

ЛИМФОЛОГИЯ СЕГОДНЯ | ИССЛЕДОВАНИЯ | НОВОСТИ

ЛИМФНА

НОМЕР 2 | МАЙ 2017



ХИРУРГ, ПРИДУМАВШИЙ МАНУАЛЬНЫЙ ЛИМФОДРЕНАЖ



МАСТЕР-КЛАСС

Как избежать отека
в области пальцев?



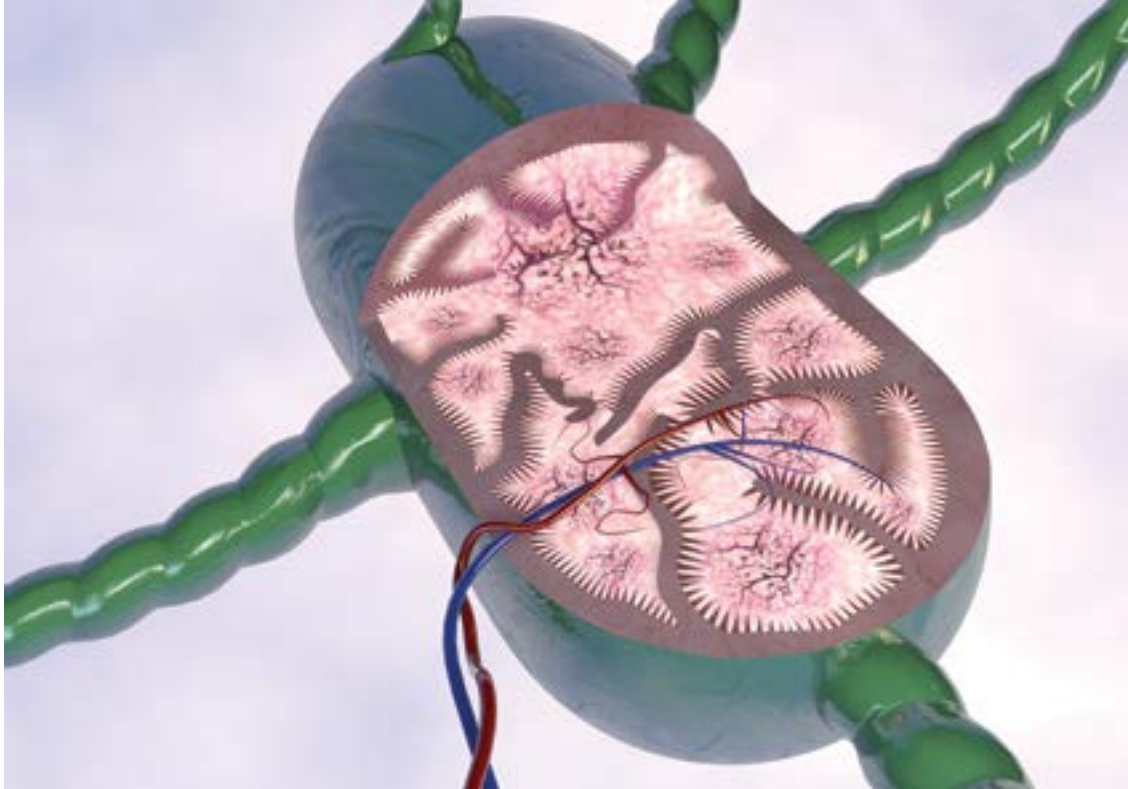
НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ

Блокатор LTE
проходит испытания
на пациентах



ИСТОРИЯ УСПЕХА

Foeldi Klinik
- пионеры
лимфологии



Лимфатические узлы и сосуды – неотъемлемая часть нашего организма

Здравствуйтесь, дорогие друзья!

В начале этого года вышел первый выпуск журнала «ЛИМФА». На его страницах мы рассказали о тех событиях, которые происходят в мире лимфологии сегодня. И, как ни странно, наиболее резонансными оказались темы, которые касались создания лекарств, снижающих проявление процессов, происходящих при развитии лимфатических отеков или хирургических вмешательств, позволяющих активировать рост лимфатических сосудов в области повреждения.

