

ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ ОТЕКОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

Вторичные хронические лимфатические отеки (синонимы: лимфостаз, лимфедема, слоновость) — приобретенное заболевание, характеризующееся длительным (более 3 месяцев) прогрессирующим отеком и разрастанием соединительной ткани вследствие нарушения лимфооттока. Лимфедема — распространенное заболевание, поражающее около 140 миллионов людей по всему миру. К причинам, побудившим обратиться пациента за специализированной помощью, относятся невозможность выполнения ежедневных физических нагрузок, боли и психологический дискомфорт, что приводит человека к социальной неполноценности. Кроме того, заболевание имеет высокую медико-социальную значимость, около 40% пациентов трудоспособного возраста с III—IV степенью лимфостаза имеют инвалидность.

Вторичные лимфатические отеки развиваются вследствие воспалительных и невоспалительных причин. К воспалительным причинам относятся специфические (туберкулез, филяриоз) и неспецифические (стрептококковая инфекция) заболевания. К невоспалительным причинам относятся: «ятрогенные» — послеоперационные (после радикальных онкологических операций и после операций, не связанных с удалением лимфатических структур) и послелучевые; посттравматические повреждения лимфатических путей (ожоги, отморожения, переломы конечностей, обширные повреждения мягких тканей, синдром позиционной ишемии); вследствие нарушения сдавления опухолью лимфатических путей.

"Лимфедема — распространенное заболевание, поражающее около 140 миллионов людей по всему миру. К причинам, побудившим обратиться пациента за специализированной помощью, относятся невозможность выполнения ежедневных физических нагрузок, боли и психологический дискомфорт, что приводит человека к социальной неполноценности"

Патогенез заболевания сегодня представляется следующим образом. В связи с уменьшением транспортной емкости лимфатических протоков и узлов снижается их резорбционная активность, что приводит к застою и отеку интерстиция. В поверхностных тканях скапливаются жидкость, мукополисахариды и белок. Белок стимулирует развитие соединительной ткани, вызывает гиалиноз стенок мелких лимфатических и кровеносных сосудов, а также капилляров кожи, подкожной клетчатки и фасций, ухудшая тем самым не только лимфообращение, но и кровообращение в пораженной конечности. В результате снижается степень кровенаполнения сосудов микроциркуляторного русла, развивается гипоксия тканей, которая ведет к грубым нарушениям окислительно-восстановительных процессов. Происходит утолщение кожи, подкожной клетчатки и фасций. Кроме того, гипоксия тканей приводит к подавлению местного клеточного иммунитета и повышению чувствительности к инфекции.



Рис1. Вид верхней конечности до операции



Рис.2. Вид конечности в первые дни после операции

"Выполняются следующие виды операций по поводу лимфедемы: резекционные (паллиативные и радикальные); дренирующие (создание путей лимфооттока из пораженных участков в здоровые или из эпифасциального пространства в субфасциальное); прямые реконструктивные операции на сосудах и узлах (лимфо-лимфатическое шунтирование и протезирование, создание дренажа лимфы в венозное русло)"

На сегодняшний день выполняются следующие виды операций: резекционные (паллиативные и радикальные); дренирующие (создание путей лимфооттока из пораженных участков в здоровые или из эпифасциального пространства в субфасциальное); прямые реконструктивные операции на сосудах и узлах (лимфо-лимфатическое шунтирование и протезирование, создание дренажа лимфы в венозное русло). Анатомически лимфатическая жидкость собирается из нижней половины туловища и конечностей в грудной лимфатический проток, который дренируется в

систему верхней полой вены. Поэтому физиологически наиболее оправданными являются операции, направленные на формирование лимфовенозных анастомозов с применением микрохирургической техники ниже поражения. Эти операции выполняются под местной анестезией и хорошо переносятся пациентами. Развитие и совершенствование микрохирургической техники дало возможность наложения прямых лимфовенозных анастомозов.

Особого внимания заслуживают нарушения лимфооттока при постмастэктомическом синдроме, который является, по сути, результатом механического повреждения лимфатических сосудов, а также следствием фиброза, развивающегося после лучевой терапии (в западных странах, например, лимфедемой страдают до 38% людей, перенесших рак молочной железы). На рис. 1 приведен пример лимфостаза при постмастэктомическом синдроме у пациентки N., вид верхней конечности до операции.

Оперативный доступ осуществляют в локтевой области по переднелучевой поверхности, в области верхней — средней трети плеча, в подколенной области по медиальной поверхности и в паху, в проекции основных лимфатических коллекторов. После кожного разреза и тщательного гемостаза при помощи микрокоагуляции под увеличением операционного микроскопа производят ревизию лимфатических сосудов. Коллекторные лимфатические сосуды и анастомозоспособная вена соответствующего диаметра мобилизуются и маркируются микроклипсами. Лимфовенозные анастомозы формируются с венозной магистралью конец-в-конец или конец-в-бок. Во время наложения анастомоза лимфатические сосуды инвагинируются в просвет вены. При необходимости венозный просвет дополнительно сужается полукисетным швом для предотвращения излияния лимфы. Так выполняют до 6 — 10 лимфовенозных анастомозов. Выполнение такой операции на начальных стадиях лимфостаза нормализует лимфоотток, а на более поздних стадиях заболевания является первым этапом лечения с последующими резекционными вмешательствами. В результате проведенного вмешательства в раннем послеоперационном периоде наблюдается стремительный регресс отека конечности с сохранением положительной тенденции в дальнейшем. На рис. 2 показана рука пациентки N. в первые дни после вышеописанной операции.

Наиболее хорошо поддаются хирургическому лечению больные, перенесшие те или иные виды оперативных вмешательств на лимфатических узлах после мастэктомии, аденомэктомии, при различных гинекологических заболеваниях. В норме все лимфатические сосуды впадают посредством лимфатического потока в вену в области шеи, в связи с чем все операции направлены на восстановление проходимости лимфатической системы, формирование лимфовенозных анастомозов с микрохирургической техникой ниже поражения, что является более физиологичным и малотравматичным методом восстановления пассажа лимфы в конечности. Как правило, улучшение в виде уменьшения отечности, прекращения рожистых воспалений наблюдается в более чем 80% случаев. Труднее поддаются хирургическому лечению больные с первичным лимфостазом, когда положительного результата можно достичь примерно в 50% случаев.

Сегодня в России в подавляющем большинстве случаев предлагается консервативное лечение лимфостаза, хотя некоторые авторы рекомендуют данный вид лечения лишь на ранних стадиях, до возникновения органических изменений мягких тканей.

Консервативное лечение включает в себя лимфатический дренаж ручной и аппаратный, бандажирование конечности бинтами низкой растяжимости, физиотерапевтическое лечение по показаниям и ЛФК.

По сути, это паллиативные методы лечения, т.е. симптоматическое, а не патогенетическое лечение. Его приходится повторять по несколько раз в год пожизненно, поскольку лечение имеет временное и непродолжительное действие. К сожалению, на данный момент в большинстве случаев страдающие лимфостазом в микрохирургическое отделение Городской больницы № 56 попадают совершенно случайно, ввиду отсутствия соответствующей информации, при этом в отделении проводится 60—70 микрохирургических операций при лимфостазе в год.

Ю.А. Абрамов, заведующий 2-м хирургическим отделением «Городской больницы № 56 Департамента здравоохранения города Москвы», кандидат медицинских наук

М.В. Радионова, специалист по работе с ЛПУ в ООО «М'АРС ИНТЕРНЕЙШНЛ»