

лечение и несвоевременное хирургическое лечение гнойно-некротических осложнений. Накопленный опыт лечения пациентов с осложненными формами рожи убеждает нас в том, что своевременно выполненное в полном объеме хирургическое вмешательство: вскрытие гнойного очага с иссечением некротически измененных тканей, позволяет значительно улучшить прогноз и результаты лечения флегмонозных и гнойно-некротических форм заболевания, создать условия для благоприятного течения раневого процесса, а также сократить средний койко-день с 16,3% до 14,2%, уменьшить количество неудовлетворительных результатов лечения на 3,8%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Еровиченков, А.А., Лиенко, А.Б. Современная клиника рожи (диагностика, лечение) // Рос.мед.журнал. – 2002. – №6. – С.652-656.

2. Рыбалко, А.Е. Комплексный подход к диагностике и лечению осложненных форм рожи: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27; 03.00.07 / А.Е. Рыбалко; Рос.мед.акад. – Ставрополь, 2009. – 18с.

ХРОНИЧЕСКАЯ ЛИМФОВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ЛИМФЕДЕМА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: ПРИЧИНЫ, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

**Дубровщик О.И., Мармыш Г.Г., Красницкая А.С., Жук Д.А.,
Гузень В.В.**

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Хронической лимфовенозной недостаточностью (ХЛВН) и лимфедемой нижних конечностей, по данным ВОЗ, в мире страдают более 700 млн. человек, а число вновь выявленных пациентов возрастает с каждым годом [1]. Распространенность заболевания, неудовлетворенность результатами лечения, постоянное прогрессирование, несмотря на проводимое лечение, осложнения и инвалидизация развивающиеся преимущественно у людей трудоспособного возраста, оставляют эту проблему в числе актуальных, и диктуют необходимость поиска возможных путей улучшения результатов лечения и замедления прогрессирования. Однако эффективность самого современного комплексного лечения зависит от своевременности и точности диагностики заболевания. Известно, что лечение может быть результативным только в начальных стадиях болезни, когда еще не развились глубокие гемодинамические и трофические нарушения в нижних конечностях. При несвоевременном лечении отеки становятся постоянными и

приобретают черты лимфедемы. Вследствие гипертрофии толщина подкожно-жирового слоя при этом достигает 6-7 см, особенно в дистальных отделах нижних конечностей, жировые дольки увеличиваются до 3-3,5 см в диаметре. Лимфедема является полиэтиологическим заболеванием в основе которого лежит поражение лимфатической системы, сопровождающееся нарастающими отеками мягких тканей нижних конечностей. Различают первичную и вторичную формы болезни. Первичной лимфедемой в 90% случаев страдают женщины в возрасте до 35 лет (80% до 18 лет). В 6% случаев причиной лимфедемы является наследственная патология (синдромы Нонне-Милроя и Мейжа), при этом всегда имеет место двухстороннее поражение конечностей, прогрессирующее под воздействием провоцирующих факторов (беременность, хроническая венозная недостаточность и др.). Известно, что первичная лимфедема в 94% случаев обусловлена врожденной гипоплазией или аплазией лимфатических сосудов и лимфатических узлов. При вторичной лимфедеме причиной нарушения оттока лимфы могут быть: тромбофлебиты глубоких вен, рецидивы рожистого воспаления нижних конечностей, травмы, оперативные вмешательства, связанные с повреждением лимфатических коллекторов или лимфаденэктомией. У 80-100% пациентов при тромбофлебите глубоких вен развивается ХЛВН, рецидивы рожистого воспаления нижних конечностей у 40-50% случаев приводят к развитию ХЛВН и приобретенной «слоновости». У 16-50% пациентов трудоспособного возраста лимфедема является причиной инвалидизации. При рецидивах рожистого воспаления и посттромбофлебитическом синдроме (ПТФС), ХЛВН обусловлена облитерацией пораженных и не пораженных венозных и лимфатических капилляров, фиброзом и дерматозом подкожной клетчатки. Различают: отечную, отечно-варикозную, варикозно-трофическую или трофическую формы лимфовенозной недостаточности [2]. Ведущими патогенетическими аспектами развития отеков нижних конечностей при ХЛВН являются: венозная гипертензионная микроангиопатия, клапанная недостаточность вен, диффузия межтканевой жидкости и протеинов в ткани на микроциркуляторном уровне. Одним из важных патогенетических факторов развития ХЛВН и лимфедемы является раннее и стойкое изменение микроциркуляторного русла. Повреждения лимфатического русла при ХЛВН приводят к существенным

изменениям иммунной системы. Лечение лимфедемы и ХЛВН было и остается актуальной проблемой хирургии, что связано с труднодоступностью лимфатической системы для обследования и лечения. Несмотря на внедрение в клиническую практику современных методов диагностики и лечения ХЛВН, результаты не удовлетворяют ни хирургов, ни пациентов. Многочисленные способы, постоянно дополняющиеся новыми методами консервативного лечения, не дают стойкого результата, в связи с этим пациенты относятся к той категории, когда приходится лечиться долго, иногда пожизненно и зачастую безуспешно. Поиски возможных методов совершенствования и оптимизации лечения пациентов с данной патологией обусловлены неудовлетворительными результатами лечения, постоянным прогрессированием болезни несмотря на активное лечение.