Мы получили много откликов в социальных сетях, по электронной почте. И у меня сложилось стойкое впечатление, что люди, которые столкнулись с таким заболеванием, как лимфедема, очень хотят найти какой-то метод, который как по мановению волшебной палочки решит проблему лимфатического отека.

В поисках этого метода они зачастую проходят мимо доступных им вещей, которые могут уже сейчас решать проблему лимфатического отека и позволяют не допускать развития каких-либо осложнений. В поисках какого-то чудодейственного зелья, какой-то волшебной таблетки, теряется время, за которое происходят необратимые изменения в области тканей - кожи, подкожно-жировой клетчатки, проявляются те или иные осложнения лимфедемы.

Поэтому этот выпуск мы посвятили тем методикам, которые являются «золотым стандартом» лечения лимфедемы во всем мире. Мы вам расскажем о людях, которые их создали. Мы покажем те вещи, которые вы можете делать сами для того, чтобы снизить риск развития осложнений при лимфедеме, и расскажем о вещах, позволяющих удерживать достигнутый за время лечения результат. Вы узнаете о тех событиях, которые произошли в области лимфологии за это время. Мы познакомим вас с интересными людьми (этого не было в первом номере) - с теми людьми, которые делают современную лимфологию. И постараемся рассказать о тех открытиях, исследованиях, которые происходят в мире лимфологии сегодня и, возможно, будут происходить завтра.

Искренне ваш, Иван Макаров
Главный редактор журнала «ЛИМФА»



*Иван Макаров,
врач-лимфолог,
главный редактор журнала
«ЛИМФА»*

СЛОВО РЕДАКТОРА

01

НОВОСТИ

04-06

Последние события в мире лимфологии

МЕРОПРИЯТИЯ

07

Самые актуальные события в мире лимфологии в ближайшее время

РАССУЖДЕНИЕ НА ТЕМУ

08-11

Лечение лимфедемы в будущем. Есть ли способ вылечить лимфедему?

НАУКА

12-15

Региональная лимфатическая терапия в лечении соматической и висцеральной лимфедемы. Андиганский медицинский институт

ИСТОРИЯ УСПЕХА

16-19

Foeldi Klinik – крупнейшая специализированная лимфологическая клиника в мире. Как все начиналось?

НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ

20-23

Впервые на пациентах. Блокатор лейкотриенов в лечении лимфедемы

ПИСЬМА ЧИТАТЕЛЕЙ

30-31

Повседневная жизнь с лимфедемой. Заметки пациента



Вторичная лимфедема ноги

с.12

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

26-28

Хирург, придумавший мануальный лимфодренаж. Александр Винивартер и его открытие

ЛИМФОЛОГИЯ В ЛИЦАХ

32-35

Проблемы лимфосорбции и трансфузии лимфы. Интервью с профессором Уртаевым Бексолтаном Махарбековичем

*Скандинавская
ходьба – лучший
спорт для паци-
ентов с
лимфедемой*

с. 34



ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

36-41

*Скандинавская ходьба. Как
получить от нее максимум
пользы пациенту с лимфедемой?*

МАСТЕР-КЛАСС

42-43

*Что упускают большинство
врачей при назначении
компрессионного трикотажа?*

О ГЛАВНОМ

44-47

*Выренков Юрий Евгеньевич –
основатель клинической
лимфологии в России*

АНОНС

48



*Новый препа-
рат от
лимфедемы
проходит
испытание на
пациентах*

с.20

Всемирный день борьбы с лимфедемой

6 марта прошел Всемирный день борьбы с лимфедемой.

Он был утвержден всего лишь год назад благодаря поданной во Всемирную организацию здравоохранения петиции, которая набрала нужное количество подписей. Это очень знаковое событие для всего мира. Проблема, касающаяся недостатка знаний о лимфедеме, актуальна не только в России. Поэтому основная задача врачей-лимфологов – повысить осведомленность об этом заболевании и среди своих коллег, и среди пациентов. Это необходимо для того, чтобы вовремя ставились диагнозы и вовремя назначалось правильное лечение, таким образом, будет уменьшаться количество запущенных и сложных случаев. И самое актуальное направление, над которым сейчас работают пациентские сообщества и врачи по всему миру, - это профилактика развития лимфедемы.



World Health Day



День здоровья в ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения ежегодно проводит Всемирный день здоровья – 7 апреля.

