

ЛИМФЕДЕМА У БОЛЬНОЙ С ПОСТМАСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ*

В.С. Макарова

Научно-практический центр реабилитации больных лимфедемой «Лимфа», Москва

E-mail: info@limfa.ru

Приводятся клинический пример развития слоновости верхней конечности у больной с постмастэктомическим синдромом и результат ее успешного лечения.

Ключевые слова: лимфедема, лимфатический отек, лимфостаз, постмастэктомический синдром.

Лимфедема – прогрессирующее заболевание, характеризующееся отеком конечности (или конечностей) вследствие скопления жидкости с высоким содержанием белка в интерстициальном пространстве, преимущественно – в подкожной жировой клетчатке, из-за нарушения транспорта лимфы по лимфатическим сосудам. Наиболее тяжелая форма лимфедемы – слоновость (III стадия заболевания по M. Foldi).

Среди взрослого населения Российской Федерации чаще всего лимфедема наблюдается у больных, перенесших комбинированное лечение онкологического заболевания. Радикальные операции по удалению опухоли предусматривают лимфодиссекцию (частичную или тотальную) регионарных лимфатических узлов, что приводит к нарушению анатомических путей транспорта лимфы.

Кроме того, в комбинированное лечение онкологического заболевания входит лучевая терапия, последствием которой является асептическое воспаление мягких тканей в зоне облучения. При этом происходит грубое фиброзное перерождение подкожной жировой клетчатки с облитерацией лимфатических сосудов. Известно, что транспорт лимфы от конечностей осуществляется в направлении от глубокорасположенных тканей (костной, мышечной, фасций) к поверхностным, и основные лимфатические коллекторы проходят в подкожной жировой клетчатке. В связи с этим понятно, почему лучевой фиброз подкожной жировой клетчатки существенно усугубляет нарушение транспорта лимфы от конечности и развитие лимфатического отека.

Особая группа онкологических больных – женщины с постмастэктомическим синдромом, который представляет собой совокупность проявлений на стороне оперативного лечения в виде постмастэктомического дефекта, рубцовых изменений мягких тканей, обуславливающих приводящую контрактуру плеча, брахиоплексита и(или) нейропатии и, наконец, отека верхней конечности – лимфедемы. Одно из наиболее частых осложнений лимфедемы – рожистое воспаление; иногда, при длительно существующем постмастэктомическом отеке, развивается такое грозное осложнение, как лимфангиосаркома (синдром Стюарта–Тривса).

Хирургическое лечение лимфедемы при постмастэктомическом синдроме может представлять интерес в случаях сохранной функции лимфатических сосудов, структурной единицей которых является лимфангион. Однако, когда появляется отек, это уже свидетельствует о недостаточности лимфатических коллекторов, а когда отек становится непреходящим, можно говорить о функциональной недостаточности лимфангиона. В этом случае хирургическое восстановление проходимости лимфатических сосудов (лимфо-лимфатические анастомозы) неэффективно. Следует отметить, что ряд хирургов-исследователей предпринимали попытки восстановления лимфатической проходимости во время основной операции – радикальной мастэктомии, однако назначаемая в последующем лучевая терапия приводила к локальному воспалению мягких тканей, облитерации лимфатических сосудов и анастомозов.

На современном этапе развития лимфологии единственно оправданным является консервативное лечение лимфедем, в том числе и постмастэктомических отеков. Это так называемая комплексная физическая противоотечная терапия (КФПТ), которая включает в себя специальный вид ручного массажа – мануальный лимфодренаж с наложением компрессионного биндажа,

*Первичная публикация в журнале «Современная онкология». – 2013; 3: 73–76.



Рис. 1. Больная В. до лечения



Рис. 2. Та же больная после 1-го курса комплексной физической противоотечной терапии

лечебную физкультуру (ЛФК) и уход за кожей. Компрессионный бандаж представляет собой бинты малой растяжимости с разными прокладками. После курса лечения больному надевают специально сшитый по индивидуальным меркам компрессионный трикотаж (в нашем случае – рукав и перчатка) плоской вязки, что позволяет сохранять достигнутый результат.

За многие годы работы с больными, страдающими лимфатическими отеками разной степени тяжести, нами накоплен значительный опыт консервативного лечения лимфедем. Приводим клинический пример консервативного лечения пациентки с постмастэктомическим синдромом.

Больная В., 1948 г. рождения (65 лет); диагноз: вторичная лимфедема левой верхней конечности III стадии по М. Foeldi (слоновость), осложненная рожистыми воспалениями; манифестация – в 2000 г. Состояние после комбинированного лечения рака левой молочной железы – стадия III, группа 3.

Сопутствующие диагнозы: ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения II функционального класса, гипертоническая болезнь III степени, риск 4, хронический пиелонефрит в стадии ремиссии, хронический калькулезный холецистит.

Жалобы при поступлении в НПЦ «Лимфа»: огромный отек левой руки (рис. 1), из-за чего больная не может находиться в устойчивом положении, свободно перемещаться; выраженные боли в области шеи.

Анамнез: в 1999 г. проведено комбинированное лечение рака левой молочной железы T₃N₂M₀ (радикальная мастэктомия по Маддену, химиотерапия, лучевая терапия, гормонотерапия). Через год появился отек верхней левой конечности, который постепенно прогрессировал. Больная незначительное время носила компрессионный рукав. С 2010 г. отек левой верхней конечности значительно увеличился, особенно в области плеча.

