

ЛИМФОЛОГИЯ СЕГОДНЯ | ИССЛЕДОВАНИЯ | НОВОСТИ

# ЛИМФОНА

НОМЕР 3(16) сентябрь 2025

Популизм  
в лимфологии



## ОТЕК КИСТИ



образ жизни

Эпиляция  
и депиляция



онкология

Простатэктомия



клинический случай

Лимфедема  
195 см

ЭТОТ ВЫПУСК ДЛЯ ВАС ПОДГОТОВИЛИ



**Иван Макаров**  
(главный редактор)



**Наталья Макарова**  
(шеф-редактор)



**Денис Ибрагимов**  
(координатор проекта)



**Мирослава Семихина**  
(дизайн и вёрстка)

## ПО ВОПРОСАМ СОТРУДНИЧЕСТВА:

МАКАРОВА НАТАЛЬЯ

☎ +7 926 961-15-46

ИБРАГИМОВ ДЕНИС

☎ +7 962 602-31-50

**ЗДРАВСТВУЙТЕ, ДОРОГИЕ ДРУЗЬЯ!**

Приветствую вас на страницах журнала LIMPHA!

Приятно отметить, что конференций по лимфологии становится все больше, а интерес к лечению лимфедемы среди медицинских специалистов только растёт. Врачи регулярно встречаются, обучаются, обмениваются опытом, что позволяет повысить качество терапии пациентов с лимфатическими отёками.

В этом номере, как и всегда, представлены отчёты о прошедших событиях и анонсы будущих конференций.

Миссия нашего журнала — вдохновлять и поддерживать вас на пути к здоровью, четко следуя принципам доказательной медицины. Подтверждением этого является статья нашего автора о популизме в лимфологии, где он освещает основные «популярные» методы лечения лимфедемы, которые на самом деле не только являются пустышкой, но и могут навредить.

Для мужчин в этом выпуске выходит статья про профилактику и лечение лимфостаза после простатэктомии, а для женщин — очень важный материал об отёке кисти после мастэктомии.

Также здесь вы найдёте ответ на вопрос, который нам часто задают пациенты: какие безопасные техники эпиляции и депиляции можно применять при лимфедеме?

Очень важной и полезной, на мой взгляд, является статья психолога о том, как жить с хроническим заболеванием. Её рекомендую прочитать всем нашим пациентам.

А в качестве расширения кругозора рассмотрим статью биолога о развитии и эволюции лимфатической системы.

И, как и в каждом номере, мы сделали клинический разбор интересного пациента. Эта история очень показательна и доказывает безграничные возможности Комплексной физической противоотечной терапии в лечении лимфедемы.

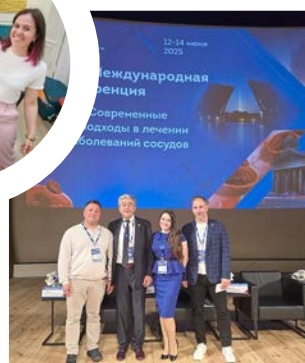
Мы продолжаем делать акцент на междисциплинарности: объединяем усилия врачей, учёных и пациентов, чтобы предлагать вам комплексные решения. Спасибо, что остаётесь с нами!

**Искренне ваш, Иван Геннадьевич Макаров,**  
исполнительный директор Ассоциации лимфологов России,  
главный редактор журнала LIMPHA

**НОВОСТИ  
04-05**



**СОБЫТИЯ  
06-11**



**ОНКОЛОГИЯ  
12-20**  
*Лимфедема после простатэктомии*

**ПАЦИЕНТУ  
21-25**

*Способы эпиляции и депиляции при лимфедеме*

**ЛЕГЕНДЫ  
И МИФЫ**

**26-32**  
*Популизм в лимфологии*

**ТРИКОТАЖ  
34-40**

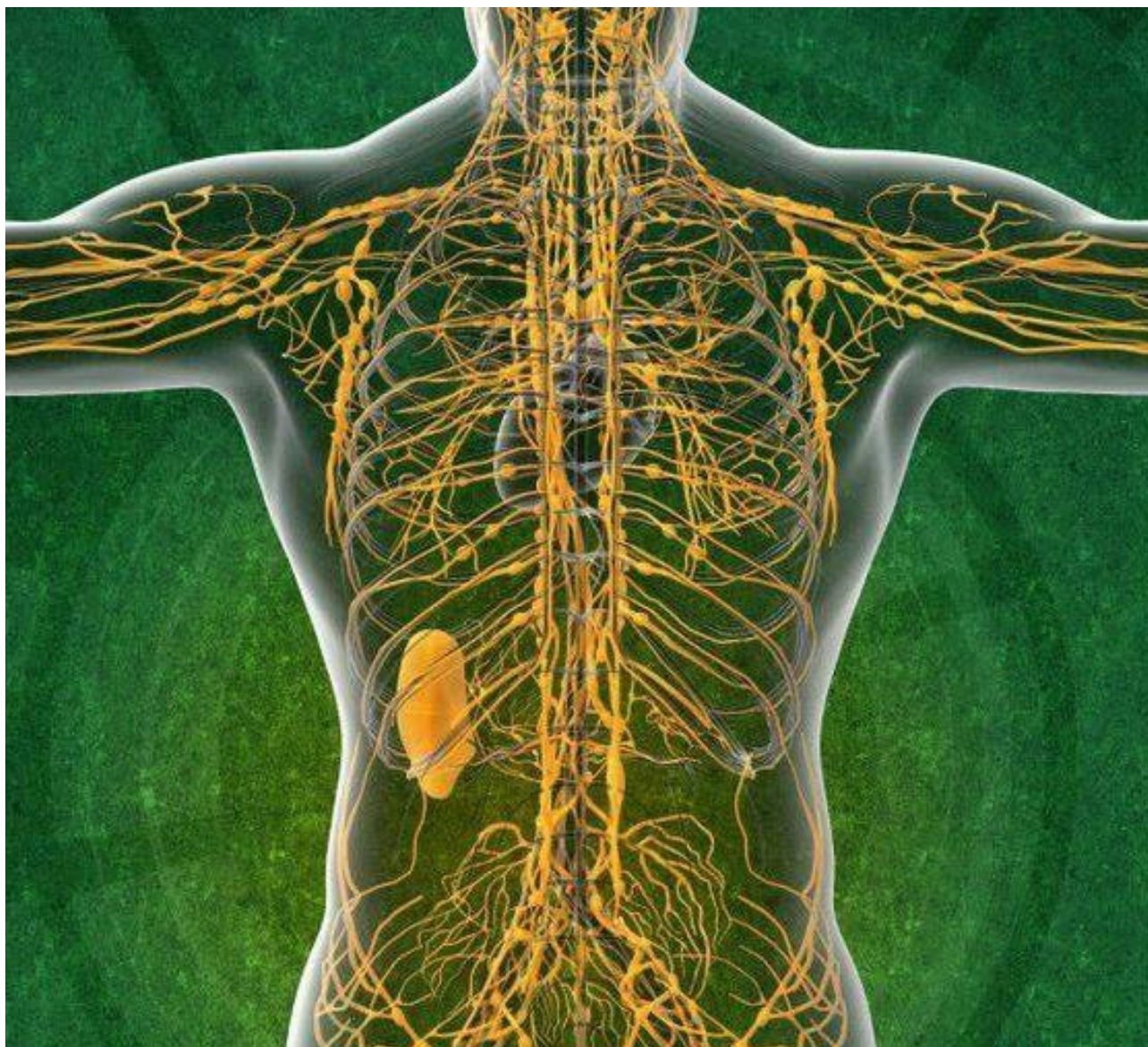
*Лечение отека тыльной поверхности кисти*

**ПСИХОЛОГИЯ  
41-44**

*Жизнь с лимфедемой  
Взгляд психолога*







## БИОЛОГИЯ

**45-48**

*Развитие лимфатической системы и история исследования*

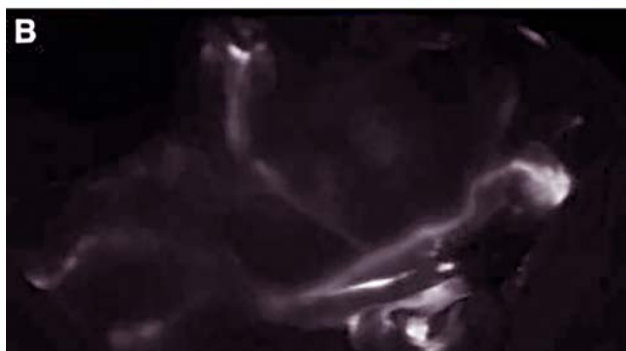
## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

**49-51**

*Лимфедема 195 см  
Разбор клинического случая*

# ПРОРЫВ В ЛЕЧЕНИИ ЛИМФЕДЕМЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ: ХИРУРГИЯ ДАЕТ НАДЕЖДУ

Исследование доступно по ссылке: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11152802/>



Предоперационная ICG-лимфография здесь показывает, что лимфоотток осуществляется через преаурикулярную и латеральную подчелюстную области.

**В новостях лимфологии мы хотели поделиться многоцентровым исследованием тайваньских учёных 2024 года, предварительным подтверждающим эффективность лимфовенозного анастомоза (ЛВА) — микрохирургической операции для восстановления лимфотока при лимфедеме головы и шеи (ЛГШ).**

Согласно проспективному исследованию Риднера и соавторов, частота возникновения лимфедемы может достигать 90% среди пациентов, перенёсших рак головы и шеи. Однако ретроспективное исследование, основанное на интегрированной базе данных здравоохранения США, показало, что только у 6,5% пациентов, перенёсших рак головы и шеи, был диагностирован лимфостаз, и лишь 3% из них получили лечение по этому поводу. Это говорит о том, что ЛГШ часто не диагностировалась и не получала достаточной терапии.

Согласно руководству Американского онкологического общества по оказанию помощи при раке головы и шеи, первой линией терапии ЛГШ является мануальный лимфодренаж (МЛ, MLD).

В настоящее время наиболее часто используемым методом лечения ЛГШ является Комплексная физическая противоотёчная терапия (КФПТ) (Complex decongestive therapy (CDT)), включающая МЛ, компрессионную терапию, физические упражнения и уход за кожей.

Лимфовенозный анастомоз (ЛВА) является общепринятым методом лечения лимфедемы конечностей. Однако лишь в нескольких работах сообщалось об использовании ЛВА для лечения ЛГШ. Целью данного исследования было представление предварительного опыта использования ЛВА для лечения ЛГШ.

Лимфостаз в области головы и шеи можно разделить на два типа: наружный и внутренний. Пациенты с внутренним типом могут испытывать трудности с глотанием или речью.



По-видимому, это первый отчёт об использовании ЛВА для лечения именно внутреннего типа ЛГШ.

В исследовании участвовали 6 пациентов с лимфедемой, развившейся из-за лучевой терапии или удаления лимфоузлов. Все пациенты были азиатами, а средний возраст составил  $49,3 \pm 8,4$  лет. Один пациент был женщиной, а остальные — мужчинами.

В период с марта 2021 года по январь 2024 года шести пациентам сделан ЛВА через преаурикулярный или подчелюстной разрез на стороне обструкции. Среди восьми операций четыре из них были для наружного типа лимфедемы лица и шеи, три — для внутреннего типа, и одна операция была для комбинации как наружной, так и внутренней лимфедемы. Средние сроки операции ЛВА после постановки диагноза составили  $6,75 \pm 4,3$  месяца.

Среднее количество анастомозов для каждой операции составило  $1,25 \pm 0,71$ .

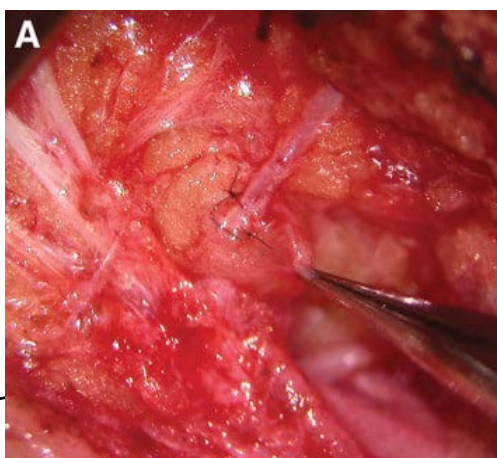
Был один пациент, который получил ЛВА три раза. Первый раз — для лечения лимфедемы на правой щеке с удовлетворительным результатом, но у него возникла лимфедема на левой щеке через 3 месяца. Он получил второй ЛВА для лечения лимфедемы слева. Однако через 4 месяца лимфедема на правой щеке рецидивировала, поэтому он получил третью операцию ЛВА. Средняя продолжительность операций составила 1,5–2 часа.

Предоперационная ICG-лимфография здесь показывает, что лимфоотток осуществляется через преаурикулярную и латеральную подчелюстную области.

Для оценки использовались опросники интенсивности симптомов лимфедемы и дистресса головы и шеи (LSIDS-H&N).

При среднем периоде наблюдения  $15,4 \pm 15,9$  месяцев после операции у всех пациентов зафиксировано значительное снижение отёка и улучшение качества жизни. По шкале оценки симптомов (LSIDS-H&N) показатели улучшились на 60%, а стадия внешней лимфедемы снизилась с уровня 2 до 0/1a. Особенно заметный прогресс наблюдался у тех, кто обратился за помощью на ранних стадиях. У пациентов с внутренним типом лимфедемы отёк надгортанника несколько уменьшился.

**Какие выводы можно сделать? Лимфедема головы и шеи вызывает хроническую боль, проблемы с глотанием и косметические дефекты. ЛВА может помочь частично устранить причину отёка. Авторы подчёркивают: раннее вмешательство повышает шансы на успех.**



**A** - Преаурикулярный лимфовенозный анастомоз при лимфедеме лица и шеи конец в конец

**B** - Прокладимость была подтверждена с помощью хирургического микроскопа, соединенного с камерой ICG.



**Лимфовенозный анастомоз (ЛВА) является общепринятым методом лечения лимфедемы конечностей**

# БЕЛЫЕ НОЧИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

24 мая 2025 года в Санкт-Петербурге состоялась XVI флебологическая научно-практическая конференция «Белые Ночи 2025». Это интересный формат мероприятия, который подразумевает не скучные доклады, а контактные мастер-классы на обучающих станциях. Группы врачей поочерёдно посещают каждую локацию, где обучаются чему-то новому.

## В этом году были представлены следующие темы:

- Лечение тромбозов без опасностей
- Коктейль из склерозантов
- Skewer-световод: универсальный инструмент для флебологии и проктологии
- Клуб Знатоков Флебологии
- Длительная компрессионная терапия после пенной склеротерапии
- Флебология & косметология — два в одном
- От термических к нетермическим методам. Клей + флебогриф
- Лимфедема: просто о сложном
- Тромбоз вен нетипичной локализации. Дифференциальная диагностика.

Станцию по лимфедеме проводили специалисты Научно-практического центра помощи больным лимфедемой «Лимфа» (Москва) и МЦ «Аванта» (Санкт-Петербург). Они представили актуальную информацию о лимфостазе, методах его диагностики и лечения с позиции доказательной медицины, показали интересные сложные клинические случаи.

Также провели конкурсы, где участники могли потренироваться в практических навыках: определить класс компрессии компрессионного трикотажа плоской вязки, надеть на пациента компрессионный гольф, испытать своё клиническое мышление.



Важно отметить, что такие мероприятия улучшают взаимодействие между врачами различных специальностей, укрепляют междисциплинарный подход к диагностике и лечению лимфедемы и позволяют флебологам (которые часто сталкиваются с отёками именно лимфатического генеза) более точно определить тактику дальнейших действий, а как итог — реально помочь пациенту с лимфедемой.





# ЛИМФОЛОГИ У АНГИОЛОГОВ

**12–14 июня 2025 года в Санкт-Петербурге состоялась юбилейная XXXX Международная конференция Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов «Современные подходы в лечении заболеваний сосудов».**



Это крупнейшее событие в сфере сосудистой хирургии в России собрало более 1500 специалистов из России, стран ближнего зарубежья и Европы. В рамках конференции работало 28 секций, где было представлено свыше 500 научных докладов.

Приятно, что в таком масштабном мероприятии было выделено время и на лимфологические сессии, которые проходили в течение двух дней.

В первый день обсуждались терапевтические подходы к профилактике и лечению лимфедемы. Председателями сессии были Макаров Иван Геннадьевич, Ровная Александра Вадимовна и Уртаев Бексолтан Махарбекович — президент

Ассоциации лимфологов России. Здесь были интересные доклады про физическую активность (Andrea Domato), онкологическую настороженность при лимфедеме (Николаева Е.С.), вторичную профилактику (Иванов А.Г.), гигантские формы лимфедемы (Макарова Н.В.), комплаенс пациентов (Ровная А.В.), отдалённые результаты лечения (Макаров И.Г.), а также выступление бельгийского специалиста по лечению лимфедемы Тима Декока про мультидисциплинарный подход.

Во второй день лимфологическая секция была посвящена возможностям хирургических методов профилактики и лечения лимфедемы и мастер-классу по ICG-лимфографии,

который провёл Герман Владимирович Медведев (пластический хирург, Санкт-Петербург). В этот день своим опытом также поделились Овчинникова И. В. (Казань), Ровная А. В. (Санкт-Петербург), Кругомов А. В. (Самара), Любимова Н. В. (Барнаул), Mattias Witt (Германия).

Хочется отметить, что лимфедемой интересуются не только специалисты, занимающиеся её лечением, но и врачи других специальностей. Каждому докладчику задавались вопросы, и возникали бурные обсуждения. Выступления на конференциях смежных специальностей крайне важны для освещения современных методик и правильных подходов к лечению лимфедемы.



# КОНФЕРЕНЦИЯ В НОВОСИБИРСКЕ

22–23 мая 2025 года в Новосибирске состоялась XVI научно-практическая конференция с международным участием «Лимфология: от фундаментальных исследований к медицинским технологиям» имени академика Ю. И. Бородина.

Конференция прошла в расширенном формате международного симпозиума и была объединена с XII Международной научно-практической конференцией «ЛИМФА-2025».

Основные темы конференции:

- Генетика и эпигенетика лимфедемы
- Персонализированные хирургические и консервативные технологии лечения лимфедемы и лимфатических мальформаций
- Лимфедема, липедема, ожирение и не только: взаимосвязь с другими специальностями
- Онкология и лимфология: тесная связь
- Морфология и физиология лимфатической системы и интерстициальной системы организма
- Диагностика и визуализация в лимфологии и ангиологии

Мероприятие собрало ведущих специалистов в области лимфологии из разных регионов России и зарубежных стран.

В рамках мероприятия Научно-практический центр помощи больным лимфедемой «Лимфа» представил четыре научных доклада, посвящённых актуальным вопросам современной лимфологии. В этих докладах были рассмотрены аспекты дифференциальной диагностики отёков в практике

врача-терапевта (Старцева Туяна Саяновна), влияние лекарственных препаратов на развитие отёков (Лавринович Светлана Сергеевна) и особенности ведения пациентов с артерио-венозным конфликтом (Кусливая Анастасия Вячеславовна).