И тематика этого дня всегда разная. Например, в 2016 году День здоровья был посвящен борьбе с диабетом, а в 2017 году - борьбе с депрессией. Это означает проведение во всех странах ряда мероприятий, посвященных этому заболеванию, и тем самым привлечение внимания правительств к проблемам пациентов с данным заболеванием. Лимфедема, к сожалению, не так «популярна», как диабет или депрессия, но это можно и нужно исправить. Но это можно и нужно исправить. Общественная организация LE&RN (Lymphatic Education & Research Network) создала петицию, чтобы ВОЗ сделала лимфедему главной темой Дня здоровья в 2018 году. Данный вопрос находится сейчас на рассмотрении.

Ушел из жизни Юрий Евгеньевич Выренков

5 марта 2017 года ушел из жизни выдающийся российский лимфолог, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАЕН – Выренков Юрий Евгеньевич.



С 2008 года он также являлся Президентом Ассоциации Лимфологов России. До последних дней своей жизни он занимал должность заведующего отделом оперативной хирургии и клинической лимфологии Российской медицинской академии последипломного образования. Подробнее об этом уникальном человеке, основателе клинической лимфологии в России, можно прочитать в посвященной ему статье с. 42-45.

Лекция о лимфедеме для врачей общей практики

10 апреля 2017 года врач-лимфолог Макаров Иван Геннадьевич провел лекцию для врачей общей практики в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М.Ф. Владимирского.

В настоящее время врачи в России мало информированы о таком заболевании, как лимфедема. Поэтому, когда к врачу общей практики приходит больной с лимфатическими отеками, врач часто не знает, что с ним делать. Задача таких лекций помочь врачу в диагностике и в назначении правильного лечения.



#БЕЖИМСЛИМФЕДЕМОЙ

Первый массовый забег «Апрель» на пять километров состоялся 9 марта 2017 года в Москве.

На старт вышли шесть тысяч участников. Их маршрут проходил по Новолужнецкому проезду и Лужнецкой набережной, вокруг спортивного комплекса «Лужники». Особенностью стало то, что сотрудники Научно-практического центра помощи больным с лимфедемой «Лимфа» пробежали 5 км в компрессионном бандеже и в специальных фирменных футболках с изображением лимфедемы. Данная акция была призвана обратить внимание общественности на проблемы пациентов с данным заболеванием!



Конференция «Инновации ранней диагностики и восстановительного лечения»

18 апреля 2017 года прошла конференция «Инновации ранней диагностики и восстановительного лечения» в городе Рязани.

Мероприятие состоялось в конференц-зале «Рязань» конгресс-отеля «АМАКС» (Первомайский проспект, 54). В конференции принимали участие



специалисты в области реабилитации, онкологи, неврологи из разных регионов России. В частности, врач-лимфолог ННЦ «ЛИМФА» Макаров Иван Геннадьевич выступил с докладом «Лечение и реабилитация пациентов со вторичной лимфедемой на фоне онкологических заболеваний». В своем докладе Макаров Иван Геннадьевич особо подчеркнул важность профилактики и своевременного лечения лимфатических отеков у данной категории пациентов. Сайт организатора мероприятия: www.medstep.su

Встреча с депутатом Государственной Думы РФ по проблемам лечения лимфедемы в России

13 апреля 2017 состоялась встреча руководителей ННЦ «ЛИМФА» с членом комитета по охране здоровья Государственной Думы РФ - Куринным Алексеем Владимировичем.

Основной вопрос, который обсуждался в рамках этой встречи, - это организация своевременной диагностики и необходимого лечения пациентов с лимфедемой в России. Были обозначены основные проблемы в этой области и намечены дальнейшие действия.





Московский полумарафон 21 мая 2017 г., воскресенье.

В рамках этого события НПЦ «ЛИМФА» проводит акцию по привлечению внимания к проблеме лимфедемы в России #бежимлимфедемой. Участники забега из команды «ЛИМФА» будут бежать в специальных футболках. Приходите поболеть за участников. Вместе мы сможем привлечь внимание к проблеме лечения лимфедемы! Чтобы получить подарки, болельщикам нужно заполнить форму на сайте: <http://limpha.ru/zabeg>. Здесь же вы сможете узнать подробную информацию о мероприятии.



