КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРВИЧНОЙ ЛИМФЕДЕМЫ НА ОСНОВЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

[1]Канина Лариса Ярославовна, [2]Бубнова Наталья Алексеевна, [3]Ерофеев Николай Павлович

[1]Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет кафедра сердечно-сосудистой хирургии, г. Санкт-Петербург, Россия;

[2]Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова кафедра общей хирургии, г. Санкт-Петербург, Россия;

[3]Санкт-Петербург Государственный университет медицинский факультет кафедра физиологии, г. Санкт-Петербург, Россия;

dr.kanina@gmail.com

Ключевые слова: лимфедема; лимфангион; комплексное лечение лимфедемы.

Введение. Лечение больных с первичной лимфедемой достаточно сложная задача и требует идивидуального подхода к каждому больному.

При несвоевременной диагностике заболевание прогресирует и приводит к резкому снижению качества жизни и инвалидности.

Несмотря на публикации и исследования, которые проводят во всем мире, проблемы современной диагностики первичной лимфедемы остаются актуальными и по сей день.

И хотя в мировой практике при лимфедеме, с целью уменьшения явлений локального отека наибольшее распространение получили методы компрессионных воздействий: специальные аппараты и бинтование, однозначно терапевтические эффекты таких методов лечения носят временный характер, поскольку не «включают» активную насосную функцию самого лимфатического русла.

Цель работы. комплексный подход к лечению врожденной лимфедемы на основе физиологических исследований, позволяющих создать представление о структурных и функциональных основах движения лимфы в крупных лимфатических стволах и лимфатических узлах против градиента давления.

Материалы и методы. Всем больным мы выполняли УЗИ мягких тканей в качестве дифференциальной диагностики, до лечения и в последующем на этапах лечения. Изменения в коже у больных с первичной лимфедемой выражались в утолщении слоя дермы, увеличении толщины подкожно-жирового слоя с повышением гипоэхогенности прослоек до явлений фиброза, отсутствие дифференцировки кожи на слои.

Пациентам до 5-ти лет выполняли радионуклидную лимфосцинтиграфию. По лимфосцинтиграммам оценивали своевременность и интенсивность контрастирования лимфатических путей, степень их проницаемости, а также время наступления фиксации и симметричность фиксации РФП в лимфоузлах. Однако лимфосцинтиграфия не позволяет оценить сохранность моторики лимфатических сосудов и лимфангиона, из-за низкого разрешения. Поэтому в настоящее время

Больным старше 5-ти лет выполнялась непрямая МРТ лимфография, которая позволяла выявить не только наличие лимфатических коллекторов, но и степень сохранности лимфангиона, которое свидетельствует о состоянии сократительного аппарата лимфатичеких сосудов, что влияет на скорость распространения парамагнетика по лимфатической системе.

Если лимфатический сосуд имел форму веретен или бус то это говорит о том, что функция лимфангиона сохранена, при наличии одинакового калибра коллекторов на всем протяжении диагностировали нарушение их сократительной функции.

Была исследована двигательная активность 94 биоптатов лимфатических сосудов нижних конечностей человека, взятых при реконструктивных операциях на сосудистой системе

(12 биоптатов использовались в качестве контроля от больных без недостаточности лимфообращения). Возраст больных в указанных группах был примерно одинаков (30–50 лет), среди больных преобладали женщины (83–90%).

. При первичной лимфедеме в 74% случаев способность лимфангионов развивать тонические сокращения, утрачивается.

Результаты и обсуждение.

Современные знания фундаментальных основ активного перемещения лимфы против градиента давления в собственном лимфатическом русле в последние десятилетия привели к качественно новому направлению в лимфологии, которое сначала направлено на улучшение сократительной способности лимфангиона, а затем на хирургическую реконструкцию путей оттока лимфы и восстановление естественной насосной функции лимфангиона.

В настоящее время мы всегда начинаем лечение с базисной терапии, направленной на улучшенеие лимфодренажной функции, включающей в себя фармакотерапию, посегментный массаж подбираемый по индивидуальной схеме у каждого больного, физитерапевтическое лечение, курс противоотечной физической терапии и компрессионную терапию. Среди фармакопрепаратов предпочтение отдаем флебодии, лимфомиозоту, террилитину, которые стимулироут моторику лимфангиона человека (исследование было выполнено физиологами Р.П. Борисовой)

Группа больных, у которой после завершения базисной терапии, мы получали положительные результаты в виде уменьшения отека мы переводили на поддерживающую терапию. Другой группе больных, у которой после завершения курса базисной терапии направленной на улучшение лимфодренажной функции, сохранялся отек без положительной динамики, которую подтверждали измерением длин окружностей и данными УЗИ, мы выполняли оперативное лечение: формирование инвагинационного ЛВА и ЛНВА., по показаниям у каждого конкретного больного. Для определения вида и уровня оперативного лечения повторно выполняли МР-лимфографию. ЛВА формировали дистальнее уровня блока. Операции по формированию ЛНВА выполняли в тех случаях, когда блок был на уровне или выше паховых лимфатических узлов. Эффективность операции во многом определялась правильным и своевременным установлением показаний к ней.

При изучении отдаленных результатов выяснили, что больные которым выполнялись операции резекционного характера были в основном неудовлетворительные.

После проведенного оперативного лечения больным также проводили курсы поддерживающей консервативной терапии, направленной на улучшение лимфодренажной функции.

Выводы. поверхностные лимфатические сосуды медиальной группы, сопровождающие большую подкожную вену голени, более пригодны для формирования лимфовенозных анастомозов, так как они содержат большее количество миоцитов по сравнению с сосудами латеральной группы. При наложении лимфонодовенозных анастомозов оптимальным разрезом является рассечение капсулы паховых узлов над узелками (фолликулами), а не между ними, так как при этом сохраняется большее количество миоцитов и не нарушается сократительная активность узла. Лечение больных с первичной лимфедемой нужно начинать как можно раньше. Лечение должно быть первоначально направленно на улучшение лимфодренажной функции и сократительного аппарата лимфангиона. Схема лечения должна быть подобрана индивидуально