
ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Савкин И.Д., 2013
УДК 617.57/58-005.93-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФЕДЕМЫ КОНЕЧНОСТЕЙ

И.Д. САВКИН

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
г. Рязань

SURGICAL TREATMENT OF LIMB LYMPHEDEMA

I.D. SAVKIN

Ryazan State I.P. Pavlov University, Ryazan

Наблюдались 24 пациента с лимфедемой конечностей, которых разделили на 3 группы по методу лечения. В первой группе применялась комплексная консервативная терапия. Пациентам второй группы проводилось наложение лимфовенозного анастомоза. У пациентов 3 группы была выполнена субфасциальная аутодермопластика дезэпителизованными лоскутами на ножке. По результатам оценки лечения, субфасциальная аутодермопластика дезэпителизованными лоскутами на ножке выполненная у пациентов 3 группы показала наилучший клинический эффект по сравнению с пациентами другим групп данного наблюдения.

Ключевые слова: лимфедема, лимфотропная лимфокинетическая терапия.

There were 24 patients with lymphedema of the extremities, which were divided into 3 groups according to the method of treatment. The first group used complex conservative therapy. Patients of the second group performed the imposition lymphoveinous anastomosis. Patients 3 groups was performed subfascial autodermo-platika deepitelizirovannymi flaps on the leg . The evaluation of treatment, subfas-

cial autodermplasty deepitelizirovannymi flaps on the leg made 3 groups of patients showed the best clinical effect compared to other groups of patients given observation.

Keywords: lymphedema, therapy lymphotropic limfokineticheskaya.

Введение

На сегодняшний день по данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) более 300 млн людей страдают от лимфатических отеков различной этиологии. В России статистика лимфедем не ведется, но опираясь на данные ВОЗ Ассоциация лимфологов России полагает, что число больных лимфедемой в нашей стране составляет порядка 10 млн. человек. У детей лимфедема возникает, как правило, в результате порока развития лимфатических сосудов и узлов. Среди взрослых преобладают больные с лимфедемой, возникшей вследствие лечения онкологического заболевания, например, после радикального лечения рака груди лимфедема возникает, по разным данным, в 40-80% случаев [3]. В связи с тем, что лимфедема прогрессирующее заболевание, которое при отсутствии адекватной терапии может привести к полной инвалидизации больного, значение ее ранней диагностики и лечения трудно переоценить. Социальная значимость лечения лимфедемы объясняется также тем, что 96% больных – люди трудоспособного возраста, и поэтому реально существует проблема реабилитации больных, страдающих данным заболеванием. E. Alliotetal. (1997) указывают на необхо-

димость учитывать качество жизни больных лимфедемой, изучать не только медицинские, но и психологические, и социальные аспекты; подчеркивают роль активного сотрудничества врача с пациентом. Такое сотрудничество при данном заболевании должно быть длительным, если не постоянным. Крайне важным является и создание системы обучения самих пациентов борьбе с собственным недугом [4].

Цель исследования

Оценить эффективность хирургического лечения лимфедемы конечностей методом субфасциальной аутодермопластики дезэпителизованными лоскутами на ножке.

Материалы и методы

В исследование были включены 24 пациента с лимфедемой конечностей, которые в свою очередь были разделены на 3 группы: Первая группа – 18 пациентов, которым проводилась стандартная консервативная терапия включающая: метаболическую, лимфотропную лимфокинетическую терапию (Рационализаторское предложение № 1 от 18 ноября 2013 г.), назначение флавоноидов, ферментных препаратов, физиотерапию, массаж, ношение компрессионного трикотажа. Вторая группа – 4 пациента, которым

по показаниям производилось наложение лимфовенозного анастомоза. Третья группа – 2 пациента, которым по показаниям была выполнена субфасциальная аутодермопластика дезэпителизированными лоскутами на ножке (Рационализаторское предложение № 4 от 23 декабря 2013г.). По медиальной поверхности на границе нижней трети и средней трети голени выкраивается лоскут кожи длиной 10 см. дезэпителизированный предварительно до появления “капель росы” с сохранением сосудистой ножки. Далее в зоне основания лоскута выполнено перфорационное окно в фасции голени диаметром адаптационно поперечнику лоскута. Лоскут имплантирован под фасцию и закреплен адаптационными швами на коже. На контралатеральной стороне на границе средней и верхней трети голени аналогичным образом формируется кожный лоскут с выполнением последовательных этапов, как и в первом случае. В качестве предоперационной подготовки пациентам второй и третьей групп проводилась лимфотропная лимфокинетическая терапия – путем подкожного введения в межпальцевые промежутки пораженной конечности, одновременно с помощью двух инсулиновых шприцев раствора гепарина в дозе 2500 ЕД. в первом шприце и суспензии гидрокортизона в дозе 25 мг во втором шприце. Схема введения выглядела следующим образом: в первый день гидрокортизон вводили в 1 межпальцевой промежуток, гепарин в 2

межпальцевой промежуток соответственно. Во второй день в 3 межпальцевой промежуток вводили гидрокортизон и в 4 межпальцевой промежуток гепарин. На третий день очередность введения менялась. Курс лечения составил 10 дней. Эффективность лечения оценивали с помощью измерения объема конечностей и проведения пробы Мак-Клюра Олдрича в начале и через 6 месяцев после лечения.