43-й Европейский Конгресс Лимфологов состоится 26-27 мая в Штутгарте, Германия.

Зарегистрироваться на конгресс и ознакомиться с программой мероприятий можно на сайте www.eurolymphology.org



26-й Всемирный Конгресс Лимфологов состоится 25-29 сентября 2017 года в Барселоне, Испания.

Подробная информация на сайте <http://www.lymphologycongress2017.com>

Санкт-Петербургский лимфологический форум состоится 12-13 октября 2017 года

в ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России, по адресу г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д.2. 1.

Тезисы принимаются по электронной почте lymph@almazovcentre.ru до 01 сентября 2017 года. Электронная регистрация доступна на сайте www.almazovcentre.ru.



Лечение лимфедемы в будущем –



М

Мы заметили одну интересную вещь: как только мы публикуем информацию об исследованиях какой-нибудь таблетки или операции от лимфедемы, этот пост вызывает большой интерес и, как правило, набирает много лайков. А информация про КФПТ, наоборот, никого не впечатляет. Почему так происходит?

МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ





Предрасположенность к первичной лимфедеме закладывается внутриутробно

Волшебная таблетка

Все надеются на быстрый результат: выпил таблетку - и все прошло, сделал операцию - и здоров! Было бы, конечно, хорошо. Однако нужно понимать, что это невозможно. И это вам скажет любой грамотный врач. Даже если изобретут таблетку или эффективную операцию от лимфедемы, то без КФПТ¹ все равно не обойтись. Лимфедема - это хроническое заболевание. А любое хроническое заболевание требует постоянной работы над собой. Проще говоря, требует железной воли. Хроническое заболевание дисциплинирует, воспитывает человека, потому что, если запустить себя, то все может очень грустно закончиться. Но давайте разберемся, чтобы всем было понятно.

Почему же нельзя обойтись одной таблеткой или операцией?

Сначала определимся с тем, что исследования таблеток и операций проводятся только для пациентов со вторичной лимфедемой. О первичной и речи не идет. Опять вопрос почему?

Первичная лимфедема

Первичная лимфедема предполагает, что лимфатическая система скомпрометирована, уязвима. Так сформировалось ещё в утробе матери, и эту уязвимость пациенты с первичной лимфедемой понесут через всю свою жизнь. Проще говоря, лимфатическая система у них - это слабое место. И даже если в какие-то периоды они чувствуют себя довольно неплохо, и отека вообще нет, то при любом ухудшении условий лимфедема проявляет себя во всей красе.

Поэтому людям с первичной лимфедемой поможет только пересадка всей лимфатической системы со всеми сосудами и лимфоузлами или пересадка целой конечности. Если такое когда-нибудь станет возможным, то это будет очень даже подходящее лечение для пациентов с первичной лимфедемой.

Вторичная лимфедема

А теперь что касается вторичной лимфедемы. У пациентов со вторичной лимфедемой лимфатическая система была изначально здоровая. Но произошла поломка (чаще всего в одном каком-то месте) из-за внешних факторов (травма, операция, облучение). Поломку в одном месте теоретически можно починить с помощью хирургического вмешательства. Реконструктивные операции с использованием нановолокон (статья на эту тему вы можете прочитать в журнале ЛМРНА^{№1}-2017) могут быть эффективными, если делать их сразу после получения травмы

¹ Комплексная физическая противоотечная терапия

лимфатической системы. Однако этот метод является новым, и пока у нас нет отдаленных результатов.

Но и после операции место поломки у пациента все равно будет уязвимо, и при ухудшении условий (нагрузке, стрессе и т.п.) история может повториться. И при ухудшении условий (нагрузке, стрессе и т.п.) может опять поломаться. Поэтому после операции или во время приема лекарственных средств (которые в будущем обязательно появятся в продаже) необходимо будет поддерживать свое состояние с помощью постоянного ношения компрессионного трикотажа. А также обязательно хотя бы раз в год проходить курс КФПТ, чтобы разгрузить лимфатическую систему и направить ток лимфы в нужное русло.