Цель исследования. Оценить результаты лечения пациентов с вторичной лимфовенозной недостаточностью сосудов нижних конечностей с целью его оптимизации и профилактики осложнений.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 126 пациентов с вторичной ХЛВН сосудов нижних конечностей госпитализированных во 2-ое хирургическое отделение клиники общей хирургии на базе УЗ «ГКБ № 4 г. Гродно» с 2012 по октябрь 2017 гг. Мужчин – 39 (31%), женщин 87 (69%), в возрасте от 32 до 72 лет, средний возраст – 57 лет, длительность заболевания от 4 до 22 лет. ХЛВН обеих нижних конечностей диагностирована у 102 (81%) пациентов, у 19 (15%) – левой, у 5 (4%) правой нижней конечности. Первичная лимфедема была у 9 (7,1%), вторичная у 117 (92,9 %) пациентов. Причинами вторичной лимфедемы у 39 (31%) пациентов было рожистое воспаление, у 34 (27%) ПТФС, варикозная болезнь у 31 (25%), травмы (переломы голеней, голеностопных суставов) у 21 (17%). У 26,4 % отмечена стадия компенсации, у 50% субкомпенсации, и у 23,6% - декомпенсации. Основным инструментальным методом оценки состояния лимфатических сосудов и вен был метод ультразвуковой доплероскопии нижних конечностей. Нами предложен и применен метод диагностики ХЛВН (рац. предложение № 23 от 09.11.2017), кроме этого выполняли продольную реовазографию, лабораторные исследования крови.

Результаты и их обсуждение. Анализ полученных результатов показал, что независимо от формы лимфедемы в 100% случаев

болезни выявляются изменения и утолщение стенок вен до 3-4 мм, несостоятельность венозных клапанов. У 25% пациентов отмечены грубые изменения регионарной гемодинамики, а в стадии декомпенсации эти изменения отмечены у 100%. Оптимальный комплекс лечения назначали изучив данные индивидуального исследования гемодинамики. Комплексная консервативная терапия проводилась у всех пациентов в зависимости от формы, стадии болезни, сопутствующей патологии и включала, по показаниям: венотоники (детралекс, венорутон, флебодин), пентоксифиллин, антиоксиданты (vit. "E" солкосерил, актовегин), тиоктацид, эсцинат натрия, иммуномодулирующие препараты по показаниям (интерферон), антикоагулянты. Физиотерапевтические методы включали: лимфомат, реобокс, ВЛОК, мануальный массаж, гипербарическую оксигенацию, лазеротерапию, ЛФК, водные процедуры, подбор эластичного компрессионного трикотажа. Профилактика прогрессирования отеков конечностей обеспечивалась: возвышенным положением конечностей в постели, подбором эластичного трикотажа соответствующей компрессии, повторными массажами (от периферии к центру) нижних конечностей. В результате проведенного лечения, улучшение гемодинамики и уменьшение отеков нижних конечностей отмечено на 50-60% у 52 (41,3%) пациентов, у 48 (38,1%) отеки уменьшились только на 10-15%, улучшения не отмечено у 26 (20,6%) пациентов. Следует отметить, что весьма существенное значение для успешного лечения имеет временной фактор, чем раньше начато лечение с комплексным воздействием на регионарный кровоток нижних конечностей, тем лучше результаты лечения.

Выводы.

1. Для оптимизации лечения лимфедемы следует дифференцировать ее с отеком нижних конечностей другой этиологии (заболевания сердца, почек и др.).
2. Консервативное лечение целесообразно проводить с учетом патогенетических механизмов развития отека, в основе которого лежит лимфостаз в сочетании с венозной недостаточностью.
3. Оперативное лечение пациентов, создание лимфовенозных анастомозов при лимфедеме в сочетании с ХЛВН проводится только на ранних этапах болезни в специализированных стационарах в плановом порядке.
4. Учитывая, что лимфедема является хроническим

заболеванием с прогрессирующим течением, лечение должно быть систематическим, комплексным, пожизненным, с включением элементов трудовой медицинской и психосоциальной реабилитации, что будет способствовать замедлению прогрессирования болезни и профилактике развития осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Макарова, В.В. Лечение лимфедемы: настоящее и будущее // Вестник лимфологии. - 2011, № 3. Т. 3. –С.15-17.

2. Foldi M., Jehurbuch oler Jymphologe / M. Foldi, S. Kubik. – Anfloge: Urbon Fisher, 2005. –Р. 768.

АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ И ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Дюрдь Т.И.¹, Слободская Н.С.¹, Якубова Л.В.¹, Рожко Ю.И.²

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненская городская центральная поликлиника

Переход от здорового состояния к болезни принято рассматривать как процесс постепенного снижения способности человека приспосабливаться к изменениям окружающей среды. Согласно Концепции реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 года, представляющей собой государственную стратегию общественного здоровья, приоритетным направлением является профилактическая деятельность. Донозологическая диагностика – новое научное направление, целью которого является раннее выявление преморбидных состояний в виде напряжения механизмов адаптации и реализация адекватных приемов профилактики заболеваний [1]. Преморбидные состояния отмечаются у относительно большого числа «практически здоровых» людей, так у 40% обследованных выявляется напряжение механизмов адаптации, у 25% — неудовлетворительная адаптация, у 9% — срыв адаптации. Рост заболеваний сердечно-сосудистой системы, особенно у лиц молодого возраста, требует новых подходов к их профилактике [2]. Основным методом донозологической диагностики является скрининг– оценка состояния, поиск фактора риска или заболевания путем опроса, физикального обследования, инструментального или лабораторного исследования или с помощью других процедур, которые могут быть выполнены относительно