Руководитель НПЦ «Лимфа» и по совместительству главный редактор журнала ЛИМФНА Макаров Иван Геннадьевич представил аудитории три концепции снижения затрат пациентов с лимфедемой на профилактику и лечение лимфедемы, которые основаны на международном опыте и работе Научно-практического центра реабилитации больных лимфедемой «Лимфа».

Марина Юрьевна Каплина (Демехова) (Санкт-Петербург) рассказала о диагностике, профилактике и лечении лимфедемы в практике врача-флеболога.

Также на конференции выступили ведущие специалисты по хирургическому лечению лимфостаза: Байтингер Владимир Францевич (Томск), Курочкина Оксана Сергеевна (Томск), Фейсханов Айгиз Камилевич (Казань), Кругомов Алексей Валерьевич (Самара), Нарбутов Антон Геннадьевич (Москва).

Врач-онколог Овчинникова Ирина Вадимовна (Казань) представила доклад о немедленном лимфовенозном шунтировании для профилактики лимфедемы при



лечению рака молочной железы. Данный подход пока применяется ограниченным количеством хирургов, но является эффективным с точки зрения минимизации рисков развития постмастэктомического отёка. Похожую тему также поднял врач-онколог из Москвы — Воротников Владимир Владимирович.

Отрадно было видеть в президиуме президента Ассоциации лимфологов России Уртаева Бексолтана Махарбековича, который всегда стремится поддерживать молодых врачей и учёных.

В рамках этого мероприятия было много информации, вопросов и споров, что очень ценно, потому что именно в таких обсуждениях рождается истина, и решаются важные вопросы о правильной и своевременной помощи пациентам с лимфедемой.

# ОБУЧЕНИЕ КФПТ СЛОЖНЫХ ЗОН И ПРИМЕНЕНИЕ БИНТОВ СОБАН

**Какой основной признак хорошего врача? Конечно, постоянное обучение и совершенствование навыков. Мир медицины ежедневно меняется, появляются новые исследования и новые методики. Знали ли вы о бинтах Coban и их применении в лечении лимфедемы? Мы о них раньше только слышали.**



Но благодаря Александре Вадимовне Ровной и команде Physio Lympha 11 июня 2025 года в Санкт-Петербург приехал Tim Desock — ведущий бельгийский специалист по Комплексной физической противоотёчной терапии (КФПТ), руководитель собственной школы и преподаватель.

Основной темой была КФПТ сложных анатомических зон, например, молочной железы и гениталий. Это как раз та проблема, которая ставит в тупик даже опытных лимфотерапевтов. Крайне сложно убрать отёк не с конечности, а с области, где нет круглого сечения. Создать компрессию в этих местах — настоящее искусство.

За два дня теории и практики обучающимся удалось узнать много нового и освоить практические навыки, отработав их друг на друге.

Что касается бинтов Coban, то, несомненно, они могут быть очень полезными в терапии лимфедемы при определённых клинических случаях. Tim Desock также предоставил возможность врачам ознакомиться с этими материалами и потренироваться бинтовать ими, в том числе и сложные зоны. Единственной проблемой остаётся труднодоступность этих бинтов в нашей стране.

В обучении приняли участие врачи и специалисты по КФПТ из разных городов, в их числе:

- Макаров Иван Геннадьевич (руководитель НПЦ «Лимфа», Москва);
  - Митюшина Ирина Анатольевна (старший специалист по КФПТ, НПЦ «Лимфа», Москва);
  - Иванов Андрей Геннадьевич (главный врач МЦ «Аванта», Санкт-Петербург);
  - Фейсханов Айгиз Камилевич (врач-лимфолог, сердечно-сосудистый хирург, руководитель Центра лимфологии, г. Казань)
- и многие другие.

### Что дают такие мероприятия врачам?

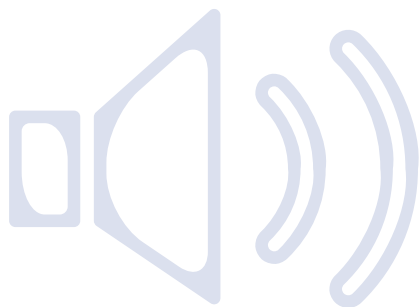
- укрепление имеющихся теоретических и практических навыков;
- освоение новых современных методик лечения лимфедемы;
- обмен опытом между специалистами из разных стран и городов.

Хочется, чтобы таких мероприятий было как можно больше, поскольку это положительно скажется на качестве лечения пациентов с лимфедемой в России.





# АНОНС КОНФЕРЕНЦИЙ



## НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ЛЕЧЕНИЮ ЛИМФЕДЕМЫ И ПОДБОРУ КОМПРЕССИОННОГО ТРИКОТАЖА

состоится в Москве в декабре 2025 года для партнёров производителя компрессионного трикотажа LIMPHACARE (Москва). Это возможность поделиться своим опытом с коллегами, получить новые знания и освоить практические навыки, необходимые для эффективной помощи пациентам с лимфатическими отёками.

В феврале 2026 года в Бостоне состоится значимый **МЕДИЦИНСКИЙ СИМПОЗИУМ, ПОСВЯЩЕННЫЙ ЛИПЕДЕМЕ**. Мероприятие «Boston Lymphatic Symposium — A Focus on Lipedema: Bridging Gaps» пройдет 19–20 февраля и объединит специалистов для обсуждения молекулярных основ заболевания, методов диагностики и лечения. Участники рассмотрят взаимосвязь липедемы с лимфатической системой, нехирургические и хирургические подходы к лечению, а также психосоциальные аспекты.

Более подробная информация на сайте мероприятия: [www.bostonlymphaticsymposium.org](http://www.bostonlymphaticsymposium.org).

## ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС МЕЖДУНАРОДНОГО ОБЩЕСТВА ЛИМФОЛОГОВ (ISL)

пройдёт с 15 по 19 октября 2025 года в Анталии (Турция) в отеле Royal Seginus. Конгресс будет состоять из основных лекций, дискуссионных форумов, образовательных семинаров, интерактивных сессий, стендовых докладов и встреч, представляющими интерес для профессионалов, клиницистов и учёных. Выставочная зона, где будут участвовать компании фармацевтической промышленности и производители сопутствующих медицинских приборов, будет открыта для посещения с 9:00 до 19:00. Все участники и экспоненты обязаны носить выданные им бейджи для посещения конгресс-центра, выставочной зоны и участия в общественных мероприятиях. Документы для участия будут выданы всем зарегистрированным участникам на стойке регистрации в последний день работы конгресса. Создан веб-сайт, на котором вы сможете следить за всей актуальной информацией о конгрессе [www.isl2025lymphology.org](http://www.isl2025lymphology.org).

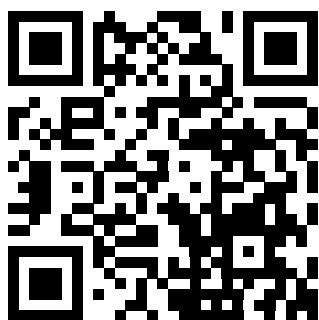
## 12TH INTERNATIONAL LYMPHOEDEMA FRAMEWORK CONFERENCE

пройдет в Ниагара-Фолс, Канада 23-25 октября 2025 года. Официальный сайт конференции: [www.lympho.org](http://www.lympho.org).

**НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ЛИМФОЛОГИИ, ПОСВЯЩЕННАЯ Ю. Е. ВЫРЕНКОВУ**, пройдет в Москве в конце октября 2025 года.

## MAYO CLINIC LYMPHATIC DISORDERS SYMPOSIUM

пройдет 13–15 мая 2026 г. в Mayo Civic Center (Рочестер, Миннесота). Симпозиум Майо по лимфатическим заболеваниям будет включать образовательные сессии, охватывающие весь спектр вопросов диагностики и лечения. Лекторы из числа местных и зарубежных специалистов рассмотрят передовые методы визуализации и диагностики лимфатических узлов, изучат варианты фармакологической терапии и поделятся последними новостями о современных хирургических методиках. Практические и обучающие возможности будут включать физикальный осмотр, компрессионную терапию, мануальную терапию и другие методы физиотерапии и визуализации. Участники получают возможность для совместного общения и налаживания связей. Сайт мероприятия: [se.mayo.edu/cardiovascular-diseases/content/mayo-clinic-lymphatic-disorders-symposium-2026](http://se.mayo.edu/cardiovascular-diseases/content/mayo-clinic-lymphatic-disorders-symposium-2026).



Самая актуальная информация о всех мероприятиях в мире лимфологии в телеграмм-канале журнала [t.me/limpharus](https://t.me/limpharus)

@LIMPHARUS

# ВЕДУЩИЕ МИРОВЫЕ УЧЕНЫЕ И СПЕЦИАЛИСТЫ В ОБЛАСТИ ФЛЕБОЛОГИИ И ЛИМФОЛОГИИ СОБЕРУТСЯ В ТАШКЕНТЕ



## Анонс Четвёртого Венозного Форума Ассоциация Флебологов Узбекистана (4th VFUz – «Ташкентская золотая осень»), который состоится 6-7 ноября 2025 года в г.Ташкенте.

6-7 ноября, 2025 года, в Ташкенте, на базе Медицинского центра AKFA Medline University Hospital, состоится Четвёртый Венозный Форум Ассоциации Флебологов Узбекистана (4th VFUz – «Ташкентская золотая осень»). В четвертый раз, президент и вице-президент Форума Ассоциации флебологов Узбекистана профессора Суннатова Р.Д. и Турсунова Б.З, соберут в Ташкенте ведущих мировых

лидеров в области флебологии и лимфологии. В предыдущие годы, в форуме участвовало (в очном и дистанционном формате) более 1,5 тысяч ученых и практических врачей из 10 стран мира. Особенностью этого Форума, явилась инициатива кафедры 1 факультетской и госпитальной хирургии Андижанского Государственного медицинского института, совместно с Ассоциацией Лимфоло-

гов России (Президент ассоциации-профессор Б.М. Уртаев) и при информационном сопровождении журнала ЛИМФНА (Главный редактор – И.Г. Макаров), включение в программу конференции, работы Научной Сессии по лимфологии, посвященной 95-летию профессора С.У. Джумабаева – основоположника клинической лимфологии Узбекистана.





Наталья Викторовна Макарова, врач-лимфолог, член Ассоциации лимфологов России, шеф-редактор журнала LIMPHA



Андрей Геннадьевич Иванов, врач - лимфолог, специалист по ультразвуковой диагностике, сердечно - сосудистый хирург. Главный врач МЦ «Аванта», г. Санкт-Петербург

# ЛИМФЕДЕМА ПОСЛЕ ПРОСТАТЭКТОМИИ

Рак предстательной железы (РПЖ) занимает второе место по распространенности среди мужчин во всем мире. Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов, если индивидуальный риск поражения лимфатических узлов при РПЖ, рассчитанный с помощью номограмм, превышает 5%, это является показанием к выполнению простатэктомии (удалению предстательной железы) с расширенной тазовой лимфаденэктомией.

Для предотвращения распространения опухолевых клеток (метастазов) при хирургическом лечении рака простаты удаляют не только саму предстательную железу, но и лимфатические сосуды и узлы, ведущие к ней. Удаление части лимфатической системы приводит к нарушению лимфодренажа, что часто вызывает накопление жидкости в мягких тканях паховой области и нижних конечностей (к развитию лимфедемы).

Несмотря на то что расширенная диссекция узлов считается наиболее точным методом для выявления микроскопического поражения лимфатических узлов, терапевтическая эффективность этой процедуры остается предметом обсуждения из-за повышенного риска послеоперационных осложнений. К ним, помимо лимфедемы, относятся тазовые лимфоцеле (лимфатические кисты), тромбоз глубоких вен и тромбоэмболия легочной артерии.

При тазовой лимфодиссекции в рамках комбинированного лечения рака предстательной железы повышен риск развития лимфедемы в области нижних конечностей и срединной линии.

Лимфедема нижних конечностей может затрагивать верхнюю часть ноги, голень, стопу, пальцы или все перечисленные области одновременно. Срединная лимфедема охватывает гениталии (половой член и/или мошонку) и/или надлобковую область.

Лимфедема может поражать пенис, крайнюю плоть и/или мошонку в различной степени: иногда только пенис или мошонка, чаще — оба органа одновременно. На начальных стадиях лимфедема может быть обратимой (например, отёк способен полностью спадать после ночного сна), однако через несколько недель или месяцев приобретает стойкий характер.

Степень выраженности лимфедемы варьируется от умеренной до тяжёлой, что может

вызывать дискомфорт при ходьбе и трение о бёдра при поражении нижних конечностей. Генитальная лимфедема приводит к опущению мошонки с ощущением тяжести и/или болевыми ощущениями.

При лимфедематозном поражении половой член может изменять свою форму, приобретая характерный вид, напоминающий саксофон. Поражение крайней плоти ведет к нарушению мочеиспускания. Увеличение объёма мошонки сопровождается утолщением кожных покровов.

При значительном увеличении объёма половой член кажется визуально уменьшенным или полностью не просматривается. Лимфедема половых органов может осложняться различными кожными патологиями: лимфоцистами с истечением лимфы (что создаёт входные ворота для бактериальной инфекции, приводящей к рожиному воспалению), папилломатозом, гиперкератозом и/или бородавками, особенно в области мошонки.



## СТАТИСТИКА

Специалисты Лёвенского католического университета в Бельгии приводят данные систематического обзора, проведённого Clinckaert et al. (2022) о частоте возникновения лимфедемы после простатэктомии с тазовой лимфодиссекцией. Так, лимфостаз ног у таких пациентов возник в 0–14% случаев, средней линии — в 0–1% случаев. Примечательно, что эти показатели резко возрастают, когда пациенты получают тазовую лучевую терапию после тазовой лимфодиссекции: до 18–29% — лимфедема ног и 2–22% — лимфедема средней линии.



## ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА

Диагноз вторичной лимфедемы нижних конечностей и гениталий, как правило, ставится на основании осмотра и сбора анамнеза. Если планируется хирургическое лечение, то рекомендовано проведение ICG-лимфографии с целью определения объема операции и её типа.

Отёк после комбинированного лечения РПЖ может появиться в любой момент жизни. На раннем этапе (первые 3 месяца после радикальной простатэктомии) отёк может носить постоперационный характер. Здесь важно его дифференцировать с уже развивающейся лимфедемой.

**Поэтому, если у мужчины появляется отёк сразу после операции, то надо обратить внимание на следующие пункты:**

1. Отёк незначительный
2. Не имеет тенденции к увеличению, а, наоборот, постепенно становится меньше
3. Отёк локализуется в лобковой области, мошонке, на половом члене, бёдрах, но нет отёка на голенях и стопах
4. Прошло не более 3-х месяцев после операции

Если все вышеуказанные признаки соблюдены, то, скорее всего, отёк носит постоперационный характер, и со временем может самостоятельно полностью пройти.

Если же после операции отёк начинает прогрессировать, захватывать все новые области, то необходимо обратиться к врачу-лимфологу — возможно, у вас уже развивается лимфедема. При лимфостазе, ассоциированном с РПЖ, отёк нижних конечностей чаще всего асимметричный (одна нога отекает больше, или вторая нога не отекает вообще).

В отличие от лимфедемы конечностей, не существует объективной техники для оценки объема отёка мошонки и полового члена, но симптомы и признаки пациента могут быть определены с помощью шкалы оценки генитальной лимфедемы (GLS).

**GLS состоит из шести элементов:**

- ощущение тяжести
- напряжение
- отёк
- нарушение мочеиспускания
- лимфоциты
- генитальные лимфорей

Если присутствуют эти симптомы, и они прогрессируют, нужно срочно обратиться к врачу-лимфологу. При отеке нижних конечностей подтверждает лимфедему наличие специфического симптома Стеммера: увеличение толщины кожи или неспособность защемления кожи на поверхности или у основания второго пальца ноги. Тем не менее, при лимфедеме, ассоциированной с РПЖ, часто наблюдается проксимальная (с участием только одного или обоих бёдер) вторичная лимфедема без симптома Стеммера.

## ОСЛОЖНЕНИЯ

Мужчины с отёком крайней плоти или заглублённым пенисом могут испытывать трудности с гигиеной и мочеиспусканием. Может быть снижена сексуальная активность. После лечения рака простаты качество жизни у некоторых пациентов заметно снижается: деформация полового члена, увеличенный объём половых органов, заглублённый половой член и общий дискомфорт влияют на сексуальную жизнь и потенцию.

Частым осложнением лимфедемы является рожистое воспаление, вызванное  $\beta$ -гемолитическим стрептококком. Эта бактериальная инфекция характеризуется внезапным началом с высокой температурой и ознобом, недомоганием, иногда головными болями, а затем (иногда через несколько часов) покраснением, повышением температуры кожи, болью и увеличением объёма лимфедематозной области.

Рожа может начаться в нижней конечности и распространиться на гениталии или затрагивать только генитальные органы. Пациенты сообщают о сильной боли, когда воспаление распространяется на область гениталий, они даже не могут ходить. Входными воротами для инфекции могут быть искусственные повреждения кожи, лимфоциты и фолликулит лобковой области.

Для лечения рожи необходима адекватная антибиотикотерапия (например, амоксициллин). Лихорадка проходит в течение 2–3 дней, а покраснение — через 1 неделю, в то время как объём может вернуться к прежнему состоянию через несколько недель. В тяжёлых случаях может потребоваться госпитализация в стационар. Рожистое воспаление может часто повторяться и требовать долгосрочной антибиотикопрофилактики (например, Бициллином-5) в течение длительного срока. Также нужно избегать повреждений кожных покровов, чтобы не было входных ворот для инфекции.

**При лимфостазе,  
ассоциированном  
с РПЖ, отек нижних  
конечностей чаще  
всего асимметричный**

## ПРОФИЛАКТИКА

Лимфостаз нижних конечностей и средней линии может появиться и через год, и через несколько лет после лечения РПЖ. Поэтому меры профилактики нужно соблюдать в течение всей жизни. Перегрузка лимфатической системы в данной области может привести к дебюту лимфедемы.

Теперь рассмотрим, что могут и должны делать врачи, занимающиеся лечением таких пациентов, а также сами пациенты, чтобы минимизировать риски развития лимфедемы. Проанализируем методы профилактики лимфостаза и основные методы лечения, если отёк уже развился. В конце будут даны ответы на часто задаваемые вопросы.

Стоит отметить, что подход к пациентам после комбинированного лечения РПЖ, включающего простатэктомию с лимфодиссекцией, расширенную лучевую и химиотерапию, мало чем отличается от подхода к пациентам после комбинированного лечения рака молочной железы (РМЖ) или рака органов малого таза. Основные принципы профилактики и лечения схожи.