Лимфедема – это образ жизни

Конечно, мы понимаем, что многие сейчас расстроились, и это все звучит не очень-то оптимистично. Но, к сожалению, пациенты с лимфедемой должны осознать, что нужно трудиться каждый день, чтобы жить нормальной жизнью, как и любому человеку, у которого есть хроническое заболевание.

Ведь по сути лимфедема (как, например, и диабет) является образом жизни, а не болезнью. Если не запускать себя, научиться жить со своим заболеванием, то оно и не будет вам мешать.

Лечение лимфедемы в далеком будущем

Возможно, в будущем все заболевания будут лечиться за один момент. Сейчас активно развивается трансплантология, многие органы начали печатать на 3D принтерах. Поэтому выход обязательно будет найден. Но пока на современном этапе развития медицины это невозможно. И обойтись без КФПТ (мануального лимфодренажа и компрессионной терапии) пока не получится.

Лечение лимфедемы в ближайшем будущем

Что возможно в самом ближайшем будущем? Это усовершенствование методики КФПТ. На данный момент разрабатываются аппараты для лимфодренажа. Это поможет сделать процедуру мануального лимфодренажа более доступной.

И, конечно, производители компрессионного трикотажа постоянно совершенствуют свои изделия. Они делают их все более удобными, легкими, чтобы вам было в них ком-

У пациентов со вторичной лимфедемой изначально лимфатическая система была здоровая





Пациентам с лимфедемой необходимо трудиться каждый день, чтобы не дать отеку прогрессировать

В далеком будущем, возможно, лимфедема будет лечиться методом трансплантации



Аппараты для лимфодренажа помогут сделать эту важную процедуру более доступной



Хирургическое лечение не приводит к выздоровлению пациентов с лимфедемой.

фортно и летом, и зимой. Изделия становятся красивыми и элегантными, чтобы вам не пришлось их прятать под одеждой. Благодаря уже этим разработкам Вы сможете путешествовать, заниматься с детьми, работать, не оглядываясь на свое заболевание.



Производители компрессионного трикотажа постоянно совершенствуют свои изделия

Мы следим за современными тенденциями в области лимфологии и постоянно информируем вас обо всех новинках. Но мы не хотим давать вам ложные надежды. Мы не хотим, чтобы вы ждали изобретения чудодейственного средства и при этом ничего не делали, чтобы помочь себе сейчас. Так вы можете запустить лимфедему. Поэтому читайте наш журнал и будьте грамотными в лечении лимфедемы, не давайте ввести себя в заблуждение, и у Вас все получится! Успехов вам в борьбе с лимфедемой!

Региональная лимфатическая терапия

в лечении соматической и висцеральной лимфедемы

Джумабаев Э.С., Джумабаева С.Э., Саидходжаева Д.Г.
Андижанский медицинский институт

Многолетние экспериментальные и клинические исследования, проводимые в Республиканском научном центре клинической лимфологии МЗ Республики Узбекистан, и созданном при отделении клинической лимфологии на базе клиник Андижанского государственного медицинского института, выявили общие патофизиологические механизмы развития лимфатических отеков на конечностях и в висцеральных органах при различных заболеваниях и травмах. Экспериментальные исследования, выполненные на уровне электронной микроскопии, включающие изучение иммуноморфологии и региональной гемолимфодинамики при моделировании различных патологических состояний, а также клинические наблюдения, охватывающие более 2 тысяч пациентов с различной висцеральной и соматической патологией, выявили, что при многих заболеваниях имеет место нередко развивающийся лим-

фатический отечный синдром – лимфедема.

Лимфедема - высокобелковый отек, вызванный постепенным или внезапным увеличением объема межклеточной жидкости, которое обусловлено либо повышением транскапиллярной фильтрации и уменьшением реабсорбции, либо нарушением лимфатического дренажа.

Данные сканирующей и трансмиссионной электронной микроскопии показали, что многие хирургические, сердечно-сосудистые, гинекологические, терапевтические и другие заболевания, а также травмы сопровождаются избыточным отеком, скоплением белка, продуктов дисметаболизма, аутоиммунных комплексов и микробов в интер-

стициальном пространстве, что приводит к повышению коллоидно-осмотического давления межклеточной жидкости. Все это способствует нарастанию отека, сдавлению венозных микрососудов скоплением крупномолекулярного белка в межклеточной ткани (рис.1,2,3). Нередко это состояние усугубляется декомпенсацией лимфатического дренажа (рис. 4), который в рассматриваемой ситуации является основным звеном поддержания гомеостаза тканей. Наши исследования показали, что лимфоциты покидают очаг патологического процесса исключительно через лимфатические капилляры, а проникают в него через посткапиллярные венулы (рис. 5).