Результаты и их обсуждение

В результате проведенного лечения 16 пациентов первой группы отмечали клиническое улучшение состояния, у 9 из них объем конечностей уменьшился не более чем на 0,5 см, у 7 пациентов объем конечностей уменьшился от 0,5 до 1,5 см, у 2 пациентов объем конечностей не изменился. Результаты пробы Мак-Клюра Олдрича у 15 пациентов первой группы были положительны, длительность рассасывания волдыря увеличилась на 5 минут и более по сравнению с исходным. У 3 пациентов время рассасывания не изменилось. У 4 пациентов второй группы наблюдалось значительное улучшение общего состояния, у 3 из них объем конечностей уменьшился на 1,5 см и более. У 1 пациента объем конечностей уменьшился на 1-1,5 см. Результаты пробы Мак-Клюра Олдрича у пациентов 2 группы были с положительной динамикой, длительность рассасывания волдыря увеличилась на 10 и более минут. Па-

циенты 3 группы также отмечали значительное улучшение общего состояния, объем конечностей у них уменьшился на 2 см и более. Длительность рассасывания волдыря при проведении пробы Мак-Клюра Олдрича увеличилась на 15 и более минут.

В целом успех лечения лимфедемы зависит от ранней ее диагностики и соответственно раннего применения комплекса профилактических и лечебных, консервативных в первую очередь мероприятий, направленных на снижение накопления тканевой жидкости и лимфы в подкожной клетчатке, сохранение и поддержание на функционально активном уровне интактных лимфатических сосудов. Стратегия лечения лимфедемы конечностей сегодня направлена на достижение стойкого положительного эффекта и улучшение качества жизни пациента. Не стоит забывать, что на настоящем этапе развития клинической лимфологии основополагающим является разумный баланс между хирургическими способами лечения и консервативной терапией [1]. Идея отведения лимфы от пораженных лимфостазом тканей в глубже лежащие принадлежит Ланцу. По этой методике создавалось коллатеральное лимфообращение в связи с оттоком лимфы от подкожных лимфатических сосудов в межмышечные, периостальные и костномозговые, при этом предполагалось, что утолщенная широкая фасция бедра или голени является основным

барьером для оттока из поверхностных лимфатических сосудов в глубокие. Чтобы преодолеть это препятствие, Ланц делал разрез кожи, подкожной клетчатки и фасции по всей наружной поверхности бедра и тупым путем между мышцами проникал до кости, широко отслаивая надкостницу. В верхней, средней и нижней трети бедра после трепанации кости до костномозгового канала в него вводились узкие полоски широкой фасции бедра, которые фиксировались к периосту. Фасция ушивалась, по многочисленным отверстиям в ней обеспечивали отток лимфы из кожи и подкожной клетчатки в мышцы. Однако практически эта операция, как показали отдаленные результаты, не разрешила проблему оперативного лечения слоновости, так как полоски фасции подвергались рубцовому изменению, а отверстия в кости обызвествлялись и быстро закрывались. В. А. Оппель производил разрезы на наружной поверхности бедра, на передненаружной и задней поверхности голени; выкраивая языкообразные лоскуты подкожной клетчатки из обоих краев раны, внедрял их под фасцию. Данная операция также не получила распространения и была оставлена из-за неудовлетворительных отдаленных результатов [2]. Субфасциальная аутодермопластика дезэпителизованными лоскутами на ножке выполняется с целью создания пассивного оттока из лимфатических капилляров собственно кожи под фасциаль-

ное пространство конечности с расчетом отсроченного формирования лимфатических коммуникаций, что обеспечит снижение давления в лимфатическом коллекторе. Кроме того данный метод имеет ряд преимуществ:

- Отсутствие специальной предоперационной подготовки.
- Местная анестезия.
- Небольшой по сравнению с другими модификациями объем вмешательства.
- Относительная техническая простота исполнения.
- Относительная косметичность операции.
- Размер выкраиваемых лоскутов 10 см x 2 см.

Противопоказаниями к данному методу лечения могут стать:

1. Лимфедема в стадии слоновости.
2. Лимфедема в стадии постоянного плотного отека с начинающимися признаками фиброза подкожно-жировой клетчатки.
3. Наличие острого рожистого воспаления на пораженной конечности.
4. Инфицированные трофические изменения кожи и подкожно-жировой клетчатки пораженной конечности: язвы, эрозии, экзема, мацерации.

Выводы

Субфасциальная аутодермопластика деэпителизованными лоскутами на ножке является эффективным способом хирургического лечения лимфедемы конечностей и может рассматриваться как операция выбора практикующими хирургами при наличии показаний к оперативному лечению лимфедемы конечностей.

Литература

1. Бородин Ю.И. Руководство по клинической лимфологии / Ю.И. Бородин, М.С. Любарский, В.В. Морозов. – М.: ООО “Медицинское информационное агентство”, 2010. – 208 с.
2. Горшков С.З. Слоновость конечностей и наружных половых органов / С.З. Горшков, Х.А. Мусалатов. – М.: Медицина, 2002. – 208 с.
3. Макарова В.С. Лечение лимфедемы настоящее и будущее / В.С. Макарова, А.В. Епанчинцева, И.Г. Макаров // Вестник лимфологии. – 2011. – №3. – С. 4-12.
4. Хирургическая лимфология / Л.В. Поташов [и др.]. – СПб: Изд-во СПбГЭТУ “ЛЭТИ”, 2002. – 273 с.

Сведения об авторе

Савкин Илья Дмитриевич – аспирант кафедры хирургии и общеврачебной подготовки с курсом эндохирургии ФДПО ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань.

E-mail: sid_rzn@mail.ru.