

зоны с целью коррекции лабораторных показателей липидного, углеводного обмена и коагуляционных свойств крови.

ГРТ проведена у 23 больных с АГ 2-3 степени, 3-4 степенью риска сердечно-сосудистых осложнений в возрасте от 60 до 72 лет (18 женщин, 5 мужчин).

У всех пациентов ГРТ проводилась на фоне базовой медикаментозной терапии. Курс лечения состоял из 10 процедур. Иглоукалывание проводилось ежедневно, гирудотерапия использовалась через день. Точки акупунктуры подбирались согласно восточным традиционным принципам в соответствии с клинической картиной заболевания.

После курса лечения у всех пациентов наблюдалось улучшение различной степени. Отмечалось снижение АД, уменьшение вегетативных клинических проявлений – головные боли, онемение конечностей, нарушение сна. После использования ГРТ также улучшались коагуляционные свойства крови, показатели липидного спектра. Все пациенты отмечали повышение эффективности приема антигипертензивных препаратов.

Таким образом, ГРТ является эффективным методом терапии у пациентов с АГ, способствует улучшению течения заболевания, снижает вероятность возникновения тяжелых осложнений.

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФОСТАЗОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Полынский А.А., Милешко М.И., Троян А.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно», Гродно

Лимфостаз нижних конечностей – полиэтиологическое заболевание, вызванное нарушением оттока лимфы. Различают врожденную и приобретенную формы лимфостаза. Врожденная, или первичная, форма чаще всего связана с недоразвитием лимфатической системы. Редко встречаются случаи, связанные со сдавлением лимфатических сосудов амниотическими перетяжками. Встречаются случаи наследственной формы лимфостаза,

проявляющиеся сразу у нескольких членов одной семьи – болезнь Милроя. При этом пороки развития лимфатических сосудов анатомически проявляются аплазией, гипоплазией или эктазией лимфатических коллекторов в сочетании с недостаточностью их клапанного аппарата.

Наиболее многочисленную группу составляют случаи приобретенного (вторичного) лимфостаза. Причины, приводящие к нарушению процесса оттока лимфы из конечностей, самые разные. К ним относятся: опухоли мягких тканей, послеоперационные рубцы, а также специфические процессы в лимфатических узлах; изменения в зоне лимфатических узлов после их удаления, травматических повреждений лучевой терапии; воспалительные процессы в коже, подкожной клетчатке, лимфатических сосудах и узлах. В некоторых странах вторичный лимфостаз является следствием паразитарного поражения лимфатических сосудов (*Wuchereria bancrofti*). Лимфостаз развивается вторично при хронической венозной недостаточности у больных с декомпенсированными формами варикозного расширения вен конечностей, посттромбофлебитическим синдромом, артериовенозных свищах. Вторичный лимфостаз наблюдается при сердечной, почечной патологии, гипопротеемии, когда лимфатические капилляры и сосуды не обеспечивают отток избыточного количества тканевой жидкости. Возможно развитие лимфостаза у пациентов с малоподвижным образом жизни (у «лежачих» пациентов).

Основные звенья патогенеза связаны с ухудшением оттока лимфы и снижением резорбционной активности лимфатической системы. При этом в поверхностных тканях собирается большое количество белка, мукополисахаридов, жидкости. Накопление белка, стимулирующего развитие соединительной ткани, способствует гиалинозу стенок мелких лимфатических и кровеносных сосудов, подкожной клетчатки и фасции, капилляров кожи, вызывая нарушения лимфоциркуляции и кровообращения. Повышение гидратации тканей способствует увеличению давления внутри тканей, что еще больше усиливает расстройства лимфообращения и гемодинамики. На этом фоне происходит утолщение кожи, подкожной клетчатки и фасций. Эти изменения более выражены в начале болезни в дистальных отделах

конечности. Со временем присоединяются и трофические расстройства, кожа становится легкоранимой, что нередко предрасполагает к развитию рожистого воспаления, рецидивы которого усиливают лимфостаз вследствие возникающих при этом лимфангитов, тромбоза и облитерации лимфатических сосудов, фиброза кожи и подкожной клетчатки.

Лимфостаз протекает в две фазы. Первая фаза – стадия лимфедемы характеризуется возникновением отеков в области голеностопного сустава, основании пальцев и тыла стопы. Отек при этом мягкий, безболезненный, проходит после отдыха. Кожа над отеком может образовывать складку. Развитие болезни происходит медленно. Через несколько лет развивается вторая фаза – стадия фибредемы. Она характеризуется распространением отека на проксимальные отделы конечности. Отеки становятся постоянными и плотными, не проходят после длительного отдыха в положении лежа. Кожа над областью отека в складку не берется. Конечность увеличивается в объеме, деформируется, кожа становится гиперпигментированной, возникают гиперкератоз и бородавчатые образования. В тяжелых случаях образуются язвы и трещины кожи, которые сопровождаются лимфореей. Нарушается функция конечности, наблюдается ограничение подвижности в суставах.