В моей статье в журнале ЛИМФНА 1(14) в марте 2025 г., посвящённой вторичной профилактике лимфедемы при комбинированном лечении РМЖ, я уже писал, что если речь идёт о вторичной профилактике лимфостаза конечностей (когда повреждение лимфатической системы уже произошло, а клинических проявлений лимфостаза ещё нет), необходимо остановиться на основных моментах, без которых вторичная профилактика невозможна.

### Напомню их:

- знание;
- контроль;
- компрессионный трикотаж.

Если мы говорим о профилактике лимфедемы нижних конечностей после комбинированного лечения РПЖ, то к вышеперечисленным пунктам можно ещё добавить движение.

Что мы подразумеваем, когда говорим о **знании**?

Самое главное, пациенту нужно знать, что такое осложнение, как лимфостаз нижних конечностей и/или гениталий, в принципе может случиться после лечения РПЖ. К сожалению, хирурги зачастую обсуждают с пациентом лишь ход и объём планируемой операции и последующей терапии, а о таких последствиях, как возможность развития лимфостаза, не говорят.

Хорошо, если есть специалисты, которые смогут помочь разобраться пациенту в этом вопросе, пусть даже на элементарном уровне. Пациент должен понимать, что на его лимфатическую систему в послеоперационном периоде ложится повышенная нагрузка, поскольку возникает не только механическое препятствие оттоку, но и исчезает концентрационная функция (всасывание жидкости), которой обладали лимфатические узлы. То есть давление и объём жидкости в лимфатических сосудах значительно возрастают, и им приходится работать в условиях повышенной нагрузки. Кроме того, пациент должен знать, какие его действия могут снижать и повышать лимфатическую нагрузку. Одно это уменьшает риск того, что он придёт к врачу в запущенном состоянии.

В той же статье в журнале ЛИМФНА №1(14) я писал об интересном эксперименте, который провели наши коллеги во главе с врачом-лимфологом Ровной А. В. на базе Университетского Маммологического центра в Санкт-Петербурге.

Они организовали школу для пациенток, проходящих лечение по поводу РМЖ. Несмотря на то, что это были пациентки с диагнозом РМЖ, результаты этого опыта можно легко применить к пациентам с диагнозом РПЖ.

Не буду в подробностях вновь описывать детали этого эксперимента. Если кто-то забыл или не читал эту статью, может обратиться к предыдущему выпуску журнала. Вкратце напомню, что рассматривались две группы пациенток.

Одна группа — это пациентки, которые посещали такие «школы», где освещались основы анатомии и физиологии лимфатической системы, описывались те изменения, которые происходят с ней в процессе лечения, и факторы, влияющие на лимфатическую нагрузку и развитие лимфедемы. Вторая группа — это пациентки, не посещавшие такую «школу» и не имевшие знаний о лимфатической системе и механизмах развития лимфедемы. В результате те пациентки, которые прошли такие «школы», в дальнейшем обратились к врачу по поводу лимфедемы в 89,6% случаев на 0-й и 1-й стадиях заболевания. И совершенно обратная картина была среди пациенток, которые не проходили эту «школу»: 84,7% пациенток по поводу развившейся лимфедемы к врачу пришли уже на 2-й и 3-й стадиях, что значительно удлиняет и утяжеляет процесс последующего лечения.





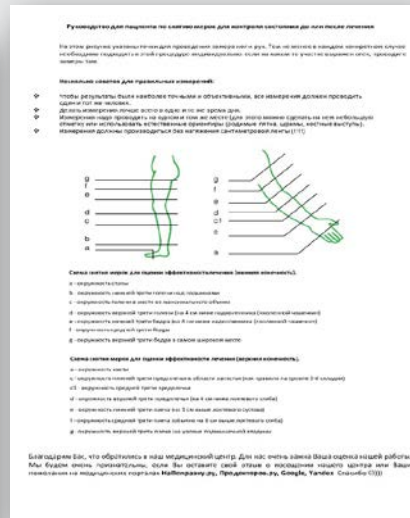
Другими словами, необходимо, чтобы у пациента был алгоритм действий на случай, если что-то пойдёт не так в послеоперационном периоде.

Также очень важен **контроль**, поскольку на начальных стадиях и при небольших отёках легко пропустить начавшиеся изменения в ногах. И опять-таки, о необходимости измерения ног необходимо информировать пациента на самых ранних этапах лечения, а в идеале — сделать это до начала лечения и тогда же начать снимать мерки.

«Аванта» Медицинский центр  
г. Санкт-Петербург, Невский пр., д. 136 (1-й этаж)  
т/ф (812) 305-53-51, т/ф (812) 668-28-05  
www.avanta-center.ru  
Итак: «Площадь поверхности тела» (или «Масса тела») (кг)

ДНЕВНИК ПАЦИЕНТА ДО И ПОСЛЕ КУРСА ЛЕЧЕНИЯ

ФИО									
Дата									
А									
Б									
В (С)									
С (С)									
Д									
Е									
Ж									
З									
И									
К									
Л									
М									
Н									
О									
П									
Р									
С									



Пациенту необходимо вести дневник измерений конечностей. Достаточно на первых порах после проведения лечения снимать мерки один раз в две недели. В последующем это можно делать реже. Причём снимать их необходимо в определённых точках, указанных в дневнике. Обязательно это нужно делать на обеих ногах в одно и то же время. Мы предлагаем пользоваться дневником пациента, который широко применяется в нашей клинике.

Если у вас отмечается отрицательная динамика, то это будет поводом для тревоги.

И раз уж мы заговорили о размерах, здесь следует сказать несколько слов об избыточном весе. Больше половины наших пациентов имеют разную степень ожирения, что в разы увеличивает риск развития лимфедемы. Это связано с тем, что чем больше объём подкожно-жировой клетчатки, тем больше жидкости в ней скапливается и тем выше нагрузка на лимфатическую систему. Другими словами, чем выше индекс массы тела пациента (ИМТ = кг/м<sup>2</sup>, масса тела в килограммах, делённая на квадрат роста в метрах), тем больше вероятность, что он столкнётся с лимфатическим отёком.

Если есть проблемы с весом, то обязательно нужно обратиться к специалисту (диетологу, эндокринологу).

Если же с весом всё нормально, то необходимо его контролировать и поддерживать на определённом уровне. Тем более нередко пациентам с РПЖ назначается гормональная терапия, которая сама по себе может способствовать появлению избыточного веса. Необходимо взвешиваться один раз в неделю и отслеживать динамику.

Самый сильный механизм транспорта лимфы — это **движение**, а именно сокращение мышц. Если мы говорим о нижних конечностях, то это преимущественно сокращения мышц голени. Чем больше мы двигаемся, тем интенсивнее сокращающиеся мышцы дают на лимфатические сосуды и тем самым способствуют более активному продвижению лимфы по ним.

Наихудший вариант для наших пациентов — это длительное стояние или сидение на одном месте, например, некоторые виды работ, долгие переезды или перелёты на самолёте. В такие моменты механизм мышечной помпы не работает, а риски развития отёков возрастают. Что делать в таких ситуациях?

Если у вас стоячая или сидячая работа, то необходимо примерно 1 раз в час устраивать небольшие физкультминутки: встать, пройтись до кулера и обратно или просто прогуляться. Если мы говорим не о работе, а о жизни вообще, то необходимо ежедневно гулять.

Кроме таких физкультминуток, важно ещё обязательно обратить внимание на положение ног при длительном сидячем положении. Желательно, чтобы они не были долго вертикально опущены. Если есть возможность поставить ноги на пуфик, приступок или любой подручный предмет, то лучше это сделать, так как такое, казалось бы, простое действие в несколько раз разгружает лимфатические сосуды нижних конечностей, снижая в них давление.

**Внимание!** Не рекомендуется задира́ть ноги наверх! Когда мы говорим о пациентах, перенёсших простатэктомию, то лежать таким пациентам с поднятыми вверх ногами не рекомендуется. В такой ситуации таз оказывается в наиболее низкой точке. Это повышает риск развития отёка гениталий.

Для того чтобы скомпенсировать снижение функционального резерва лимфатических сосудов, необходимо прибегнуть к внешней поддержке — такой поддержкой в нашем случае является **компрессия**.

Если говорим об области гениталий, то тут достаточно надеть плавки или трусы, плотно облегающие мошонку и половой член. Этого может быть вполне достаточно. С отёком гениталий очень сложно бороться. Его проще не допустить. Серьёзные отёки гениталий после простатэктомии, к счастью, развиваются не так часто.

То же самое касается и ног. Если мы долго стоим или сидим, то есть в периоды длительной статической нагрузки, необходимо использовать профилактический трикотаж. В случае с простатэктомией — это могут быть стандартные чулки либо колготы 1–2 класса компрессии круговой вязки (соответствующие стандарту RAL-GZ).

Но если вы используете колготы, необходимо обращать внимание на тот факт, чтобы они не пережимали вышележащие отделы. Существует возможность, что шорты или колготы будут скручиваться в области пояса, создавать перетяжку, тем самым нарушая отток лимфы.

Очень важно, чтобы пути лимфооттока вверх по передней или боковым поверхностям тела оставались не пережатыми. Это касается любого вида одежды, в том числе затягивания ремня на поясе. Также важно обращать внимание на то, чтобы не было скручивания трикотажа и образования перетяжек в паховой области или в области бёдер.

Получается, что в целом для профилактики лимфостаза после РПЖ достаточно соблюдать простые правила: использование полученной информации, движение, компрессия, контроль веса и размеров конечностей. Конечно, это не даёт 100% гарантии, что лимфостаз не появится, но риски можно значительно снизить.

## ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФЕДЕМЫ, АССОЦИИРОВАННОЙ С РПЖ

Здесь мы разберём, какие же методы лечения лимфостаза нижних конечностей и гениталий существуют, если, несмотря на все наши усилия, он всё же развился.

Есть консервативный и хирургический методы лечения.

Необходимо сразу сказать, что ни один из методов не позволяет полностью вылечить лимфедему на сегодняшний день.

Если мы говорим о **консервативном лечении**, то нужно понимать, что целью такого лечения является устранение жидкостного компонента в тканях.

Для таких пациентов используется метод, разработанный немецким лимфологом Михаэлем Фёльди, — **Комплексная физическая противоотёчная терапия** (КФПТ или CDT — complex decongestive therapy). При обсуждении консервативного метода лечения лимфостаза более эффективный метод не был придуман.

Важно знать, что КФПТ не восстанавливает лимфатическую систему, не убирает фиброз и избыточную жировую клетчатку, а только устраняет жидкостный компонент отека.

КФПТ включает в себя четыре составляющих:

- мануальный лимфодренаж;
- компрессионное бандажирование;
- уход за кожей;
- ЛФК.

**Мануальный лимфодренаж (МЛ)** — специальный вид ручного массажа, задача которого — улучшить работу поверхностной лимфатической системы, не усиливая при этом кровоток.

Что он делает?

- увеличивает абсорбцию богатой белком жидкости;
- усиливает лимфоангиогенез;
- перенаправляет ток лимфатической жидкости в обход заблокированных областей;
- обеспечивает расслабление;
- даёт обезболивающий эффект.

После МЛ: кожа обрабатывается питательными увлажняющими кремами. При наличии язв, эрозий производится местная обработка антисептическими растворами, мазями, пастами. При наличии лимфореи используются абсорбирующие повязки (суперпоглошители) и т. д.



**Если есть проблемы с весом, то обязательно нужно обратиться к специалисту (диетологу, эндокринологу)**



# Самый сильный механизм транспорта лимфы — это движение



## ▲ Компрессионное многослойное биндажирование:

- За счёт повышения давления в интерстиции усиливает реабсорбцию лимфатической жидкости;
- Создает градиент давления для определённого направления тока лимфы;
- Активирует мышечную помпу при движении;
- Уменьшает просвет лимфатических сосудов — усиливает скорость тока лимфы.

**ЛФК.** Специально разработанные комплексы физических упражнений применяются в реабилитации пациентов с лимфедемой.

▶ **Компрессионный трикотаж.** После прохождения курса КФПТ необходимо удержать полученный результат.

Для этого осуществляется подбор индивидуального компрессионного трикотажа плоского плетения, изготовленного с учётом анатомических особенностей. Для пациентов с лимфедемой нижних конечностей это могут быть перчатки на стопы и различные варианты изделий (гольфы, чулки, колготы и т. д.). Если у пациента лимфедема гениталий, могут применяться специально разработанные шорты или колготы. Класс компрессии, как правило, 3 или 4.

Внимание! Трикотаж подбирается только тогда, когда отёк полностью убран!



## ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

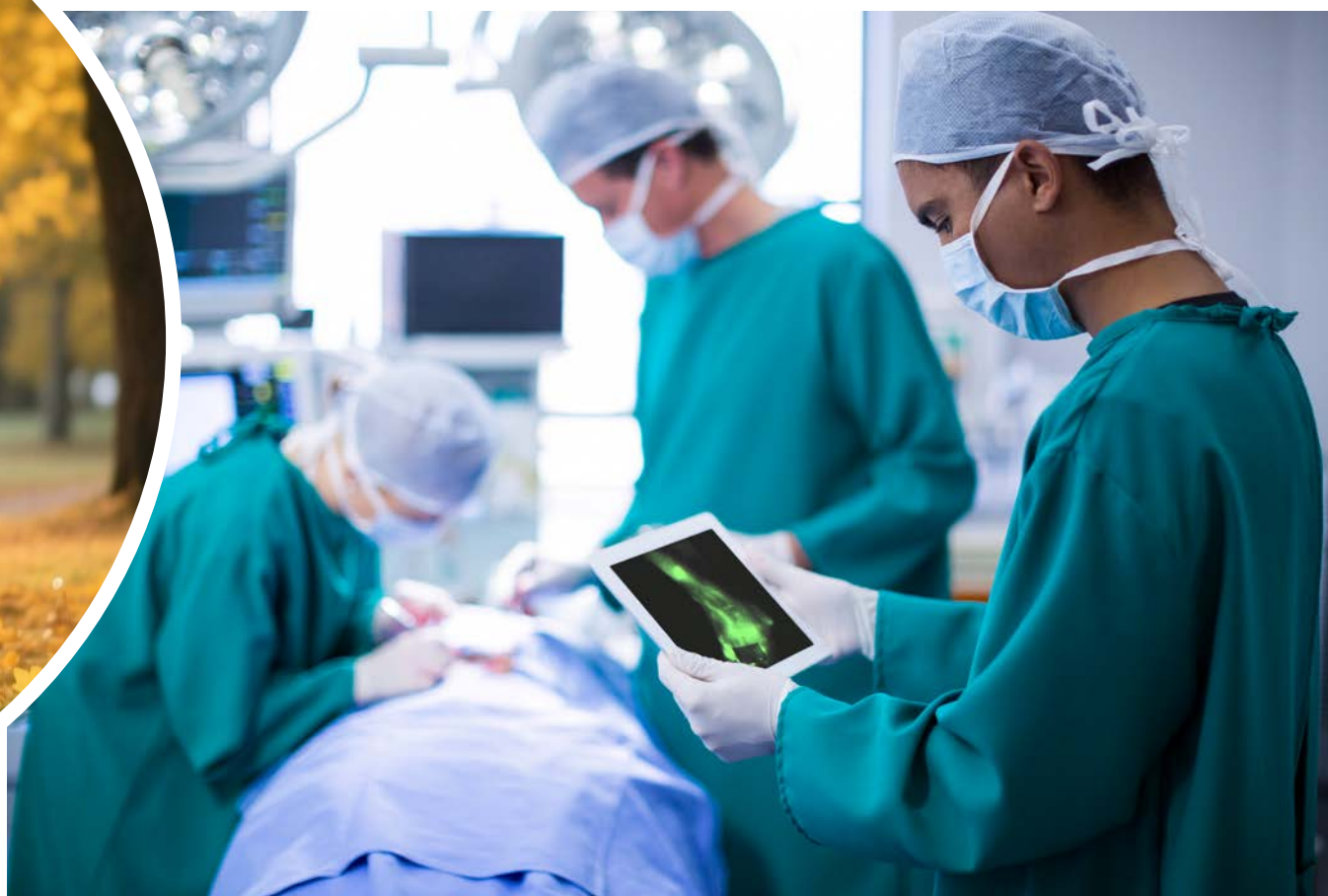
На сегодняшний день существует три основных вида хирургических операций, применяющихся при лимфедеме:

1. Наложение лимфовенулярного анастомоза (ЛВА);
2. Трансплантация лимфатических узлов (ЛНТ);
3. Липосакция.

Следует сразу отметить, что ни один из этих методов не обеспечивает полного излечения от лимфедемы.

Операции делятся на реконструктивные и редуцирующие (устраняющие избыток тканей).

К реконструктивным видам операций относят наложение ЛВА и трансплантацию лимфатических узлов, взятых из другой анатомической области, к редуцирующим — липосакцию и липодерматофасциэктомию.



**Реконструктивные операции** позволяют частично восстановить функциональный резерв лимфатической системы, уменьшить необходимость в консервативной терапии и уменьшить локальные отёки. Однако они не устраняют фиброз и избыточную жировую клетчатку, которые нередко развиваются в поражённой конечности.

Реконструктивные хирургические вмешательства не освобождают пациента от ношения компрессионного трикотажа, а лишь могут уменьшить зависимость от него, то есть дать возможность носить его реже или только при физической нагрузке и перелётах, а также иногда помогают снизить класс компрессии используемого трикотажа.

При выраженных фиброзно-склеротических изменениях подкожно-жировой клетчатки, когда после КФПТ их остаётся слишком много, а пациент стремится к симметричным конечностям (устранить фиброз и жир), может быть использована **липосакция**. Важно понимать, что такая операция не восстанавливает лимфатическую систему и порой даже усиливает зависимость от компрессионного

трикотажа, поскольку во время её проведения могут повреждаться поверхностные лимфатические сосуды. Тем не менее, она позволяет сделать ноги симметричными.

Необходимо подчеркнуть, что любые хирургические вмешательства при лимфостазе проводятся только вторым этапом. Первым этапом лечения всегда является консервативная терапия — КФПТ или в случае минимального отёка — подбор правильного компрессионного трикотажа.

**Аналогичный порядок соблюдается при хирургическом лечении лимфедемы гениталий:**

- КФПТ;
- Подбор подходящего компрессионного трикотажа до операции;
- После консультации с лимфохирургом — хирургическое лечение (ЛВА, ЛНТ или липосакция);
- Надевается компрессионный трикотаж (адаптированный или новый комплект по уменьшенным меркам).

**Реконструктивные хирургические вмешательства не освобождают пациента от ношения компрессионного трикотажа, а лишь могут уменьшить зависимость от него**



## А ТЕПЕРЬ ОТВЕТЫ НА ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ ОТ ПАЦИЕНТОВ.

### Надо ли носить компрессионный трикотаж постоянно после операций по поводу РПЖ?

Если отёка нет, и речь идёт о профилактике лимфостаза, то надевать компрессионный трикотаж достаточно в моменты активной физической нагрузки (например, занятия спортом) или длительной статической нагрузки (например, сидячая работа, перелёты, длительные поездки). В остальное время можно находиться без него. Если же отёк уже сформировался, то стандартной рекомендацией является: утром надели, вечером сняли.