Развивающиеся расстройства микроциркуляции, и прежде всего лимфостаз, сопровождаются региональным иммунодефицитом с накоплением аутоиммунных комплексов и последующим образованием фиброза тканей (Рис.6).

**ИЗВЕСТНА ТЕСНАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ
МЕЖДУ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ И
ИММУННОЙ СИСТЕМАМИ ОРГАНИЗМА**

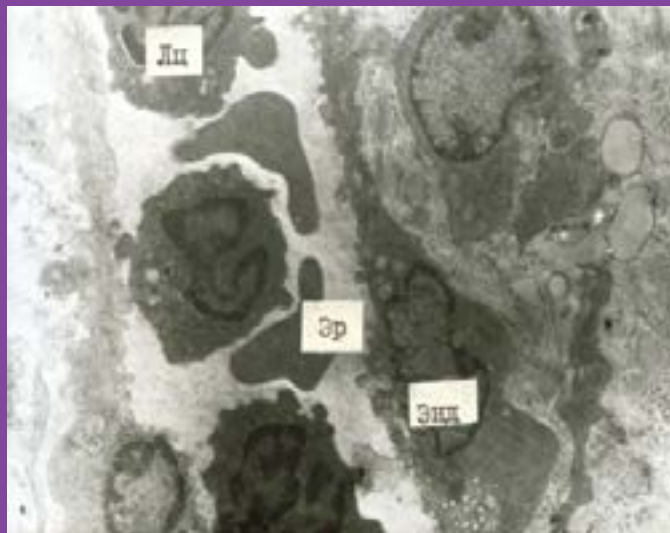


Рис.1 Энтерит.
Выраженный коллоидный отек стромы, лейкоциты в просвете посткапиллярной вены. ТЭМ x 5000.

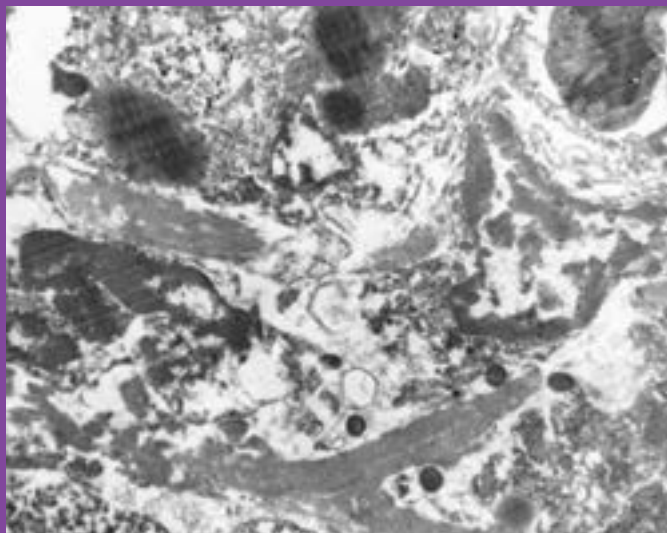


Рис.2 Лимфедема IV ст.
Рожистое воспаление. Фибрин, клеточный детрит и микроорганизмы подкожной клетчатки. ТЭМ x 7500.