Диагностика болезни базируется на данных жалоб, анамнеза жизни и болезни, клинической симптоматике и данных лабораторных исследований. Окончательный диагноз нередко позволяет поставить прямая лимфография и радионуклидная лимфосцинтиграфия.

Показана консультация сосудистого хирурга с обязательным ультразвуковым исследованием состояния венозной системы конечностей, органов брюшной полости и органов малого таза. При подозрении на системные заболевания приглашаются другие профильные специалисты.

Лечение лимфостаза принципиально различается в разных стадиях болезни, оно бывает консервативным и хирургическим.

Принципы консервативного лечения, которое возможно только на ранних стадиях заболевания (стадия лимфедема), до возникновения органических изменений в мягких тканях состоит из ряда мероприятий:

1. Подбор и постоянное ношение компрессионного трикотажа, эластическое бинтование конечности.
2. Десенсибилизирующая терапия.
3. Применение неспецифических противовоспалительных средств.
4. Биостимуляция.
5. Назначение препаратов, улучшающих периферическое кровообращение, в том числе препаратов, улучшающих микроциркуляцию и венотоников.
6. Широкое использование методов лечебной физкультуры, бальнеологического и физиотерапевтического лечения.

При недостаточной эффективности консервативной терапии и прогрессировании процесса – в стадии фибредемы и формировании слоновости единственным эффективным методом лечения лимфостаза является оперативное лечение.

В настоящее время существует множество разных подходов в хирургическом лечении слоновости, они включают в себя операции, уменьшающие толщину конечности, сущность которых состоит в частичном или полном иссечении склерозированной подкожной клетчатки и фасции с последующей реплантацией кожи, либо закрытием дефекта расщепленным кожным лоскутом; резекционно-пластические операции, направленные на восстановление оттока лимфы из пораженной надфасциальной области в подфасциальную; наложение прямых лимфовенозных анастомозов.

После проведенного хирургического лечения больные подлежат проведению комплекса реабилитационных мероприятий с обязательным ношением медицинского трикотажа и длительным приемом препарата детралекс (до 5 месяцев).

За последние 5 лет (2007-2011 гг.) в клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет» на базе 2-го хирургического отделения УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» находились на лечении 44 пациента с лимфостазом нижних конечностей, 33 из которых были женщины и 11 - мужчины, при этом 20 (45,4%) человек имели трудоспособный возраст. У 5 пациенток имела место врожденная форма лимфостаза у 39 больных лимфостаз был вторичным, обусловленный у 22 пациентов ранее перенесенным рожистым воспалением нижних конечностей, у 7 больных воспалительным процессом в

лимфатических узлах и у 10 человек причиной лимфостаза была хроническая венозная недостаточность.

У всех пациентов лимфостаз находился в первой фазе своего развития, стадии лимфедемы, что обусловило проведение им комплексного курса консервативного лечения, включающего в себя все вышеперечисленные компоненты. Средний срок лечения данной группы больных составил 12,8 дня.

В результате проведенного лечения у 32 пациентов наступило улучшение состояния, у них значительно уменьшились отеки нижних конечностей. У 12 больных существенного эффекта от проведенных лечебных мероприятий не наблюдалось, данной группе больных рекомендовано оперативное лечение в плановом порядке, направленное на создание лимфовенозных анастомозов. Всем пациентам рекомендовано дальнейшее наблюдение у сосудистого хирурга в условиях поликлиники, постоянное ношение медицинского трикотажа и курсовое лечение препаратами детралекс и флебодия.

Список литературы:

1. Выренков Ю.С., Макарова В.С. Лимфедема. Вестник лимфологии № 4. - т. 4. – 2011 г. - С. 22-25.
2. Макарова В.В. Лечение лимфадемы: настоящее и будущее. Вестник лимфологии № 3. - т. 3. - 2011 г. - С. 15-17.

**ОПТИМИЗАЦИЯ КОРРЕКЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ
НАРУШЕНИЙ КИСТИ У ПАЦИЕНТОВ В ПОЗДНЕМ
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОСТРОГО
НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

Пристром Т.А., Навацкая Л.Л.

*Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск
УЗ «5-я городская клиническая больница», Минск*

По определению ВОЗ, под ОНМК, или мозговым инсультом, понимают остро развивающиеся признаки локального или диффузного повреждения мозга сосудистой этиологии, длящиеся более 24 часов или приводящие к смерти пострадавшего.

ОНМК, или инсульт, сопровождается внезапным нарушением функции головного мозга. Двигательные нарушения