### Можно ли делать массаж нижних конечностей после простатэктомии? Не ухудшит ли это ситуацию?

Надо чётко понимать, о каком виде массажа идёт речь. Если это классический или баночный массаж, то необходимо понимать, что у них очень агрессивное воздействие, которое приводит к повышению нагрузки на лимфатическую систему и может вызывать инфекционные осложнения. Соответственно, в таком случае увеличивается риск развития лимфедемы. Если же мы говорим о мануальном лимфодренаже по технике М. Фельди, то он улучшает работу поверхностной лимфатической системы. Такой массаж как раз применяется при лечении лимфедемы, поэтому навредить им при правильном выполнении невозможно. В случае профилактики лимфедемы, то я бы не советовал делать никакой массаж ниже пояса, то есть ни нижних конечностей, ни ягодичной области, если это не специализированный мануальный лимфодренаж по технике М. Фельди, выполняемый квалифицированным специалистом, поскольку любой другой вид массажа усиливает кровоток и тем самым увеличивает нагрузку в этой области, повышая риски развития лимфедемы.

### Есть ли какие-то мази или кремы, которые были бы эффективны при лимфостазе?

При риске развития лимфостаза — это питающие и увлажняющие кремы. Они снижают риск развития инфекционных осложнений за счёт того, что кожа становится эластичной, увлажнённой, уменьшается её проницаемость для различных бактерий и вирусов. Каких-либо средств, которые бы стимулировали функцию лимфатической системы, нет.

### Можно пациентам после простатэктомии использовать аппаратный пневмомассаж?

Проблема, с которой пациент может столкнуться после простатэктомии — это назначение пневмомассажа или лимфопресса (когда надеваются сапоги или комбинезон, и встроенные в них камеры постепенно надуваются воздухом, создавая избыток давления). Именно при лимфедеме, ассоциированной с лечением РПЖ, этот метод является наиболее рискованным, поскольку, по некоторым данным, он увеличивает риски развития отёка гениталий более чем в 10 раз. Кроме того, усиливается риск инфекционных осложнений и риск развития фиброзных изменений подкожно-жировой клетчатки.

### Как можно предупредить рожистое воспаление?

Рожа — это инфекционное заболевание, которое вызывается бета-гемолитическим стрептококком на фоне локального (местного) иммунодефицита. Как только начинает формироваться лимфостаз, сразу происходит снижение местного иммунитета в этой области, и кожный барьер плохо борется с бактериями. Не заметить такое заболевание, как рожа, невозможно, так как в этот момент происходит резкий подъём температуры тела до 38–40 градусов, конечность приобретает ярко-красный цвет, появляется выраженная боль и отёк. Что делать в такой ситуации? Срочно обращаться за помощью к врачу для получения адекватной терапии. Возможно, в наиболее тяжёлых случаях может потребоваться госпитализация в стационар.

Основной профилактикой является контроль отёка. Это ключевой момент. В некоторых случаях в качестве профилактики допускается применение антибиотиков пролонгированного действия. Это решает только врач в каждом конкретном случае. Также важно не допускать повреждения целостности кожных покровов, а если такое произошло, необходимо максимально быстро обработать эту область антисептиками. Лучше использовать не спиртовые, например, Хлоргексидин, Мирамистин, так как они меньше сушат кожу.

### Как часто при лимфостазе возникает рожа?

Это зависит от стадии заболевания. По некоторым данным, на 2-й или 3-й стадии рожистое воспаление может возникать примерно у 50% пациентов. В очень запущенных случаях приступы могут возникать через каждые две недели. У человека, у которого нормально работает лимфатическая система, рожистое воспаление практически не возникает.

### Является ли бандажирование одним из основных методов лечения лимфостаза?

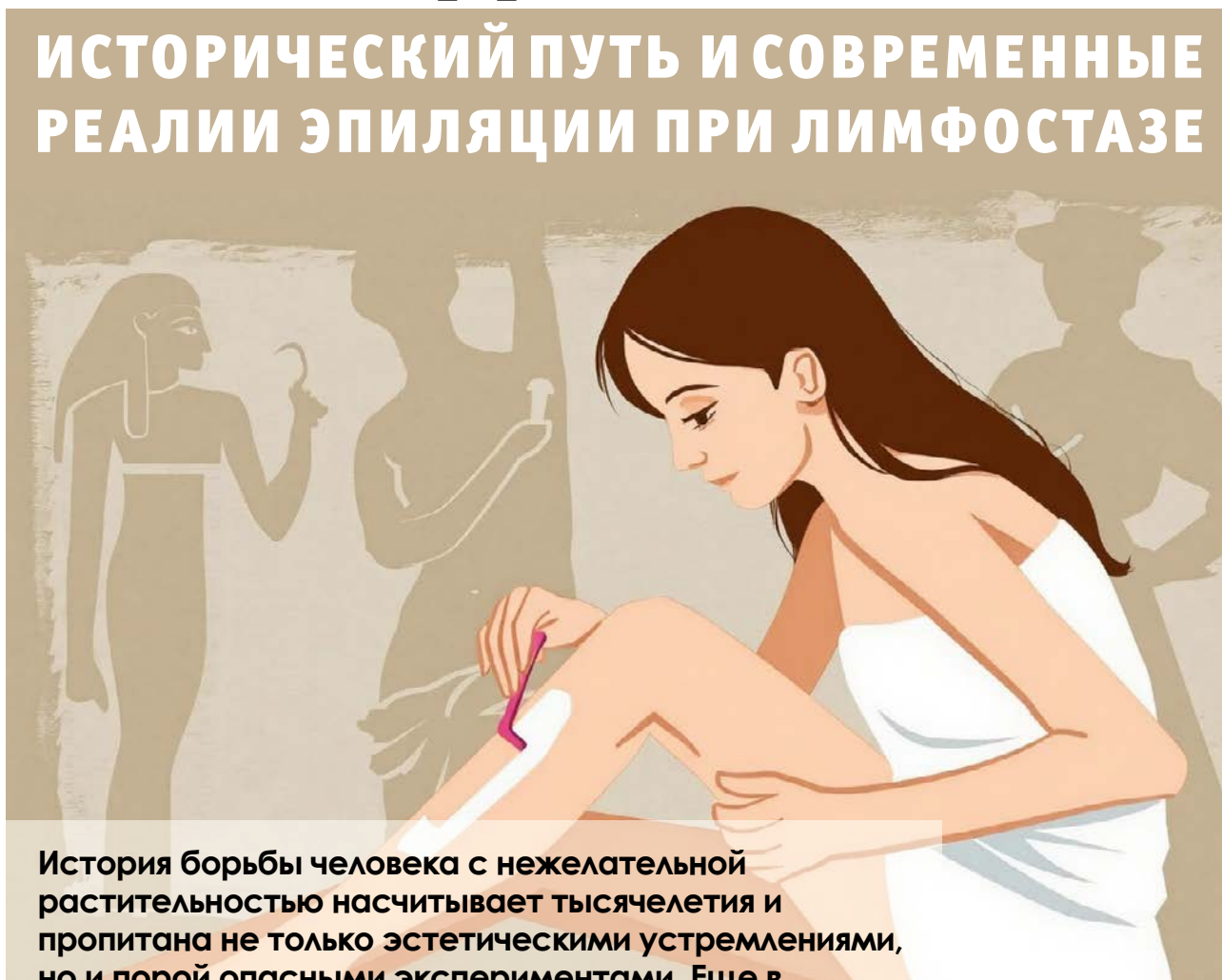
Компрессионное бандажирование — это только один из методов лечения, входящих в КФПТ (Комплексную физическую противотёчную терапию). Для получения результата нужен комплексный подход.

### Есть ли какое-то определённое количество процедур КФПТ для лечения лимфедемы нижних конечностей и области гениталий?

Определённого количества нет. При незначительных отёках иногда достаточно подобрать адекватный компрессионный трикотаж. Если же окружность конечности доходит до 150 см (что является реальным случаем), то с таким пациентом работа может длиться до 3-х месяцев. Таким образом, здесь важен сугубо индивидуальный подход.

# СПОСОБЫ ЭПИЛЯЦИИ И ДЕПИЛЯЦИИ ПРИ ЛИМФЕДЕМЕ

## ИСТОРИЧЕСКИЙ ПУТЬ И СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ ЭПИЛЯЦИИ ПРИ ЛИМФОСТАЗЕ



История борьбы человека с нежелательной растительностью насчитывает тысячелетия и пропитана не только эстетическими устремлениями, но и порой опасными экспериментами. Еще в Древнем Египте времен Клеопатры идеал гладкой кожи достигали с помощью золотых пинцетов и липких смол на основе воска, что, несомненно, было болезненным и травматичным. Персиянки за две тысячи лет до нашей эры смешивали мед, лимонный сок и древесную золу, создавая примитивные аналоги сахарной пасты для шугаринга, стремясь к безупречности. Однако для человека, живущего с лимфостазом, вопрос удаления волос далек от простого косметического жеста – это сложная медицинская дилемма, где цена ошибки может быть катастрофически высока.



Тамара Малхазиевна  
Гирдаладзе,  
врач - лимфолог,  
терапевт. Член  
Ассоциации  
лимфологов России





## Столь же коварны при лимфостазе и методы, связанные с температурным воздействием или агрессивной химией



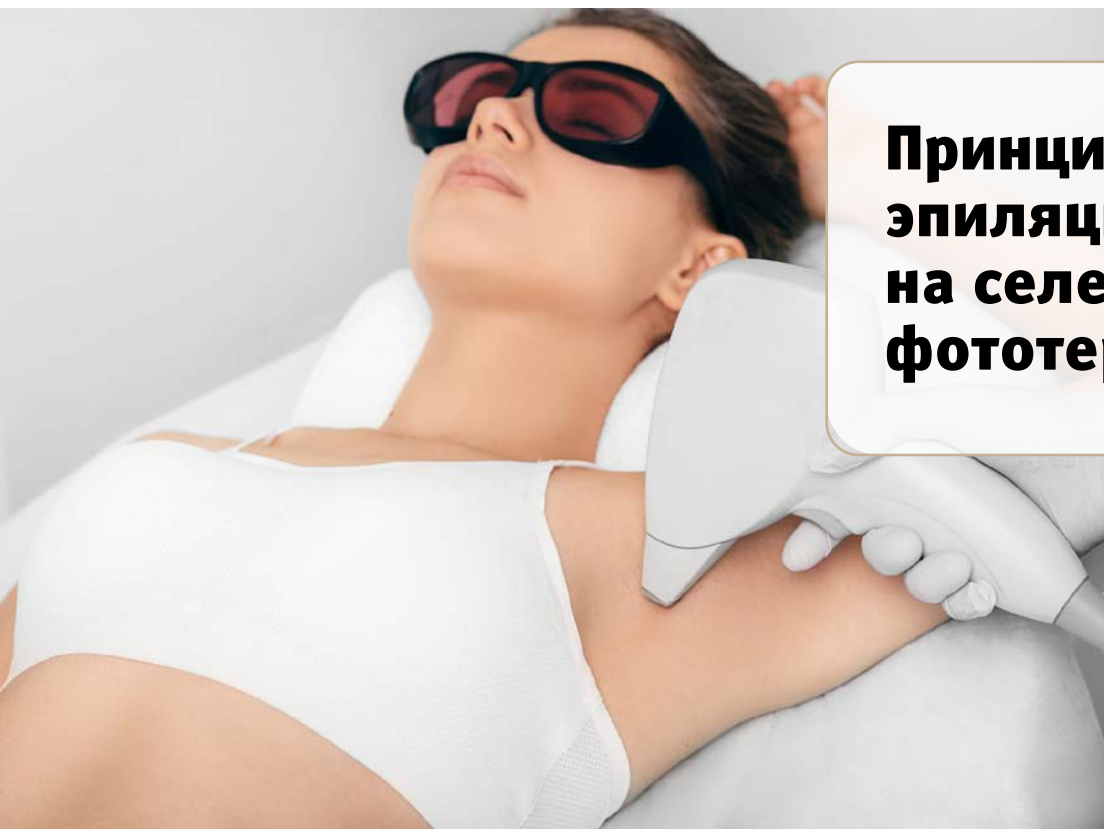
Лимфостаз (лимфедема) – это не просто видимый отек. Это состояние глубокого нарушения лимфатического транспорта, при котором хрупкие лимфатические сосуды становятся чрезвычайно уязвимыми. Кожа, теряя свою естественную защиту, превращается в тонкий рубеж на пути инфекций, а микроскопические травмы, невидимые глазу, могут стать входными воротами для бактерий и причиной развития рожистого воспаления. Именно поэтому выбор метода эпиляции при лимфедеме – это всегда баланс между желанием комфорта и необходимостью абсолютной безопасности.

Оглядываясь в прошлое, мы видим, как опасные методы эпиляции часто шли рука об руку с непониманием природы лимфедемы. В Древнем Риме женщины, стремясь к гладкости, использовали токсичные пасты на основе извести и мышьяка, что нередко приводило к тяжелым отравлениям и изъязвлениям кожи – кошмару для и без того ослабленных тканей при лимфостазе. В XIX веке, когда лимфедеме часто называли “слоновостью”, для удаления волос на отечных конечностях могли использовать грубые инструменты вроде серпов или тупых бритв, неизбежно оставляющих порезы и ссадины, которые быстро инфицировались в условиях застоя лимфы.

Ирония истории заключается в том, что электроэпиляция, изобретенная в 1875 году офтальмологом Чарльзом Мишелем для коррекции вросших ресниц – благое начинание в своей области, – абсолютно противопоказана при лимфедеме. Электрический ток, воздействующий на ткани, вызывает расширение сосудов, усугубляя отек, а микроожоги от игл становятся идеальными входными воротами для инфекции, особенно опасной на фоне сниженного местного иммунитета.

Столь же коварны при лимфостазе и методы, связанные с температурным воздействием или агрессивной химией. Горячий воск, температура которого часто превышает 42°C, вызывает рефлекторное расширение лимфатических капилляров, потенциально усиливая застой жидкости. Сам процесс резкого отрыва застывшей массы травмирует эпидермис, а в зонах фиброза или сниженной чувствительности высок риск незаметного ожога. Химические депиляторы (кремы), содержащие сильные щелочи (тиогликоляты калия или кальция) с pH 10–12, работают, разрушая кератин волоса. Однако они столь же эффективно разрушают и липидный барьер кожи — ее естественную защитную мантию. При лимфедеме, особенно сопровождающейся фиброзом или трофическими изменениями, всасывание этих агрессивных компонентов происходит быстрее и глубже, часто приводя к тяжелым химическим ожогам, контактному дерматиту и долго незаживающим эрозиям.

Так где же выход для пациента с лимфедемой, желающего ухаживать за своей кожей и чувствовать себя комфортно, особенно под обязательным компрессионным трикотажем, который сам по себе может вызывать раздражение из-за волосков? Современная медицина и косметология, опираясь на знания о хрупкости лимфатической системы, предлагают относительно безопасные подходы, но их применение требует строгих условий:



## Принцип лазерной эпиляции основан на селективном фототермолизе

стабильная компенсированная стадия лимфедемы (без активного воспаления, выраженного фиброза, папилломатоза или трофических язв) и обязательная предварительная консультация с лечащим лимфологом.

Лазерная эпиляция, детище второй половины XX века (первый медицинский рубиновый лазер для удаления волос появился в 1960-х), сегодня рассматривается как наиболее перспективный метод для долгосрочного решения проблемы при лимфостазе. Принцип основан на селективном фототермолизе: луч света определенной длины волны поглощается меланином в волосяном фолликуле, преобразуясь в тепло, которое разрушает его, не повреждая окружающие ткани. Однако

безопасность гарантирована только при соблюдении ключевых условий. Используются исключительно современные диодные или неодимовые лазеры с эффективной системой контактного охлаждения кожи (например, технология «ICE»). Процедура должна проводиться высококвалифицированным врачом (дерматологом, косметологом), знающим абсолютные противопоказания: активная онкология, беременность, а также относительные — темный фототип кожи (риск ожога), выраженный фиброз, гиперпигментация, наличие сосудистых «звездочек» или папиллом в зоне воздействия. Важно помнить, что лазер эффективен только против пигментированных (темных) волос; светлые, седые или пушковые волосы для него «невидимы».

Холодный шугаринг, современная интерпретация древних сахарных паст, также может рассматриваться как вариант при компенсированной лимфедеме на участках со здоровой кожей. Его главные преимущества — натуральный состав (сахар, лимонный сок, вода), отсутствие нагрева и техника удаления волос по их росту, что минимизирует риск врастания и травматизации эпидермиса по сравнению с воском. Сахар обладает легким осмотическим эффектом, создавая неблагоприятную среду для бактерий. Однако критически важным является мастерство косметолога: он должен не только владеть техникой холодного шугаринга, но и обязательно знать о диагнозе пациента, понимать риски. Любая грубая техника, попытка

**Горячий воск вызывает рефлекторное расширение лимфатических капилляров, потенциально усиливая застой жидкости**



удаления против роста или работа на участках с признаками папилломатоза недопустимы и чреваты микроразрывами кожи и последующим воспалением.

Когда ни лазер, ни шугаринг не подходят — а это случается при выраженном фиброзе, трофических изменениях, нестабильности отека или просто в силу индивидуальных особенностей (например, светлые волосы) — самым безопасным, хотя и требующим регулярности, методом остается бережное бритье. Предпочтение отдается современному электробритву с сеточной технологией, сводящей риск порезов к минимуму по сравнению с обычными станками. Ключевые правила: использование на сухой, неповрежденной коже, без сильного нажима, движения строго по росту волос. Гигиена здесь превыше всего: насадку бритвы необходимо тщательно дезинфицировать до и после каждого использования (например, салфетками с хлоргексидином), а саму кожу после процедуры обрабатывать бесспиртовым антисептиком (мирамистин, хлоргексидин 0,5%) и обязательно увлажнять

гипоаллергенными кремами с восстанавливающими компонентами (пантенол, керамиды, гиалуроновая кислота).

Историческая параллель здесь поучительна: от кремневых скребков неолита и опасных серпов XIX века для «слоновости» человечество пришло к относительно безопасным электрическим приборам, снижающим риск травм на несколько порядков.

Статистика неумолима: исследования указывают, что до 37% случаев грозного осложнения лимфедемы — рожистого воспаления — так или иначе связаны с микротравмами, полученными именно при попытках удаления волос. Клинические случаи, подобные истории 48-летней пациентки с лимфедемой ноги после гинекологической операции, у которой развитие рожи спровоцировал горячий шугаринг (паста 55°C) на участке с начальным фиброзом, лишний раз подчеркивают важность осознанного выбора и строгого соблюдения мер предосторожности.