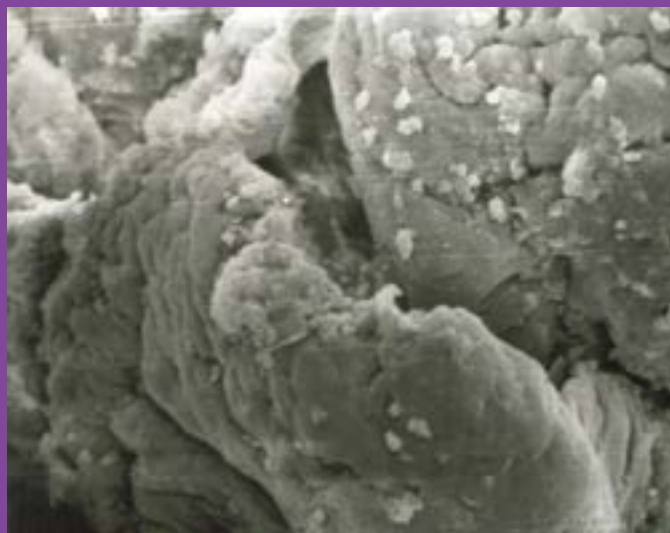


Рис.3 Двенадцатиперстная кишка в зоне перфорации.
Отек, инфильтрация, деструкция ворсинок. СЭМx300.



Рис.4 Вторичная лимфедема ноги III ст.
Коррозийный препарат. Застойные лимфатические сосуды. СЭМx75.

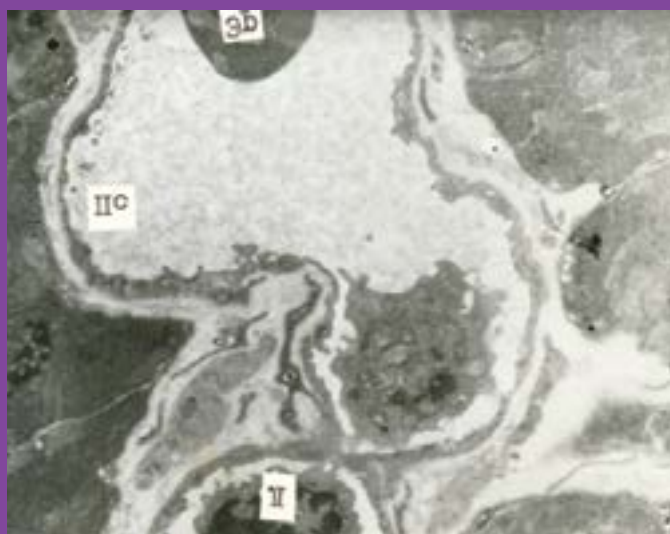


Рис.5 Расширение просвета кровеносного капилляра.
В просвете форменные элементы (лимфоцит). Брюшина, перитонит. ТЭМ X 5000

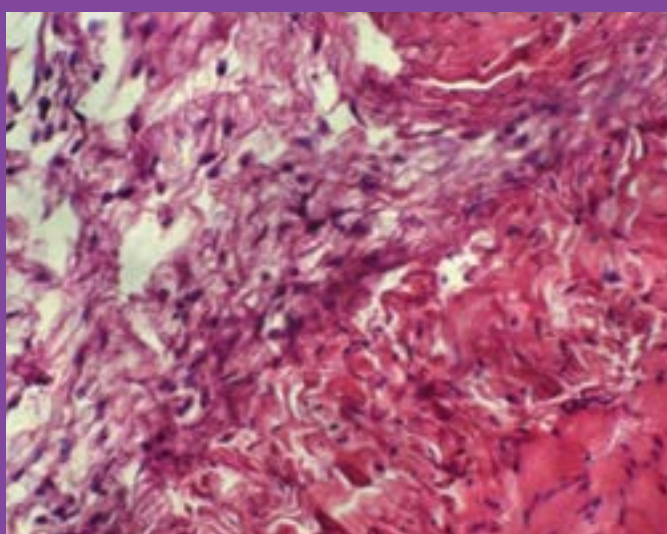


Рис.6 Фибредема.
Разрастание соединительных волокон в подкожно-мышечной ткани. Г-Э 10 x 16.

Традиционные методы лечения рассматриваемых патологических состояний без акцентированного влияния на региональную лимфодинамику, как известно, не всегда приводят к ожидаемому эффекту, не редко сопровождаются осложнениями и хронизацией патологи-

фатического дренажа увеличивается в 3 и более раз, а количество оттекаемой лимфы из грудного протока увеличивается на 200 - 300%.