При обследовании в 2012 г.: по данным ультразвукового ангиосканирования вен верхних конечностей 28.09., глубокие и подкожные вены проходимы, выраженный лимфостаз левого плеча. Рентгенография органов грудной клетки 29.08: вывих левого плеча; возрастные изменения органов грудной клетки. Онколог 28.09: метастазы не выявлены.

Больная является инвалидом I группы. В наш реабилитационный центр она обратилась в марте 2013 г.

При поступлении: масса тела – 140 кг. Состояние по основному заболеванию тяжелое, активные движения в левом плечевом суставе невозможны из-за массивного отека, деформирующего анатомические контуры верхней конечности; общая двигательная активность также ограничена. Отек плотный, преимущественно проксимальный, в виде огромной кожной складки в области плеча (более 100 см в диаметре). Симптом Stemмера сомнительный. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, лимфатические узлы подмышечной группы не пальпируются. Температура кожи левой верхней конечности не изменена, чувствительность кожи несколько снижена в области плеча. На передней грудной стенке в области левой молочной железы до средней подмышечной линии – послеоперационный рубец, бледный, безболезненный, спаян с подлежащими тканями.

Пациентке проведено 2 курса (в марте и мае-июне 2013 г.) КФПТ, включающей в себя:

- мануальный лимфодренаж №20;
- наложение компрессионного бандажа №20;
- ЛФК;
- уход за кожей.

В результате лечения достигнуто значительное улучшение состояния больной; отек уменьшился на 54 см в объеме плеча после 1-го курса КФПТ (-13 кг) – рис. 2 – и на 20 см после 2-го курса лечения (-7 кг). В конце каждого курса лечения изготавливался компрессионный три-



Рис. 3. Та же больная в компрессионном бандеже во время лечения



Рис. 4. Та же больная после 2-го курса комплексной физической противоотечной терапии в компрессионном трикотаже

котаж плоской вязки (рукав и перчатка) по индивидуальным меркам, который позволил закрепить достигнутый результат (итоговое уменьшение отека на 74 см и снижение массы тела на 20 кг); рис. 3, 4.

После 2 курсов КФПТ состояние пациентки значительно улучшилось, она стала активной, много двигается, перестала нуждаться в посторонней помощи.

Многолетний опыт работы с больными, страдающими лимфедемой, ясно показывает, что применение КФПТ позволяет добиться значительного регресса лимфатического отека, поддерживать стойкую ремиссию заболевания и значительно улучшить качество жизни пациентов.

Рекомендуемая литература

Бекер С. Лимфедема после мастэктомии: отдаленные результаты микрохирургической пересадки лимфатических узлов. *Вопр. реконструкт. и пластич. хирургии.* 2008; 2(25): 5–10.

Макарова В.С., Макаров В.К., Спиридонов И.Г. и др. Консервативное лечение лимфедем. Изд. 2-е. Под ред. Ю.Е. Выренкова. – М.: АНОЛИМФА, 2012.

Марлис Г. Диагностика и лечение периферической лимфедемы. Согласительный документ исполнительного комитета Международного общества лимфологов // *Флебалимфология.* – 2003; 18: 2–6.

Мельников Р.А., Шабашона Н.Я., Семиглазов В.Ф. и др. О медицинской реабилитации больных раком молочной железы // *Вопр. онкологии.* – 1981; 7: 77–82.

Мясникова М.О. Постмастэктомическая лимфедема верхней конечности: 30-летний опыт

диагностики и лечения // *Вестн. лимфологии.* – 2010; 4: 27–32.

Мясникова М.О., Седов В.М. Роль динамической лимфоцинтиграфии в оценке лимфотока верхних конечностей у больных с постмастэктомической лимфедемой // *Вестн. лимфологии.* – 2006; 1.

Орлов Р.С., Борисов А.В. Механизмы сократительной активности. – Л, 1983.

Поташов Л.В., Бубнова Н.А. Орлов Р.С. и др. Хирургическая лимфология. – СПб., 2000.

Пронин В.М., Розанов Ю.Л., Вельшер Л.З. Мастэктомия и ее последствия. – Л.: Медицина, 1985.

Шпехт Л.Е. Условия возникновения отека верхней конечности после мастэктомии. *Современные проблемы онкологии/Под ред. А.Я. Ракова.* – Л.: Медицина, 1966. – с. 94–102.

Foeldi E. et. al. Conservative treatment of lymphedema of the limbs. *Wiessleder Angiol* 1985; 36: 171–180.

Foeldi M., Kubik S. *Lerbuch der Lymphologie.* 6 ed. Urban end Fisher. Munchen, Jena 2005

Foeldi M, Foeldi E. *Das Lymphedem: Vorbeugung und Behandlung.* Munchen, Jena: Urban end Fisher 1999.

LYMPHEDEMA IN A PATIENT WITH POSTMASTECTOMY SYNDROME

V.S. Makarova

Limfa (Lymph) Research-and-Practical Center for Rehabilitation of Lymphedema Patients, Moscow

The paper gives a clinical example of upper limb elephantiasis in a female patient with postmastectomy syndrome and the result of its successful treatment.

Key words: lymphedema, lymph node swelling, lymphostasis, postmastectomy syndrome.