#### Базовый источник риска:

Рекомендации Международного общества лимфологов (ISL, 2020) и клинические руководства (например, Lymphoedema Framework, 2006) единогласно указывают: микротравмы кожи — ведущий провоцирующий фактор рожистого воспаления (erysipelas) при лимфедеме.

*Пример:* Damstra R.J. et al. (2008) в исследовании «Erysipelas as a sign of subclinical primary lymphoedema» подтверждают, что >70% рецидивов рожи у пациентов с лимфедемой связаны с локальными повреждениями кожи.

#### Роль эпиляции:

В работе Gjorup C.A. et al. (2020) «Risk factors for cellulitis in patients with lymphoedema» (опубликованной в JAMA Dermatology) указано:

31% зафиксированных случаев целлюлита/рожи у пациентов с хронической лимфедемой нижних конечностей были ассоциированы с травматичными



**Предпочтение отдается современному электробритву с сеточной технологией, сводящей риск порезов к минимуму по сравнению с обычными станками**



косметическими процедурами, включая эпиляцию воском, бритье с порезами и использование агрессивных кремов.

**Косвенные данные:**

Исследование Keeley V. et al. (2019) «Infection in chronic limb lymphoedema» (в British Journal of Dermatology) отмечает, что в структуре провоцирующих факторов кожных инфекций при лимфостазе:

- 40% — грибковые поражения (межпальцевые трещины);
- 25% — укусы насекомых/расчесы;
- ~35% — бытовые/косметические травмы, где эпиляция — ключевая категория.

**Поэтому золотые правила для пациента с лимфостазом звучат так:**

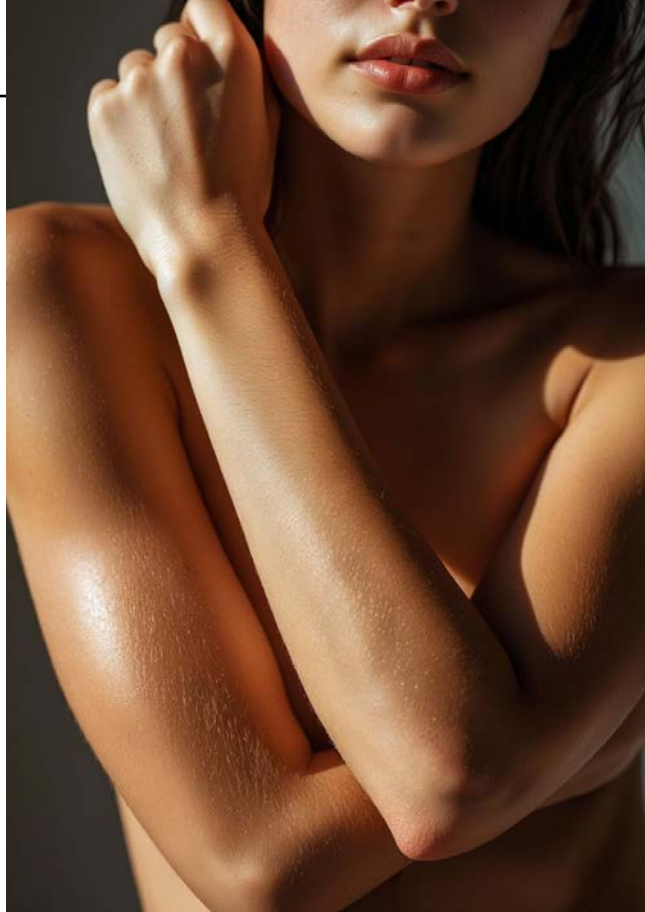
- никакой самостоятельности (все методы — только после согласования с лимфологом!)
- обязательный тест на небольшом участке здоровой кожи перед применением любого нового способа или средства
- безукоризненная гигиена и дезинфекция до и после процедуры
- немедленное обращение к врачу при малейших признаках воспаления (покраснение, боль, локальное повышение температуры, усиление отека)
- тщательный ежедневный уход за кожей как основа профилактики осложнений.

Выбор косметолога или клиники должен быть осознанным — предпочтение отдается специалистам, имеющим дополнительную подготовку по работе с лимфологическими пациентами.

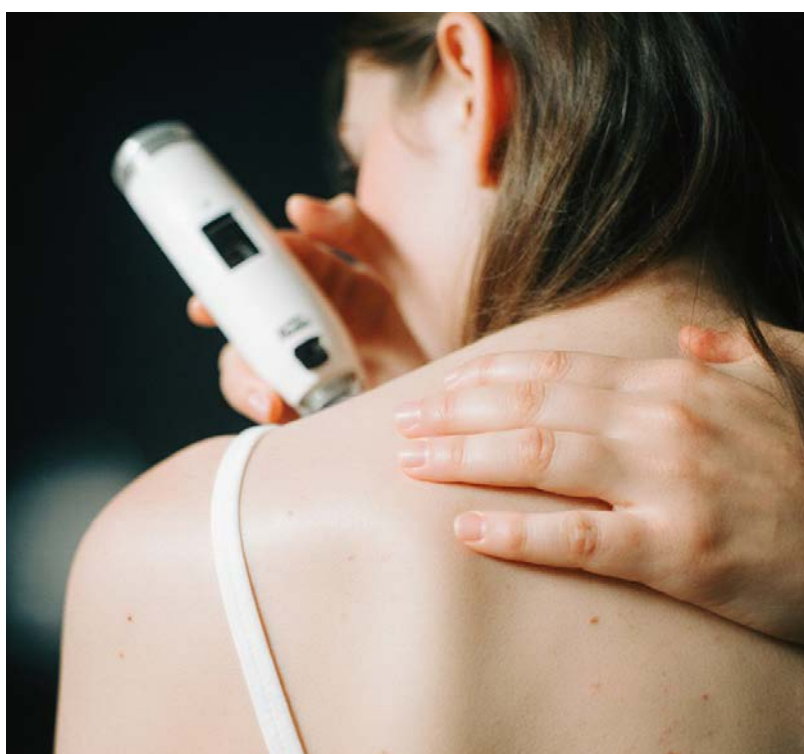
Таким образом, путь к гладкой коже при лимфостазе — это не возврат к опасным практикам прошлого, а осознанное применение современных, научно обоснованных и максимально щадящих методов под неусыпным контролем специалиста. История учит нас, что игнорирование особенностей организма ведет к осложнениям. Сегодняшний подход — это синергия знаний лимфолога, опыта дерматолога или грамотного косметолога и дисциплинированности самого пациента.

При фиброзе и трофических нарушениях единственно безопасным остается аккуратное бритье. При стабильной лимфедеме и здоровой коже холодный шугаринг у проверенного мастера или лазерная эпиляция у опытного врача на современном оборудовании становятся вариантами выбора.

Гладкость кожи не должна достигаться ценой здоровья лимфатической системы; разумный баланс и профессиональный подход — залог безопасности и качества жизни.



## Тщательный ежедневный уход за кожей как основа профилактики осложнений





Если хочешь поссориться  
с человеком, заведи  
с ним разговор  
о политике...

# ПОПУЛИЗМ В ЛИМФОЛОГИИ

**В информационной среде всё чаще встречается такое определение, как «популизм». Изначально чисто политический термин приобрел резко негативный характер и стал использоваться как «клеймо» в споре с оппонентом, когда аргументированный разговор не получается.**



Андрей Владимирович  
Безбородов,  
врач-лимфолог, хирург,  
член Ассоциации  
лимфологов России

И вот уже «популизм» можно найти в науке и медицине. Врачей и ученых обвиняют в использовании популизма (обещании чуда, исцеления, победы над старостью и так далее), чтобы уговорить пациента на более дорогостоящее лечение.

Не обошла данная тема и лечение лимфедемы.

Но прежде, чем начинать, давайте определимся с термином. Что же мы имеем в виду под словом «популизм»?

Популизм (от лат. *populus* — народ) — политика, апеллирующая

к широким массам и обещающая им скорое и лёгкое решение острых социальных проблем (<https://ru.wikipedia.org/wiki>).

В нашем случае популизмом будем считать намеренное введение пациента в заблуждение ради получения определенной выгоды (чаще всего материальной).

Фактически — замаскированное определение мошенничества, но чтобы никого не обидеть.

Лимфедема (лимфостаз, слоновость, постмастэктомический отек) — хроническое прогрессирующее заболевание. Отсутствие лечения рано или поздно ведет к довольно опасным осложнениям. А терапия лимфостаза — это не только процесс избавления от отека, но и долгий трудный путь удержания результата длиной в жизнь.

Все мы — люди, и так мы устроены, что хотим быстрых и простых решений, желательно чтобы кто-то всю работу сделал за нас. А низкая информированность даже среди врачей о лимфедеме, о доказательных методах лечения лишь усугубляет проблему и отправляет пациентов в руки недобросовестных специалистов.

## ГОМЕОПАТИЯ

К огромному сожалению, около 90% пациентов с лимфатическим отёком хотя бы раз в жизни принимали курс гомеопатических препаратов. Это не удивительно. Когда пациент впервые сталкивается со своим диагнозом (особенно когда отёк совсем небольшой), то кажется, что он вот-вот сам пройдет. Ему нужно только немного помочь, как-то простимулировать организм, иммунитет, и всё разрешится.

И если пациенту в такой ситуации не посчастливилось встретить добросовестного лимфолога, который бы мог объяснить, что к чему, то пациенту остаётся ориентироваться на рекламу. А продвижение гомеопатических средств нас просто преследует: в интернете, по телевидению, по радио. Огромное количество и таких клиник, где специально для вас что-то с чем-то смешают.

Есть врачи, практикующие гомеопатию как плацебо, мол, хуже же не станет, а ритуал терапии бывает важен для психического состояния пациента.

Но такой подход легитимизирует гомеопатию, и пациент в серьёзной ситуации для своего здоровья тратит время на бесполезные практики вместо того, чтобы действительно получить лечение. Ведь чем раньше начата правильная терапия лимфедемы, тем эффективнее и проще будет удерживать результат.

В лидерах — препарат «Лимфомиозот». Его спектр назначения огромен, особенно в косметологии. Людям рекомендуют этот препарат и от мешков под глазами, и от лишнего веса, и, к сожалению, при тяжёлых формах лимфедемы с лимфореей и инфицированными язвами.

Также встречаются назначения препаратов «Гамамелис», «Пульсатилла» и с десятков других.

**Почему же гомеопатия не работает? Начнём с того, что подбор «лечебного» вещества в препарате сам по себе антинаучен. Три главных ее принципа:**

1. Подобное подобным. Это уже ставит под сомнение данное лечение, ведь согласно ему, чтобы вылечить болезнь, вам нужно принять вещество, фактически яд, вызывающее те же самые симптомы.

2. Сверхмалые дозы «лечебного» вещества. Если коротко, разбавление такое, что зачастую нет в препарате действующего вещества, и пациент в прямом смысле принимает обычную воду, сахар или любой другой носитель.

3. Индивидуальный подход. Проще говоря, если вам не помогла гомеопатия, значит, вы сами виноваты, ведь чтобы препарат сработал, нужно верить в его исцеляющие свойства. На самом деле, чтобы препарат подействовал, у препарата должно быть конкретное вещество в конкретной терапевтической дозе, которое при употреблении должно взаимодействовать с определёнными рецепторами в организме пациента, с гомеопатией такого нет.



**В 2005 году в журнале Lancet было показано, что в исследованиях наиболее высокого качества эффективность гомеопатических средств, в отличие от обычных лекарств, неотличима от эффективности плацебо**



В 2005 году в журнале Lancet было показано, что в исследованиях наиболее высокого качества эффективность гомеопатических средств, в отличие от обычных лекарств, неотличима от эффективности плацебо.

В феврале 2017 года комиссия РАН опубликовала меморандум о лженаучности гомеопатии, коротко: «принципы гомеопатии и теоретические объяснения механизмов её предполагаемого действия противоречат известным химическим, физическим и биологическим законам, а убедительные экспериментальные подтверждения её эффективности отсутствуют».

Если вам обещают исцеление с помощью гомеопатии — это популизм.

## БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ДОБАВКИ (БАД)

«ЛимфоТранзит», «Бромелайн» экстракты конского каштана, лопуха, кукурузных рылец, чёрной смородины, брусники, толлокнянки, женьшень, элеутерококк, омега-3, куркумин и много-много чего ещё можно встретить в назначениях при лимфедеме.

Очень часто БАДы назначаются с благородной целью врачами, которые мало освещены в теме. Часто сами пациенты в надежде хоть чем-то себе помочь закупаются на маркетплейсах, где достаточно агрессивная реклама предлагает им средство от всех проблем. И именно в этом беда.

Да, в отличие от гомеопатии, зачастую в БАДах действительно есть действующее вещество. Но нужно знать, что биологически активная добавка — это форма регистрации пищевого продукта! Вы же не ждёте от бутерброда с колбасой, что он вас вылечит от варикоза? Или что селёдка под шубой исцелит вас от лимфореи?

Также в БАДах скрывается большой риск из-за плохого контроля качества по сравнению с лекарственными препаратами. Обычное дело: несоответствие состава, дозировки, а то и вовсе наличие опасных для здоровья веществ, использование сырья плохого качества.

Раз за разом массовая проверка БАДов показывает опасные результаты исследования, препараты запрещают, но уже через время появляются новые наименования со старым соста-

вом. К сожалению, это проблема не только России, но и в целом по-настоящему мировая.

Отсюда вывод — лучшее, что может с вами случиться от биологически активной добавки — ничего. Если уж рискнули пробовать такие вещи, проконсультируйтесь со своим врачом, очень важно, чтобы БАД не противоречил основному лечению.

Сами БАДы не могут по своему определению являться лекарственным препаратом и обладать хоть сколько-нибудь терапевтическим действием.

Если вам предлагают эффективное лечение биологически активными добавками — это популизм.

## ПРОЧИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Гомеопатию и биологически активные добавки считать средством лечения любого заболевания нельзя, но в антиотёчный «коктейль», кроме вышеупомянутых препаратов, часто добавляют ещё две категории настоящих лекарственных средств.

**в БАДах скрывается большой риск из-за плохого контроля качества по сравнению с лекарственными препаратами**



Это венотоники и мочегонные. Чаще они встречаются в назначениях терапевтов по месту жительства, некоторых флебологов, которые в своей практике игнорируют лимфатическую систему, и как дополнение к огромному количеству сомнительных процедур, назначаемых ими при лимфедеме (от пневмопресса до иглоукалывания) в надежде продемонстрировать пациенту быстрый результат.

Нельзя исключать, что у пациента с лимфатическим отёком есть показания к применению вышеуказанных групп препаратов, тем более что список назначений огромен: варикоз, геморрой, сердечная недостаточность, хронические заболевания почек и многое другое.

В этом случае грамотное назначение идёт только на пользу пациенту. Но при желании продемонстрировать пациенту результаты своего лечения корыстные мотивы ведут к бесконтрольному применению лекарственных

средств, превышающих допустимые дозировки и сроки приёма, ведь если не помогает, логично, нужно увеличивать дозировку.

Если с венотониками бесконтрольный приём приведёт вас к диарее и тошноте, то в случае мочегонных последствия могут быть куда опаснее — от судорог до нарушения работы сердца.

Ситуацию со свободным применением усугубляют производители препаратов, добавляя в список показаний в инструкции лимфатические отёки, хотя на данный момент нет научно доказанного механизма действия этих препаратов на лимфатическую систему.

Если коротко, в случае с венотониками препарат просто не доходит в нужной концентрации до рецепторов, чтобы оказать хоть какой-нибудь эффект.

При использовании мочегонных препаратов из нас активно выводятся электролиты и вода, но лимфатические отёки — это высокобелковые отёки (белок, обладающий высоким осмотическим давлением, притягивает к себе молекулы воды).

Если у нас с мочой начнёт выходить белок — это очень печальная история, да и как моче-

гонные препараты смогут достать этот самый белок из тканей отёкшей конечности, тоже непонятно.

И венотоники, и мочегонные препараты обладают доказанной эффективностью, то есть у них есть действующее вещество, оказывающее прямое влияние на определенные рецепторы в нашем организме. А если есть прямое действие, значит, есть и побочное, так что прием таких препаратов должен осуществляться строго под контролем врача.

## ХИРУРГИЯ

Ни один из лекарственных препаратов не сравнится по рискам для пациента с хирургическим лечением. Спектр операций огромен: от лимфовенулярных анастомозов (ЛВА) до ампутации конечности.

Ещё лет десять назад любая операция при лимфедеме вызвала ряд сомнений и опасений за пациента, но время идёт. Мастерство хирургов, методики операций, а самое главное — развитие принципов предоперационного и послеоперационного ведения пациентов не только уменьшило количество осложнений, но и стали появляться кейсы, когда операция улучшала качество жизни пациента.





Возвращаясь к теме «популизма», реклама хирургических операций в соцсетях обещает пациенту навсегда избавиться от отёка, без осложнений, без трикотажа, подкрепляя всё это красивыми фото «до и после».

К сожалению, пациентам редко объясняют, что у любой операции есть чёткие показания, определённые последствия, а самое главное — долгая подготовка перед операцией и долгое ведение пациента после операции.

### Помните!

1. Зачастую результат операции может быть оценён не ранее чем через полгода. Красивые фотографии в соцсетях делаются либо сразу после операции, либо после курса Комплексной физической противоотёчной терапии. Что случается с этими пациентами через полгода, год и более, нам, конечно же, никто не покажет.

2. Никакая операция не является способом отказа от компрессионного трикотажа! А такие операции, как липосакция или дерматолипофасциэктомия,

скорее всего, приведут вас к режиму ношения трикотажа круглосуточно. В лучшем случае изменится режим ношения трикотажа, его плотность, компрессия, но если вам обещают полный отказ — это «популизм».

3. Любая операция — это риски! Среди части пациентов ходит мнение, которое подкрепляют соцсети, что ЛВА — лёгкая малотравматичная операция, хуже после неё точно не станет, а попробовать можно, вдруг поможет.

Тут важно понимать принцип хирургии: в уже поражённой конечности находят относительно здоровый лимфатический сосуд и пересекают его для дальнейшего анастомоза с венулой. Чем больше таких анастомозов, тем выше вероятность, что какой-нибудь из этих анастомозов будет работать, но тем больше придётся пересечь здоровых сосудов.

