исходная точка: окружность В — уровень щиколотки). Это ориентир для подбора изделий по размерному ряду (то есть все компрессионные изделия подбирались по размеру окружности в точке В, равной 22 см).

2. 10% нарастания отёка — окружность 24,2 см.

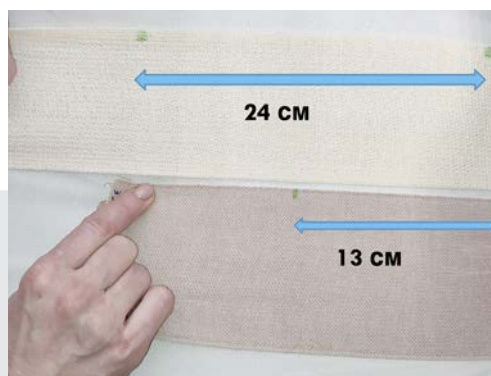
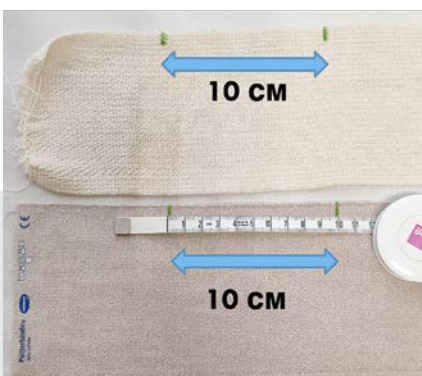
3. 20% — окружность 26,4 см.

4. 30% — окружность 28,6 см.

По результатам нескольких удачных попыток растяжения КТр (не менее 5 попыток), выводился средний показатель давления, при котором была достигнута каждая контрольная точка

НА ПРИМЕРЕ DUOMED, ПРАВЫЙ СТОЛБИК - СРЕДНЕЕ

22 см	90	90	95	90	90	91
+10%	100	115	115	105	105	108
+20%	120	120	115	115	115	117
+30%	135	135	125	130	130	131

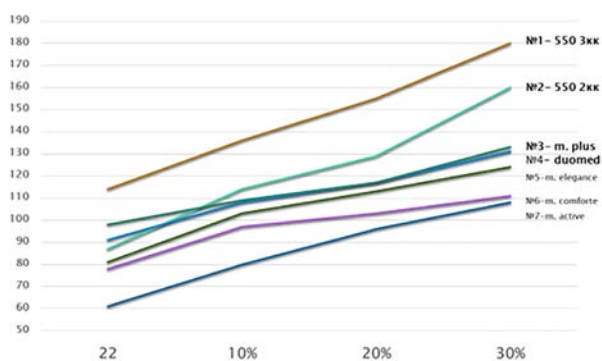


Какой бинт обладает наименьшей растяжимостью, тот лучше удержит силу нарастания

Тестирования проводилось на компрессионном белье:

- плоской вязки — Medi mediven 550 2-го и 3-го классов компрессии;
- круглой вязки — Medi 2-го класса компрессии (модели: mediven plus, mediven active, mediven comfort, mediven elegance, duomed).

Результаты замеров были отображены в виде графика.



На графике чётко видно, что наилучшим показателем удержания отёка (то есть максимальное давление манжеты тонометра, которое растягивало КТр на 10%, 20% и 30%) обладают изделия плоской вязки 3-го класса компрессии. У трикотажа круглой вязки 2-го класса результаты оказались значительно хуже в этих же точках. Среди трикотажа круглой вязки наилучшим образом себя показали модели mediven plus и duomed.

ВЫВОД № 1

Как и показывали клинические наблюдения за нашими пациентами, и данным исследованием было подтверждено это в цифрах, минимальной растяжимостью обладает КТр плоской вязки, и естественно, 3-й класс компрессии лучше держит давление, чем 2-й класс.

ВЫВОД № 2

При оценке трикотажа круглой вязки фирмы Medi выявлено, что не все модели способны эффективно справляться с давлением нарастающего отёка. Минимальной растяжимостью обладают mediven plus и duomed. Поэтому в период ожидания доставки КТр плоской вязки, наши пациенты находятся в этом белье.

ВЫВОД № 3

Каждое компрессионное изделие обладает параметром, показывающий способность удержания отёка, который можно измерить! Но производители не отражают это на упаковке.

АНОНС

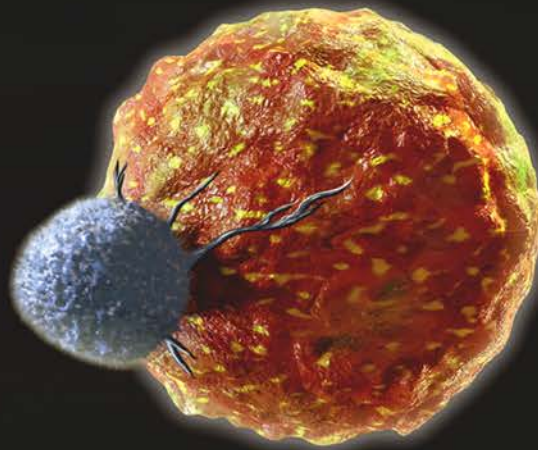
Уже начата вторая часть этого исследования, где мы сравниваем КТр плоской вязки европейских и отечественных производителей, который доступен нам для заказа. Итоговые данные исследования опубликуем на следующей конференции «Лимфа-2025».



ЛИМФОЛОГИЯ СЕГОДНЯ | ИССЛЕДОВАНИЯ | НОВОСТИ

ЛИМФНА

НОМЕР 1(14) март 2025



Всемирный
день борьбы
с лимфедемой.
Истории успеха
пациентов

ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ЛИМФЕДЕМА



питание

Яд или
лекарство?



хирургия

Липосакция
при лимфедеме



синдромы

Синдром
Мея-Тернера