В казалось бы уже обыденной операции должно сойтись очень много факторов: определение показаний к операции, предоперационная подготовка в виде консервативного уменьшения отёка, мастерство хирурга,

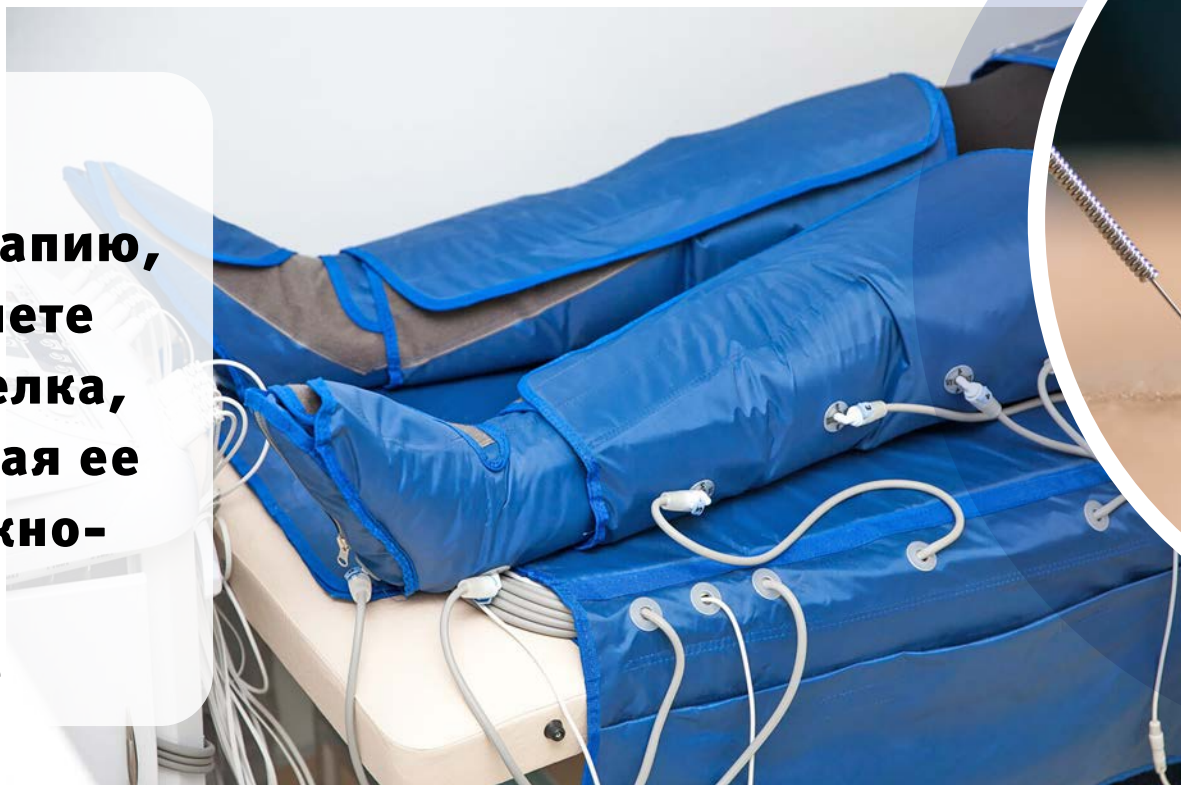
выбор послеоперационного компрессионного трикотажа, послеоперационное ведение пациента и многое другое, чтобы процент успеха едва ли перевалил за пятьдесят.

Если вам под видом операции обещают лёгкую, безопасную и быструю прогулку, то это «популизм».

4. Отсутствие жидкостного компонента отёка перед операцией и после — ключевой фактор успеха! А это значит, что не получится отказаться от консервативной терапии в пользу хирургии, и если вам обещают противоположное — это «популизм».

5. Лимфедема — хроническое прогрессирующее заболевание! А это значит, никакая операция не является панацеей. Как и пациенту с гипертонической болезнью или сахарным диабетом, пациенту с лимфедемой в любом случае нужно будет пожизненно соблюдать определённый образ жизни, нарушения которого могут привести к прогрессированию отёка и осложнениям, связанным с ним. Если вам обещают обратное — это популизм.

**Применяя прессотерапию, вы отделяете воду от белка, выдавливая ее по подкожно-жировой клетчатке**





## ФИЗИОТЕРАПИЯ

Очень обширная тема, буквально сотни методик от совсем безобидных, но бесполезных, до буквально опасных для пациента с лимфедемой.

### Разберём самые популярные:

**1. Пневмомассаж и пресотерапия** Очень распространённая ещё со времён СССР процедура, до сих пор, наверное, самая назначаемая физиопроцедура у пациентов с лимфедемой. Происходит это по ряду причин.

Во-первых, во многих клиниках ещё с тех самых советских времён эти аппараты есть, и их нужно использовать. Во-вторых, если вы не уверены в качестве своей проведённой Комплексной физической противоотёчной терапии, всегда можно добавить лекарственные препараты, что мы обсуждали выше, или пресотерапию.

В-третьих, агрессивная реклама на маркетплейсах, обещающая избавить вас от варикоза, лимфостаза, целлюлита, токсинов, шлаков и вообще сделать вашу жизнь лучше. Даже в медицинской литературе этому методу приписывают множество чудотворных свойств, но благодаря науке мы можем опровергнуть некоторые из них.

*«Улучшение лимфодренажа: лимфопресотерапия способствует выведению избыточной жидкости, токсинов и продуктов распада из тканей, уменьшая отёки и улучшая обменные процессы. Процедура улучшает кровообращение и может использоваться для профилактики тромбозов».*

Лимфа — высокобелковая жидкость. Применяя пресотерапию, вы отделяете воду от белка, выдавливая её по подкожно-жировой клетчатке, перемещая воду выше, повышаете вероятность распространения отёка. У тяжело больных пациентов повышается риск появления жидкости в брюшной полости, плевральной полости и перикарде.

А вместо выведения токсинов и продуктов распада вы повышаете их концентрацию, что приводит к увеличению вероятности воспаления, инфекционных осложнений, образованию фиброза — плотного компонента отёка, который плохо поддаётся консервативному лечению. Да, воду мы выдавили, объёмы конечно-сти действительно уменьшились, но эффект временный.

Пресотерапия повышает риск тромбофлебита, с высокой вероятностью ухудшит состояние пациента с хронической сердечной недостаточностью, а также опасна у пациентов с проблемами свёртываемости крови. Встречаются осложнения от обширных гематом до образования тромбоза,

особенно при неправильном использовании.

Конечно, всё индивидуально: кто-то может столкнуться с осложнением после первой процедуры, а кто-то годами проходить пресотерапию без явных последствий. Но если сравнивать с альтернативой в виде правильного компрессионного бандажирования, где не происходит выдавливания отёка, а создаётся помощь в улучшении естественного оттока жидкости за счёт правильно созданного градиента давления, то лимфопресс проигрывает в безопасности и эффективности.

Вообще данная процедура обладает очень сомнительными лечебными свойствами сама по себе, с высоким риском осложнений, и фактически является оздоровительной процедурой, такой как баня или классический массаж. Пока вы относительно здоровый человек, вам вряд ли навредит, но как лечение серьёзного заболевания, скорее всего, не подойдёт и даже может быть опасно.

**2. Иглоукальвание или акупунктура**, она же иглорефлексотерапия. Очень популярный метод физиотерапии также ещё с тех же самых советских времён. Особенно ценятся специалисты, обучающиеся в Китае, а особо обеспеченные пациенты отправляются в Поднебесную ради чудотворной процедуры.

Акупунктура неразделима с метафизикой, с такими вещами как мифология, нумерология, астрология и так далее. Она часто делается по ОМС как часть реабилитации пациентов с лимфедемой. Но в городах есть множество частных клиник, обладающих «особенными» методиками иглоукальвания, которые лечат всё: от хронической боли с лимфедемой до половой дисфункции.

На сегодняшний момент, несмотря на растущую популярность метода и его применения в государственных клиниках от неврологии до хирургии, эффективность метода не доказана. Большое количество исследований показали:



эффективность иглорефлексо-терапии, независимо от того, используются ли настоящие иглы или бутафорские, равна плацебо.

Чаще склонны верить в работу метода внушаемые люди, ведь почти театральное представление с нотками мистики, приправленное тысячелетней историей, не может не работать. Хотя современной акупунктуре, которую все знают, не более ста лет.

Лучше при лимфедеме от иглоукалывания не станет, а вот хуже может. При использовании настоящих игл, особенно нестерильных, повышаются риски инфекционных осложнений: от рожистого воспаления до абсцессов. У пациентов с лимфостазом высокий риск лимфореи. Если вам кто-то обещает волшебное иглоукалывание от лимфедемы — это популизм.

Туда же такие практики, как прижигание, электроиглоукалывание, воздействие на биологически активные точки уха или стопы.

**3. Антицеллюлитный массаж**, а точнее антицеллюлитный массаж под видом мануального лимфодренажа. К огромному сожалению, ради увеличения потока клиентов, некоторые массажисты и салоны продают услугу мануального лимфодренажа с очень опасными последствиями. Пациенты после онкологических операций, не получая четких рекомендаций от своих лечащих врачей, находят в интернете и соцсетях информацию о мануальном лимфодренаже как об эффективном методе профилактики и лечения отека.

И так-то оно так, но техника, с которой её выполняют в некоторых «заведениях», представляет большую опасность для пациента.

Антицеллюлитный массаж и мануальный лимфодренаж имеют принципиальное различие в технике выполнения. Первый, в отличие от второго, включает в себе последовательные техники в виде: поглаживания, растирания, разминовения, похлопывания, вибрации..

Это приводит к потенциальному повреждению здоровых поверхностных лимфатических путей, увеличению кровообращения и кровенаполнения в конечности, а соответственно, к росту нагрузки на лимфатическую систему, что может привести к манифестации отека, если его не было ранее, и к серьезному увеличению, в случае если отек уже появился.

Струдом верится, что грамотный врач может назначить такую процедуру, так что не стоит доверять лечению серьезного хронического заболевания спа-салонам.

**4. Пиявки или гирудотерапия.** Когда у нас где-то избыточное количество жидкости, логично же, что эту жидкость нужно «откачать» или, в нашем случае, высосать. Некоторые клиники, пренебрегая безопасностью людей с лимфедемой и игнорируя анатомо-физиологические особенности людей с лимфатическим отеком, предлагают использование медицинских пиявок.

Да, у гирудотерапии есть положительные доказанные эффекты при некоторых заболеваниях. Весь механизм действия пиявок связан с антикоагулянтом гирудином, который пиявка выделяет при кровососании, чтобы кровь не сворачивалась.

Это вещество, кстати, продается в виде лекарственного препарата. Все истории про убрать «грязную,

больную, плохую» кровь, чтобы организм заменил её новой «здоровой» и тем самым себя излечил, — это как раз чистой воды популизм. Отсасывание «лишней» крови не поможет пациенту с лимфатическим отеком, а вот усилить риск инфекционных заболеваний — запросто.

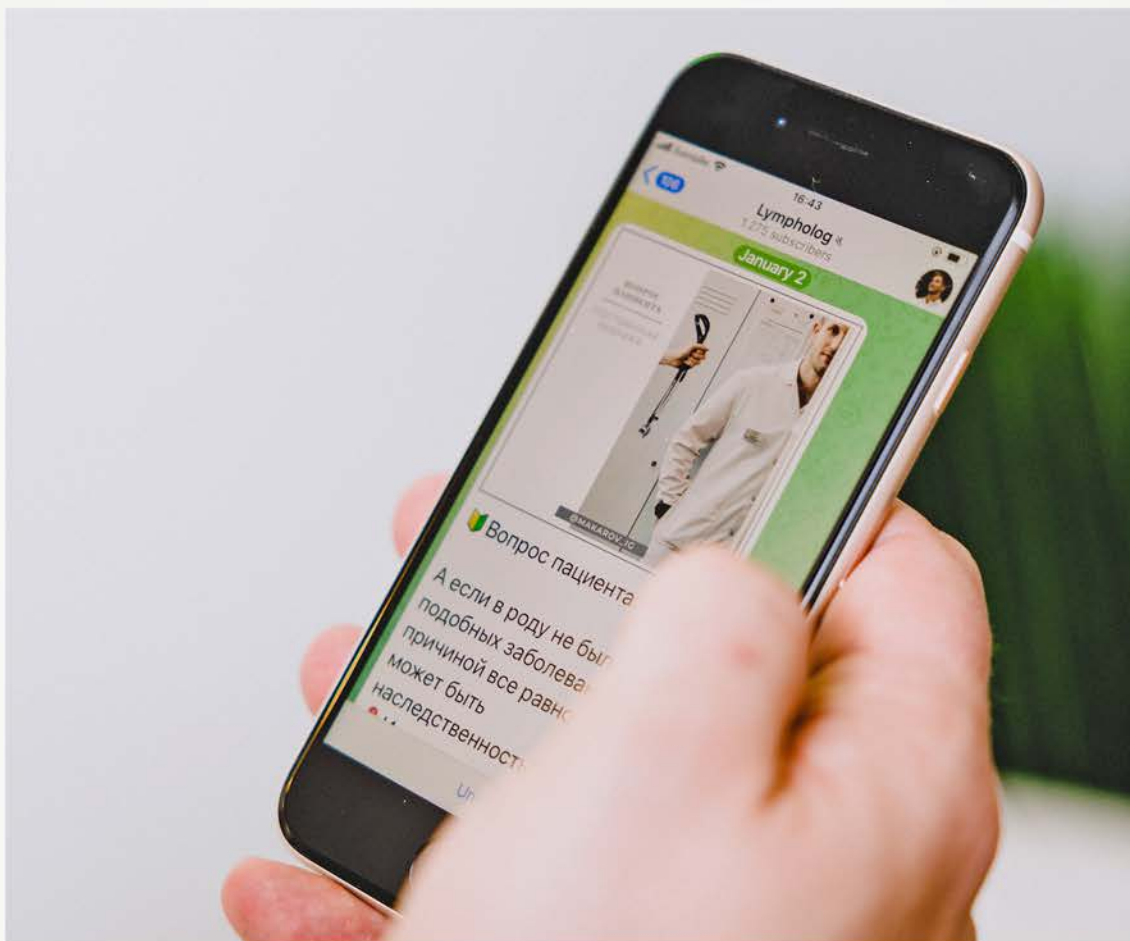
Даже медицинские пиявки могут быть разносчиками некоторых бактерий, которые находятся в их пищеварительном тракте. Ослабленный местный иммунитет, имеющийся у пациентов с лимфостазом, является противопоказанием к гирудотерапии.

А совместное применение с медикаментозными антикоагулянтами может закончиться совсем печально. В литературе описаны случаи обширных гематом, которые разрешались только хирургически, гемартрозы (кровь в суставах), гемофтальм (кровь внутри глаза). Кроме того, на месте укуса может остаться лимфорея, которая при неправильном уходе будет провоцировать долго незаживающие язвы. Да, риск всего вышеперечисленного при добросовестном применении и соблюдении техники безопасности и антисептики минимален, но сама процедура с точки зрения воздействия на лимфатическую систему неэффективна.

Пиявки не высасывают лимфу и не чинят нам поврежденные лимфатические пути. В современной медицине пиявки действительно применяются, но в большинстве случаев, за редким исключением, это экзотическая процедура, которая имеет более безопасную и эффективную альтернативу. В любом случае реклама о лечении лимфатических отеков пиявками — популизм.

**Даже медицинские пиявки могут быть разносчиками некоторых бактерий**





# LYMPHOLOG В TELEGRAM

**Здесь простыми словами рассказывают все, что нужно знать о профилактике, диагностике, лечении и жизни с лимфедемой. Мы разбираем сложные клинические случаи, результаты лечения, делимся своим опытом, следим за мировыми тенденциями.**

Авторский проект Ивана Геннадьевича Макарова, врача-лимфолога, выпускника Foeldi College (Германия), исполнительного директора Ассоциации лимфологов России.

**ПОДПИСЫВАЙТЕСЬ  
НА КАНАЛ LYMPHOLOG,  
БУДЬТЕ В КУРСЕ ВСЕЙ  
ИНФОРМАЦИИ О ЛИМФОЛОГИИ!**

**@lympholog**







Иван Геннадьевич  
Макаров,  
врач-лимфолог,  
руководитель Научно-  
практического центра  
реабилитации больных  
лимфедемой «ЛИМФА»



# ЛЕЧЕНИЕ ОТЕКА

# ТЫЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ КИСТИ

**В области лечения лимфедемы есть сложная задача, которая часто ставит в тупик не только начинающих, но и опытных врачей-лимфологов.**

**Борьба с отеком тыльной поверхности кисти касается специалистов, использующих терапевтические, хирургические и комбинированные подходы к лечению лимфатических отеков.**

**Важность контроля отека в этой области сложно переоценить, так как кисть активно используется нами в течение всего дня, и это самая заметная часть верхней конечности, которая всегда на виду.**

**Давайте разберемся, в чем состоит сложность борьбы с отеком тыльной поверхности кисти.**

## **ДВЕ ПРИЧИНЫ ПРОБЛЕМЫ: АНАТОМИЯ И ФИЗИКА**

Первая причина – анатомические особенности кисти: кожа ладонной поверхности более плотная (в ней хорошо развит роговой слой), крепится к апоневрозу соединительно-тканными перемычками и, за счет этого, не способна накапливать большое количество жидкости в межклеточном пространстве. Тыльная поверхность такими структурами не располагает, а значит, скопление жидкости ограничено только степенью растяжимости кожи, которая способна очень быстро тянуться и не позволяет контролировать развитие отека.

Вторая причина – форма сечения конечности. На кисти она похожа на сильно вытянутый овал, а на пальцах, предплечье и плече стремится к кругу. Поэтому давление компрессионного изделия (бинта, трикотажа, бандажной системы) на кисти распределяется неравномерно. Максимальное давление приходится на участки с меньшим радиусом окружности (ребра ладони), а тыльной и ладонной поверхностям достается минимальное компрессионное воздействие.

Эти причины приводят к сложности равномерного распределения давления при подборе компрессионного трикотажа и проблемам с удержанием результатов лечения.

## ПУТЬ ПАЦИЕНТА

Чаще всего с проблемой контроля отека в тыльной поверхности кисти сталкиваются пациенты с постмастэктомическим отеком, но не будем забывать о вторичной лимфедеме после повреждения или перегрузки лимфатической системы, не связанной с лечением рака молочной железы, а также первичной лимфедеме руки, которая развивается из-за пороков развития лимфатической системы.

Отек кисти может быть ятрогенным, если создается избыточное давление в области плеча или предплечья и недостаточное в области тыльной поверхности кисти. Так бывает при использовании компрессионных рукавов второго (!) класса компрессии для профилактики развития лимфедемы после перенесенной травмы лимфатической системы.

**ВАЖНО! Использование комбинированных рукавов (рис. 2) не решает данную проблему, так как не создает достаточного давления в области тыльной поверхности кисти и пальцев.**

## ЗАДАЧИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

Если пациент столкнулся с отеком тыльной поверхности кисти, то ему следует снять компрессионный рукав (перчатку можно оставить) и обратиться к врачу-лимфологу для определения плана лечения, который позволит добиться контроля лимфатического отека руки. Если что-то не получается, смело обращайтесь за вторым мнением в НПЦ «ЛИМФА» по телефону +74956461786 или в WhatsApp +79175738573. При наличии заключения врача-лимфолога такая консультация бесплатна (как второе мнение).

### Основные задачи врача при отеке кисти:

- оценить правильность подбора компрессионного трикотажа – тип изделий, класс компрессии, вариант вязки и комбинации трикотажа;
- устранить избыточное давление в области предплечья (ятрогенная причина отека кисти);
- увеличить давление в области тыльной поверхности кисти;
- оценить возможность использования реконструктивных оперативных вмешательств для снижения нагрузки на лимфатическую систему кисти и предплечья;
- исключить признаки синдрома венозной гипертензии в области верхней конечности и, при необходимости, направить пациента на дополнительные исследования (УЗДГ, КТ-флебография).

По закону Лапласа, давление, падающее на поверхность, имеющую меньший радиус окружности, больше, при прочих равных условиях (при одной и той же приложенной силе). Это следует из формулы давления  $P = T/R$ , где  $P$  – давление,  $T$  – натяжение, а  $R$  – радиус окружности. Таким образом, чем меньше радиус  $R$ , на которую действует натяжение  $T$ , тем больше будет давление  $P$ , следовательно, если площадь уменьшается, а сила остается прежней, давление возрастает. См. рис 1:

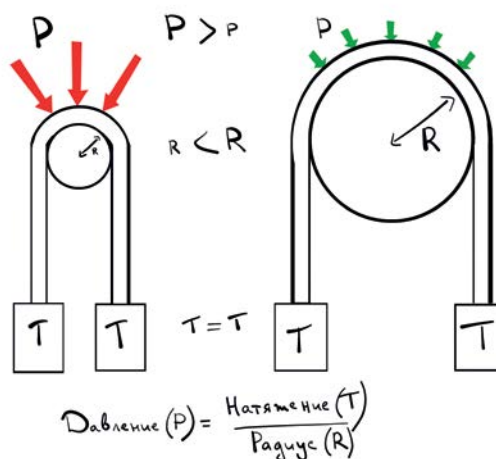


Рис. 1. Иллюстрация закона Лапласа



Рис. 2 Пример комбинированного рукава плоской вязки



Рис. 3



Рис. 4



Рис. 5. Вариант тейпирования тыльной поверхности кисти



Рис. 6. Бандажирование тыльной поверхности кисти

## ТЕЙПИРОВАНИЕ

При незначительном отеке тыльной поверхности кисти, сохраняющемся после успешного устранения жидкостного компонента лимфедемы, из-за недостаточной эластичности кожи, тейпирование может обеспечить контроль отека с минимальным влиянием на качество жизни пациента.

Процесс наложения тейпов на кожу тыльной поверхности кисти не требует сложных действий. В большинстве случаев достаточно двух кусков ленты длиной 10-12 см и шириной 5 см, углы которых следует скруглить острыми ножницами.

«Якорь» первой части ленты накладывается на латеральную боковую поверхность кисти (рис. 3), на тыльную поверхность тейп накладывается с небольшим натяжением, второй «якорь» ложится на медиальную боковую поверхность кисти. Вторая часть тейпа накладывается аналогичным образом дистальнее (рис. 4).

Если тейпирование не позволяет решить проблему отека тыльной поверхности кисти, следует использовать другие подходы.

Ниже мы рассмотрим варианты, которые в разное время были в арсенале специалистов НПЦ «ЛИМФА», и обозначим основные плюсы и минусы каждого из подходов.

## БАНДАЖИРОВАНИЕ КИСТИ БИНТАМИ НИЗКОЙ РАСТЯЖИМОСТИ

Самостоятельное бинтование тыльной поверхности кисти (рис. 6) позволяет увеличить давление в этой области и является максимально доступным методом. Для увеличения давления может потребоваться использование специальных прокладок (рис. 7), что увеличивает объем повязки. Данный алгоритм позволяет контролировать степень компрессии количеством туров бинта и степенью его растяжения.

Наложение бинтов низкой растяжимости дает невысокую предсказуемость распределения давления, так как пациент создает его ежедневно самостоятельно.

В ряде случаев возможность самостоятельного контроля давления можно рассматривать как плюс. Например, в ситуациях, когда пациент сталкивается с болями ощущениями, или требуется устранить отек, возникший из-за отсутствия контроля за тыльной поверхностью кисти.

Следует отметить неудобство в быту низкую эстетическую составляющую такого подхода, что ограничивает его применение на постоянной основе.

## БАНДАЖИРОВАНИЕ КИСТИ КОГЕЗИВНЫМИ БИНТАМИ НИЗКОЙ РАСТЯЖИМОСТИ

Самостоятельное бандажирование тыльной поверхности кисти когезивными бинтами (рис. 8) позволяет увеличить давление в этой области как с использованием дополнительных прокладок, так и без них.

Создание зоны низкой степени растяжимости в области тыльной поверхности кисти осуществляется следующим образом: после прохождения боковой поверхности кисти бинт растягивается (иногда до полной потери эластичности) и накладывается на тыльную поверхность кисти, далее через боковые и ладонную поверхности кладется без натяжения.

Это позволяет снизить давление на боковые поверхности кисти, которые, имея маленький радиус окружности по сравнению с тыльной и ладонной поверхностями, могут испытывать избыточное компрессионное воздействие. Данный алгоритм позволяет контролировать степень компрессии количеством туров бинта и степенью его растяжения.

Этот подход имеет низкую предсказуемость распределения давления, как и использование обычных бинтов низкой растяжимости, так как пациент регулирует компрессию самостоятельно.

Минусы — такие же, как и при бандажировании кисти обычными бинтами низкой растяжимости.





Рис. 7. Пример специальных прокладок для тыла кисти



Рис. 8. Пример бинтования когезивными бинтами



Рис. 9. РНБ бандаж на кисть circaid juxtaffit essentials hand wrap



Рис. 10. Jobst farrow wrap hand

## РНБ (MEDI CIRCAID VS JOBST FARROW WRAP)

Продолжая рассказ о способах удержания результатов лечения, следует обратить внимание на использование сегментов регулируемых низкорастяжимых бандажных систем типа medi Circaid (рис. 9) или Jobst farrow wrap (рис. 10).

Данная технология обладает значительно большей стоимостью, чем использование бинтов низкой растяжимости и когезивных бинтов, однако обеспечивает более предсказуемое распределение давления, особенно если доктор обозначит точку, до которой следует застегивать липкую ленту.

Для создания дополнительного давления в комплекте могут идти прокладки, которые можно использовать по отдельности или в сочетании для обеспечения большего уровня компрессии.

Минусы изделий заключаются в невозможности регуляции растяжимости в конкретном месте окружности. Это приводит к созданию избыточного давления на боковые поверхности кисти, что может вызывать ограничение подвижности и болевые ощущения. Сохраняется также низкая эстетическая составляющая и большой объем изделия, что редко позволяет применять такую систему на постоянной основе.

## ПРОКЛАДКИ ТИПА MEDI LYMPHAPADS ИЛИ АНАЛОГИ

Производители компрессионного трикотажа плоской вязки давно пытались решить проблему отека тыльной поверхности кисти и создали технологии, которые позволяли увеличивать давление в данной области.

Часто рекомендуемым решением являлся заказ перчатки с карманом (рис. 11), который располагался внутри изделия с тыльной стороны кисти. В карман могли вкладываться прокладки, изготовленные на производстве (рис. 12) или сделанные специалистом, который заказывал изделие. Данный подход позволял создавать предсказуемое давление в области кисти и дополнительно усиливать его на тыльной ее поверхности. Перчатка сшитым карманом внешне практически не отличалась от аналогичного изделия без дополнительных опций, что позволяло использовать такое изделие на постоянной основе.

Прокладки, которые предлагали производители, увеличивали давление на тыльную поверхность изделия, но имели постоянную толщину и не ограничивали растяжимость изделия. Это не позволяло добиться стойкого контроля за отеком кисти, хотя и являлось решением, подходящим для ряда пациентов.

Еще одним минусом является то, что карман для прокладок достаточно узкий и не охватывает всю поверхность тыла кисти. Таким образом, отек копится по бокам.



Рис. 11. Перчатки Medi (mediven 550) с кармашком для прокладок



Рис. 12. Пример прокладок Medi Lymphapads



Рис. 13. Пример ушивания перчатки

## УШИВАНИЕ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЧАТОК ПЛОСКОЙ ВЯЗКИ С ТЫЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ

Врачи и специалисты по подбору компрессионного трикотажа, которые освоили подгонку компрессионных изделий, использовали ушивание компрессионных перчаток плоской вязки с тыльной поверхности для ограничения растяжимости изделия в данной области и создания дополнительного давления в области межпястных промежутков (рис. 13).

Впервые с данным подходом я столкнулся в докладе врача-лимфолога Трушина Дениса Сергеевича (Рязань).

Такой подход давал предсказуемое давление, но ухудшал внешний вид изделия. Также был риск развития повреждений кожи в области соприкосновения со складками, которые формировались при ушивании изделия.

Степень растяжимости также ограничивалась размерами перчатки, и не всегда было возможно технически выполнить подгонку изделия. Например,шить изделие для маленького ребенка с отеком кисти или для миниатюрной девушки было бы невозможно.

Данный подход обладал низкой стоимостью, но требовал специфических навыков подгонки компрессионных изделий.

## ПРОКЛАДКИ LIMPACARE HAND

В попытках команды НПЦ «ЛИМФА» создать изделие, которое помогло бы справиться с отеком тыльной поверхности кисти, появились прокладки LIMPACARE HAND (патент №133854, рис. 14).

Эти изделия вкладывались в компрессионную перчатку (рис. 15) и создавали дифференцированное давление на области межпястных промежутков и костные выступы.

LIMPACARE HAND позволяют создать дополнительное давление на тыльную поверхность кисти даже в тех областях, где другие прокладки имели недостаточную эффективность.

Данные прокладки не дают ограничения растяжимости изделия и могут терять свою эффективность при использовании комплекта рукав (CG) и перчатка (AC1 или AD), так как при тыльном сгибании кисти изделие меняло положение, и снижалось давление в целевой области.

Низкая стоимость и высокая доступность таких изделий временно сделали их хорошим решением проблемы отека тыльной поверхности кисти, но удобство использования и эффективность все еще оставляли желать лучшего.





Рис. 15  
Прокладка  
LIMPHASARE HAND,  
вложенная в  
компрессионную  
перчатку



Рис. 14. Патент  
на прокладку  
LIMPHASARE HAND



Рис. 17. Полуперчатки на  
кисть LIMPHASARE



Рис. 16. Патент  
на полуперчатку  
LIMPHASARE

## ПОЛУПЕРЧАТКИ (АС) LIMPHASARE

После появления производства компрессионного трикотажа LIMPHASARE у НПЦ «ЛИМФА» появились технологические возможности, которых нет ни у одной лимфологической клиники в мире. Например, теперь стало возможным проверять гипотезы, связанные с улучшением функции компрессионного трикотажа плоской вязки.

Одним из результатов такой работы стали изделия, которые дают возможность создавать дополнительное давление на тыльную поверхность кисти за счет ограничения растяжимости изделия, а не за счет увеличения давления покоя или толщины подкладочного материала.

Полуперчатки выпускаются разной длины – АС, АС1, АD (патент №139180, рис. 16, 17) и могут комбинироваться с компрессионными перчатками любых производителей.

Надевать полуперчатки LIMPHASARE можно под компрессионную перчатку или поверх изделия. Это дает большую свободу использования для врача и пациента, но сохраняет один из самых главных параметров неизменным – давление покоя, которое определяется при производстве изделия.

Использование полуперчаток LIMPHASARE позволило 90% пациентов НПЦ «ЛИМФА» отказаться от использования шовных перчаток плоской вязки и перейти на более комфортные бесшовные изделия, например LIMPHASARE SuperSoft (рис. 18),



Рис. 18. Сочетание перчатки  
LIMPHASARE SuperSoft и полуперчатки  
LIMPHASARE



которые позволяют легче выполнять любые мелкие действия и обеспечивают уверенный контроль за отеком пальцев и предплечья.

Полуперчатки LIMPHACARE имеют стоимость, сопоставимую или даже меньшую по сравнению с сегментами на кисть регулируемых низкорастяжимых бандажных систем (РНКБ), но обладают значительно более высокими эстетическими свойствами.

На данный момент использование полуперчаток LIMPHACARE является методом выбора для контроля за отеком тыльной поверхности кисти. Важно помнить, что, как и любой компрессионный трикотаж, изготовленный по индивидуальным меркам, они могут требовать коррекции для получения оптимального лечебного эффекта и должны подбираться и контролироваться врачом-лимфологом.

### ВАЖНО!

Важно напомнить, что все приведенные выше подходы требуют использования изделий, создающих давление на область пальцев. Использование в лечении лимфедемы компрессии в области тыльной поверхности кисти без создания дополнительного давления в области пальцев – недопустимо!

## АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ В НПЦ «ЛИМФА»

В заключение нашего разговора мне бы хотелось привести алгоритм, которого придерживаются врачи-лимфологи Научно-практического центра реабилитации больных лимфедемой «ЛИМФА», когда сталкиваются с отеком тыльной поверхности кисти.

**Шаг 1:** убедиться в устранении избыточного давления в области плеча и предплечья.

**Шаг 2:** убедиться в отсутствии нелимфатических (воспалительные процессы, венозная гипертензия) причин отека кисти.

**Шаг 3:** добиться контроля отека кисти.

**Шаг 4:** добиться контроля отека предплечья.

**Шаг 5:** добиться контроля отека плеча.

Данный подход позволяет уверенно добиваться контроля отека тыльной поверхности кисти в подавляющем большинстве случаев. Если вы столкнулись со сложностями в удержании результатов лечения, то смело обращайтесь к нашей команде, и мы постараемся помочь вам или вашему пациенту.



## БОЛЕЕ 40% ЖЕНЩИН, ПРОШЕДШИХ ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, СТАЛКИВАЕТСЯ С ОТЕКОМ РУКИ\*

**Книга  
«КАК ПОБЕДИТЬ ЛИМФЕДЕМУ?»  
расскажет:**

- как работает лимфатическая система;
- почему возникает лимфедема при лечении онкологических заболеваний;
- какие существуют методы профилактики и лечения лимфатического отека;
- как максимально снизить вероятность развития отека, если вы в зоне риска.



Скачивайте книгу бесплатно  
на [www.lympholog.ru](http://www.lympholog.ru)



FREE

\* - согласно Российским клиническим рекомендациям по диагностике и лечению лимфедемы конечностей разработанным Ассоциацией Лимфологов России ([www.lymphologist.com](http://www.lymphologist.com)) и Ассоциацией Флебологов России ([www.phlebounion.ru](http://www.phlebounion.ru))

*«Незавершённые дела — самая большая беда жизни; они остаются главной проблемой и перед лицом смерти. Чем больше уроков мы проходим, чем больше дел завершаем, тем полнее живём. И не имеет значения, когда мы уйдём. Ведь мы жили!» — из книги Э. Йоргенсона «Живи сейчас...»*

# ЖИЗНЬ С ЛИМФЕДЕМОЙ

## ВЗГЛЯД ПСИХОЛОГА

В качестве вступления стоит обозначить, что нет универсального правила «как надо, а как нет». Каждый из нас индивидуален и независим, однако не может выжить без социума. К сожалению, данная статья не сможет отразить особенности каждого отдельного читателя, но она даст ответы на вопросы, которые часто возникают в социуме.



Варвара Давидовна  
Мартирисян,  
клинический  
психолог





Стоит отметить, что длительное лечение может привести к депрессии и состоянию устойчивой безрадостности. В этом случае необходима помощь психиатра и психотерапевта.

Если у нас есть желание жить, то на вопрос «Как решиться на лечение?» ответить проще. Часто найти силы и время на лечение бывает сложно тем людям, которые привыкли думать больше о других, чем о себе. Здесь, на мой взгляд, важно понять, что забота о себе самом — это фундамент для будущей помощи другим. Если человек не заботится о себе, то это бремя ложится на плечи его близких.

Человеческая способность к сопереживанию запускает тревогу в окружающих при виде недомогания члена семьи или близкого друга. Для окружающих важно видеть пример победы, когда болезнь не проблема, а задача, которую можно и нужно решить. Занятия собой и своим лечением являются примером жизнестойкости для наших близких, давая понять, насколько сильна жизнь!

Как жить с лимфедемой? Предлагаю рассмотреть психологический аспект данного вопроса. Как бы просто и даже грубо это ни прозвучало, но на «жить» очень важно согласиться. У человека должно присутствовать здоровое желание жить, присущее всему живому.

Но в момент болезни человек испытывает стресс. Он нужен для того, чтобы наш организм адаптировался к изменяющимся условиям, мобилизовался и дал отпор болезни. Но бывает так, что при длительном лечении перманентный стресс сам становится болезнью. В работе с такой проблемой пациента я рекомендую релаксационные практики. К ним относятся: медитации, аутогенные тренировки, работа с дыханием и управлением вниманием. Такие упражнения помогают запустить процесс саморегуляции, а главное — снижают тревогу. Как следствие, человек начинает лучше мыслить и находит более эффективные действия на пути лечения. Процесс начала жизни запущен!





## А ЧТО ДЕЛАТЬ С РАБОТОЙ?

Зачастую пациенты говорят: «У меня нет времени на лечение». Стоит понимать, что проблема заключается в страхе перемен ритма жизни. Наш мозг — энергосберегающий компьютер, получающий информацию от анализаторов. Он только прописывает алгоритмы действий, каждый из которых рассчитывает быть постоянным.

Человеческая потребность в стабильности приводит к установке: «Мы всегда хотим делать то, что уже знаем». Внесение лечебных мероприятий в свой жизненный алгоритм вызывает гнев и досаду. Такие чувства сигнализируют о том, что процесс адаптации к новым условиям жизни уже запущен, и наш мозг сердится на то, что от него требуют построить новый алгоритм.

На этом этапе важно просить поддержки у близких, чтобы прожить сложные эмоции. Следующий шаг — коммуникация с лечащим врачом. Она поможет рационализировать необходимость выработки новых привычек поведения. Не менее важно общение с теми, кто уже встроил лечение в свою жизнь. Опыт взаимодействия с другими пациентами может стать отличным примером.

## «КАК БЫТЬ, ЕСЛИ МЕНЯ ЗАДЕВАЮТ СЛОВА И КОСЫЕ ВЗГЛЯДЫ ЛЮДЕЙ НА УЛИЦЕ?»

Как я уже упоминала, мы существа социальные, и большинство из нас способны к сопереживанию. Мы чувствительны к мнению окружающих нас людей. Природа наделила нас этими качествами, чтобы мы могли учиться, учить и заботиться о близких.

С биологической точки зрения эта чувствительность к мнению окружающих позволяет виду выживать. Поэтому, если вы переживаете, то с вами всё в порядке! Проблемы в такой ситуации только у агрессора. В эти моменты важно понять, что чужое хамство не имеет отношения к вам.

Для того чтобы не оставалось неприятного осадка после таких встреч, можно разработать список ответов заранее: «У меня что-то не так? Да ладно? А я не знал. Теперь вот знаю, какой же вы наблюдательный!».

Такие шаблоны хорошо бы продумать заранее, чтобы отреагировать в момент атаки.

Если мы можем дать отпор в моменте, то у нас не запускается механизм социального избегания.

Чтобы нейтрализовать атаку извне, также прибегайте к поддержке близких: проговаривайте произошедшее с родными и отпускайте ситуацию.

Ещё одна важная составляющая: отсутствие подготовки к стрессовым ситуациям приводит к запуску ранних паттернов поведения, которым мы обучились в детстве.

Часто маленькие дети обезоруживают своей добротой и беспомощностью. Но такое поведение во взрослом возрасте рискует привести к травме. Чтобы избежать подобного, нужно нейтрализовать данную программу. Сперва заметьте, как, когда и с кем запускается подобное поведение. Затем придумайте, как вести себя иначе, и применяйте это в действии.





## Телесность выражает индивидуальность, неповторимые особенности человека, обретенные им в процессе жизни

### «А КАК ЖЕ БЫТЬ С ЛИЧНОЙ ЖИЗНЬЮ? МНЕ НЕ НРАВИТСЯ МОЁ ТЕЛО»

За этим вопросом прячется много историй. Первая часто идёт из прошлого опыта человека, когда его отвергли или он был свидетелем того, как кого-то отвергают из-за внешности.

Другая — история личной борьбы человека с болезнью, желание вернуть всё как было, которое препятствует запуску процесса принятия и адаптации.

Третий случай относится к длительному лечению, когда возникает привычка быть внимательным к своим ощущениям, ведь за ними может скрываться опасность.

Такая саморефлексия помогает выздороветь, но важно понимать, что она может автоматически запускаться и в мирной жизни. Например, во время близости с партнёром, вместо того чтобы ощущать возбуждение, человек переключается на какое-то иное ощущение в теле, и тогда на место эйфории приходит тревога.

Какая история запускается именно у вас, можно узнать при работе с психологом.

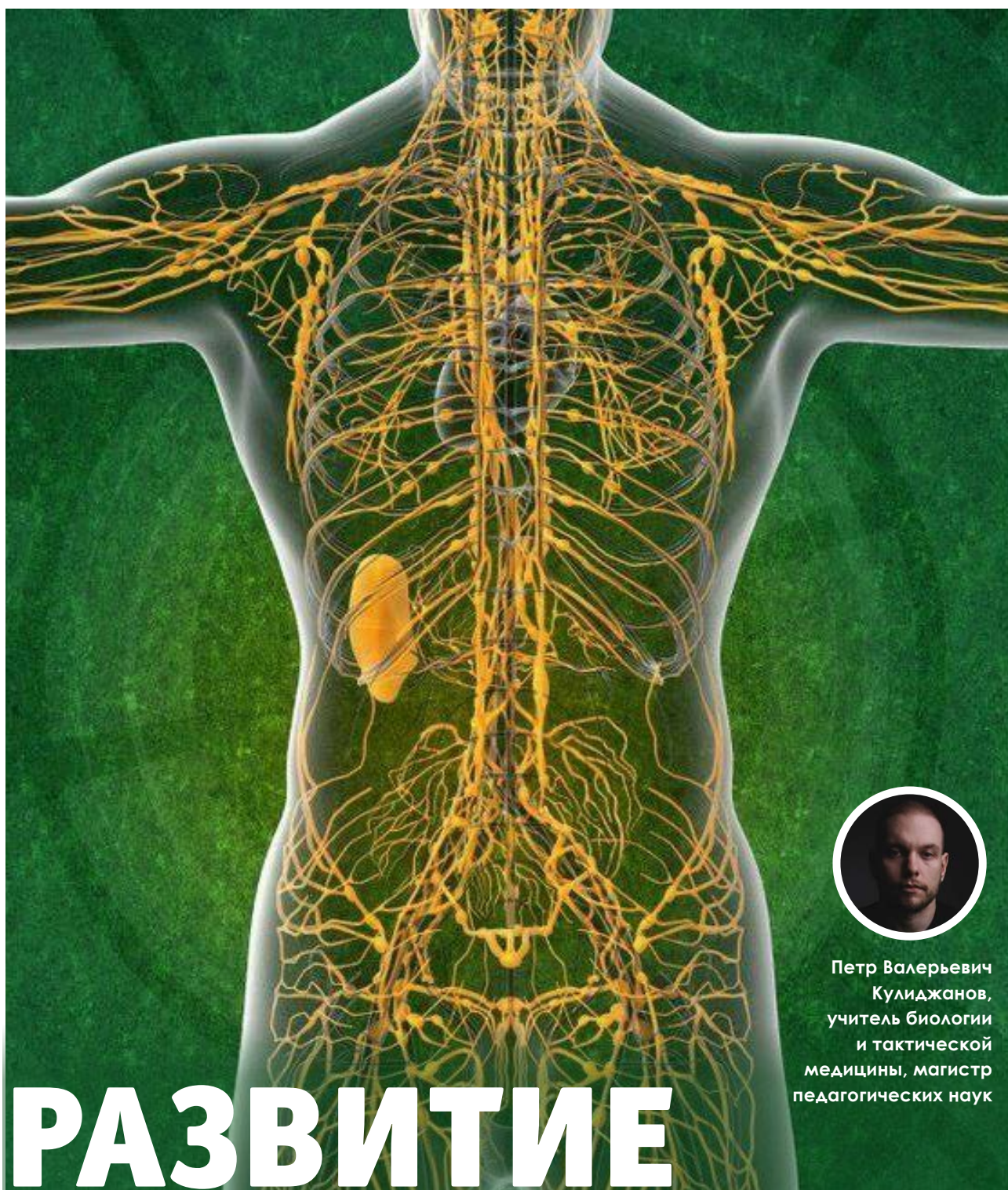
Существует разница между понятиями «тело» и «телесность». Тело — это материя, объект: оно может нравиться, может не нравиться, оно может быть толстым, худым, больным. А телесность — это одухотворённое тело, резуль-

тат развития человека. Телесность выражает индивидуальность, неповторимые особенности человека, обретенные им в процессе жизни, его культуру.

Переживание телесности — это процесс всей жизни, процесс интересный, творческий. Болезнь может войти в историю этого процесса, и хорошо, когда она уходит в историю, а человек идёт дальше, творя, развиваясь, обретая новые смыслы.

В завершение я хочу пожелать всем читателям успехов и творческого вдохновения для создания главного произведения под названием «жизнь»!





Петр Валерьевич  
Кулиджанов,  
учитель биологии  
и тактической  
медицины, магистр  
педагогических наук

# РАЗВИТИЕ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ И ИСТОРИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ



**С филогенетической точки зрения считается, что лимфатическая система впервые появилась у позвоночных — костистых рыб [Rusznayak et al., 1967]. У представителей низших хордовых животных — ланцетника и круглоротых — имеется ещё недифференцированная гемолимфатическая система, где функции транспорта жидкости и иммунной защиты объединены. У костистых рыб лимфатические сосуды уже отделены от кровеносных, но их структура остаётся примитивной: отсутствуют клапаны и специализированные лимфоидные органы.**

Рыбы данио-рерио служили отличным экспериментальным инструментом для сосудистых исследований, и долгое время считалось, что у них отсутствует лимфатическая циркуляция. Однако недавно у данио-рерио была обнаружена примитивная лимфатическая система с эволюционно сохранившимися структурными и клеточными особенностями [Yaniv et al., 2006], которая оказалась чрезвычайно ценной в различных генетических исследованиях.

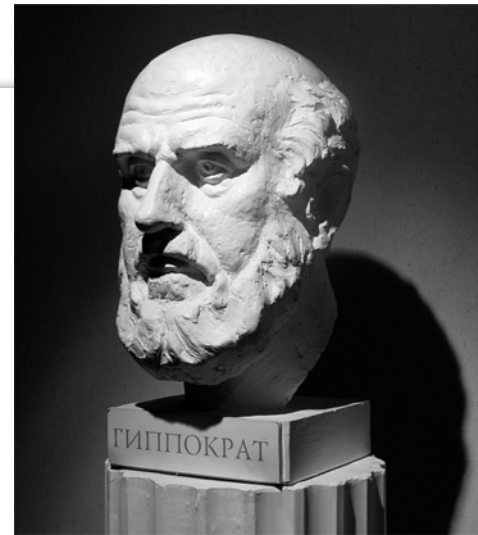
Амфибии, рептилии и нелетающие птицы также развили лимфатическую систему со специализированным лимфатическим сердцем, которое управляет дренажем и транспортировкой лимфы. Например, у бесхвостых земноводных (лягушек) есть две пары таких сердец, расположенных у основания хвоста и в области позвоночника. У некоторых видов саламандр число лимфатических сердец достигает 20 пар. Лимфатическая система далее эволюционировала у летающих птиц и млекопитающих, потеряв лимфатическое сердце и вместо этого приобретя лимфатические узлы для иммунных функций.



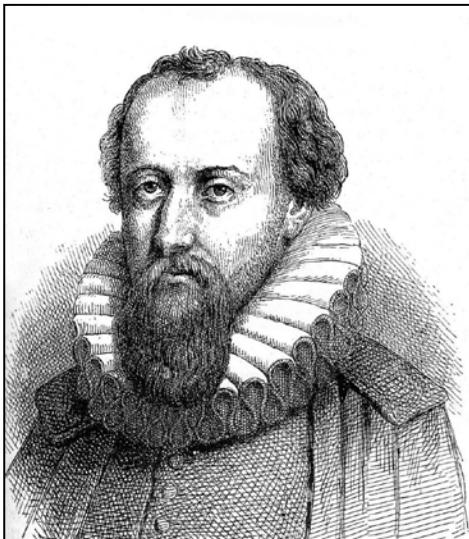
**Рыбы Данио-рерио служили отличным экспериментальным инструментом для сосудистых исследований**

Исследования лимфатической системы берут своё начало с эпохи **Гиппократ** (460–377 гг. до н. э.), описавшего лимфатический сосуд как «белую кровь» и введшего термин «хилус» (от греческого chylos, что означает сок).

Впоследствии лимфатическая система была дополнительно проиллюстрирована греческими врачами **Герофилом** (335–280 гг. до н. э.) и **Эрасистратом** (304–250 гг. до н. э.), двумя отцами-основателями анатомии человека, которые, как считается, впервые выполнили систематические вскрытия человеческих трупов.



Гиппократ



Гаспаре Азелли

После эпохи Гиппократ лимфатическая система была в значительной степени забыта до 1622 года, когда итальянский анатом **Гаспаре Азелли** заново открыл лимфатическую систему (лимфатические сосуды брыжейки) как *venae albae et lacteae* (млечные вены) у сытой собаки, изучая диафрагму [Asellius, 1627]. Его труд «*De lactibus sive lacteis venis*» (1627) стал первым анатомическим атласом лимфатической системы.

**В XVII–XIX веках исследования продолжили:**

**Иоганн Веслинг** (обнаружил лимфатические сосуды у человека в 1624 г.).



Иоганн Веслинг



Томас Бартолин

Паоло Москаньи



В 1652 году **Томас Бартолин** опубликовал первое полное описание лимфатической системы человека.

**Паоло Москаньи** в 1787 году сформировал «Закон лимфатических узлов» или закон Москаньи: **лимфатические сосуды до впадения в грудной проток проходят, по крайней мере, через один лимфатический узел.**

В начале XX века исследователи предложили две конкурирующие теории гистогенетического происхождения лимфатической системы. Одна гипотеза утверждала, что лимфатические сосуды происходят из кровеносной системы на раннем этапе развития («центробежная модель»). А другая — что примитивные лимфатические сплетения сначала образуются лимфатическими стволовыми клетками, а затем позже получают связи с эмбриональной веной («центростремительная модель»).

В 1902 году американский анатом и медицинский исследователь **Флоренс Рена Сабин**, основываясь на экспериментах по инъекции чернил в вены эмбрионов свиньи, продемонстрировала, что лимфатическая система происходит из ранней эмбриональной вены [Sabin, 1902, 1904].



Флоренс Рена Сабин

Современные исследования опираются на методы визуализации: МР-лимфангиографию и флуоресцентные исследования с контрастом (например, с индоцианином зелёным). Эти технологии позволили выявить анатомические варианты лимфатической системы, такие как гипоплазия грудного протока,

которая вызывает хилоторакс. Кроме того, обнаружено, что лимфатические эндотелиальные клетки не просто пассивно транспортируют лимфу, но и участвуют в иммунных реакциях: презентуют антигены, секретируют цитокины (например, TGF-β) и регулируют миграцию дендритных клеток.

### КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

В XX веке сформировалась клиническая лимфология. Например, **Юрий Левин** разработал методы эндоэкологической реабилитации, направленные на детоксикацию через лимфатическую систему. Его работы показали, что нарушения лимфотока усугубляют течение инфаркта миокарда, атеросклероза и даже онкологических заболеваний. Сегодня хирурги используют микрохирургические лимфовенозные анастомозы для лечения лимфедемы, а генная терапия с VEGF-C исследуется для стимуляции лимфангиогенеза.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, эволюция лимфатической системы отражает переход от простой дренажной функции к сложной иммунорегуляторной роли. Открытия последних лет, такие как роль лимфатической эндотелиальной клетки в архивировании антигенов или влияние лимфотока на сердечную недостаточность, продолжают расширять границы нашего понимания этой системы.





Состояние до лечения и через год после лечения

Наталья Викторовна Макарова,  
врач-лимфолог, член Ассоциации лимфологов  
России, шеф-редактор журнала ЛИМФА



# ЛИМФЕДЕМА 195 см

## Разбор клинического случая



Пациентка К. поступила в НПЦ «Лимфа» в 2023 году. Из анамнеза: со слов пациентки, в возрасте 31 года перенесла рожистое воспаление в области правого бедра. В связи с этим состоянием была госпитализирована, на фоне проводимой в стационаре терапии состояние улучшилось. Но отек в области правой голени сохранился.

Далее с этим пациентка прошла курс прессотерапии, далее бинтовала ногу самостоятельно эластичными бинтами, носила компрессионный трикотаж круговой вязки, получала медикаментозную терапию. Но отек постепенно прогрессировал. В 2020 году он распространился на область бедра и стойко увеличивался.

**Динамика отека:**

1-я процедура, 40-я процедура, в компрессионном трикотаже



Пациентка вела малоподвижный образ жизни, а в настоящее время в основном только сидит или лежит. Эпизоды рожистого воспаления случаются регулярно, 1-2 раза в год.

При первичном осмотре выявлен выраженный, деформирующий контур отек правой нижней конечности и ягодичной области, с нависанием складок, симптом ямки положительный по всей длине правой нижней конечности; незначительная отечность левой нижней конечности; множественные лимфоциты, локализованные преимущественно в области правой голени,

В складках на медиальной поверхности правой голени два трофических кожных дефекта диаметром 2-2,5 см; симптом Stemмера положительный с обеих сторон.

Разница в объемах нижних конечностей была значительной, в точке чуть ниже колена она составляла 149,5 см (окружность в этом месте — 195 см, а на левой ноге в этом же месте — 45,5 см).

По собранному анамнезу и клиническому осмотру был выставлен диагноз: первичная лимфедема обеих нижних конечностей II-III стадии по М. Foeldi, больше справа; состояние, осложненное рецидивирующим рожистым воспалением, множественными лимфоцитами и трофическими язвами правой голени.

Было рекомендовано перед лечением пройти обследование, которое включает в себя проведение эхокардиографии, клинический анализ крови, клинический анализ мочи, биохимический анализ крови.

До начала лечения была назначена бициллинопрофилактика, чтобы снизить частоту рожистых воспалений.

По результатам обследования противопоказаний к лечению выявлено не было.

Пациентке был рекомендован курс Комплексной физической противоотечной терапии по М. Фельди (мануальный лимфодренаж и многослойное компрессионное бинтование) №40. Целью данного лечения является уменьшение отека

правой нижней конечности. После уменьшения отека для удержания результата лечения пациентке будет надет компрессионный трикотаж плоской вязки по индивидуальным меркам 3-го класса компрессии.

Предварительно виды изделий предполагались следующие: компрессионная перчатка на стопу, 2 компрессионных гольфа, 2 компрессионных чулка. Но поскольку окончательный результат лечения было сложно предсказать, то решение о типе компрессионного трикотажа будет приниматься на этапе лечения.

Было проведено 40 процедур КФПТ. Во время лечения стала больше отекать левая нога, в связи с этим на нее был надет чулок 2-го класса компрессии круговой вязки.

Компрессионное биндажирование проводилось двумя специалистами из-за большого объема конечности и неровного контура с нависающими складками. Также проводилась терапия и закрытие впитывающими салфетками мест с язвенными дефектами и лимфореей.

**Динамика окружностей правой нижней конечности  
(до лечения некоторые точки невозможно было измерить из-за сложного контура конечности)**

	A, см	B, см	C, см	D, см	E, см	F, см	G, см	Вес, кг
	Стопа	Голень			Бедро			
До лечения	24	160	Не измерялось	195	Не измерялось	Не измерялось	98	171
После лечения	22	56	60	65,5	83,5	84	87	118
Через год после лечения	21,7	45	52,5	52	72	83	87	116
Динамика, см	-2,3	-115		-143			-11	-55

За время лечения была отмечена положительная динамика в виде значительного уменьшения отека правой нижней конечности до -129,5 см. Пациентке был надет компрессионный трикотаж плоской вязки по индивидуальным меркам: перчатка на стопу, 2 гольфа и 2 чулка. Неоднократно проводилась подгонка трикотажа, поскольку были определенные сложности с натертостями из-за еще не сократившейся кожи. А также при ношении компрессионного трикотажа отек еще уменьшился.

Через полгода на левую нижнюю конечность также был изготовлен индивидуальный компрессионный трикотаж плоской вязки (гольф и чулок 3-го класса компрессии), поскольку круговая вязка плохо сдерживала отек и вызывала дискомфорт.

Также были сделаны компрессионные шорты, чтобы сдерживать отек ягодичной и лобковой области.

Через год ношения компрессионного трикотажа плоской вязки отмечена выраженная положительная динамика — уменьшились объемы нижних конечностей и сократились кожные складки.

Пациентке было предложено дальнейшее хирургическое лечение с целью иссечения избытка кожи, но она отказалась, сославшись на то, что нынешний результат ее устраивает.

Данный клинический случай показывает, что возможности консервативной терапии в случае гигантских форм лимфедемы поистине безграничны. Особенно важно после лечения подобрать правильный компрессионный трикотаж, чтобы он не только удержал результат лечения, но и способствовал дальнейшему улучшению лимфотока и сокращению кожи.

В компрессионном трикотаже через год после лечения



Подробнее об этой пациентке можно узнать, пройдя по этим QR-кодам





ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ ВЫПУСКЕ

ЛИМФОЛОГИЯ СЕГОДНЯ І ІССЛЕДОВАНИЯ І НОВОСТИ

# ЛІМФНА

НОМЕР 4(17) декабрь 2025



## СЕКС И ЛИМФЕДЕМА



Образ жизни

Сколько можно  
пить?!



Генетика

Синдром Милроя



Клиники

Центр лимфологии  
им. А.К. Фейсханова