Указанный метод запатентован и с успехом применяется нами в комплексе лечения физической противоотечной терапии различных форм лимфедем конечностей и висцеральных заболеваний, сопровождающихся лимфатическим отеком. При этом, как и многие авторы, мы крайне редко применяем оперативные методы в лечении лимфедем конечностей, только по особым показаниям. Метод региональной стимуляции лимфатического дренажа в комплексе с физической противоотечной терапией применен более чем у 500 больных с различными формами лимфедем конечностей I-IV степени. Метод способствует более бы-

строму снятию отека, уменьшению болевого синдрома, в сочетании с лимфотропной антибиотикотерапией – более быстрому и стабильному купированию воспалительного процесса. Применение этого метода у больных в целях профилактики и лечения висцеральной лимфедемы способствует ускоренной ликвидации воспалительной и дистрофической реакций, уменьшению отека, быстрейшему восстановлению местного иммунитета, функций внутренних органов и профилактике целого ряда трофических и инфекционных осложнений. Эти данные подтверждены многочисленными клиническими, лабораторными и инструментальными исследованиями.

Региональная лимфотропная антибиотикотерапия

Метод основан на известной, предложенной ранее методике лимфотропной антибиотикотерапии. Разница заключается в возможности таргетного влияния антибиотиками на различные региональные лимфатические сегменты организма. Разработана схема мест приложения региональной лимфотропной антибиотикотерапии. В зависимости от зоны патологического процесса это может быть подчелюстная область при патологии головы и шеи; претрахеальная клетчатка – при патологии органов средостения и грудной клетки; круглая связка печени, малый сальник, брыжейка кишечника, круглая связка матки и другие связочные образования – при патологии органов брюш-

МЕТОД РЕГИОНАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ЛИМФАТИЧЕСКОГО ДРЕНАЖА В КОМПЛЕКСЕ С ФИЗИЧЕСКОЙ ПРОТИВООТЕЧНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИМЕНЕН БОЛЕЕ ЧЕМ У 500 БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ЛИМФЕДЕМ КОНЕЧНОСТЕЙ I-IV СТЕПЕНИ

ческого процесса. Нами в течение трех десятилетий разрабатываются методы региональной лимфатической терапии, включающие в себя региональную стимуляцию лимфатического дренажа, региональную лимфатическую антибиотикотерапию и региональную лимфатическую иммуномодуляцию.

Предложена классификация регионов приложения локальной лимфатической терапии через связочные и клетчаточные образования (С.У. Джумабаев, 1998). При этом основывались на теорию сегментарного строения лимфатической системы (Д.А.Жданов, 1970) и возможность латерального тока лимфы (лимфоперетока) в условиях отека (Б.В. Огнев, 1971).

Региональная стимуляция лимфатического дренажа (лимфогенная гистореанимация)

Методика разработана в эксперименте на животных с моделью соматической и висцеральной лимфедемы и основана на изучении локального лимфатического дренажа радионуклидным методом Kety с использованием альбумина йода-131, а также центральной лимфодинамики путем дренирования грудного протока. В сериях экспериментов изучено влияние известных фармакологических средств и их сочетаний, обладающих лимфостимулирующим эффектом, вводимых регионально лимфотропно в минимальных терапевтических дозах. Изучено лимфостимулирующее действие таких веществ, как лидаза, трипсин, гепарин, глюкозо-новокаиновая смесь, физиологический раствор и др.

Исследования показали, что в наибольшей степени лимфатический дренаж из пораженных органов усиливает последовательное раздельное введение лидазы-гепарина-0,25% раствора новокаина. При этом скорость лим-

фатического дренажа увеличивается в 3 и более раз, а количество оттекаемой лимфы из грудного протока увеличивается на 200 - 300%.

ЛИМФЕДЕМА-ВЫСОКОБЕЛКОВЫЙ ОТЕК, ВЫЗВАННЫЙ ПОСТЕПЕННЫМ ИЛИ ВНЕЗАПНЫМ УВЕЛИЧЕНИЕМ ОБЪЕМА МЕЖКЛЕТОЧНОЙ ЖИДКОСТИ, КОТОРОЕ ОБУСЛОВЛЕНО ЛИБО ПОВЫШЕНИЕМ ТРАНСКАПИЛЛЯРНОЙ ФИЛЬТРАЦИИ И УМЕНЬШЕНИЕМ РЕАБСОРБЦИИ, ЛИБО НАРУШЕНИЕМ ЛИМФАТИЧЕСКОГО ДРЕНАЖА

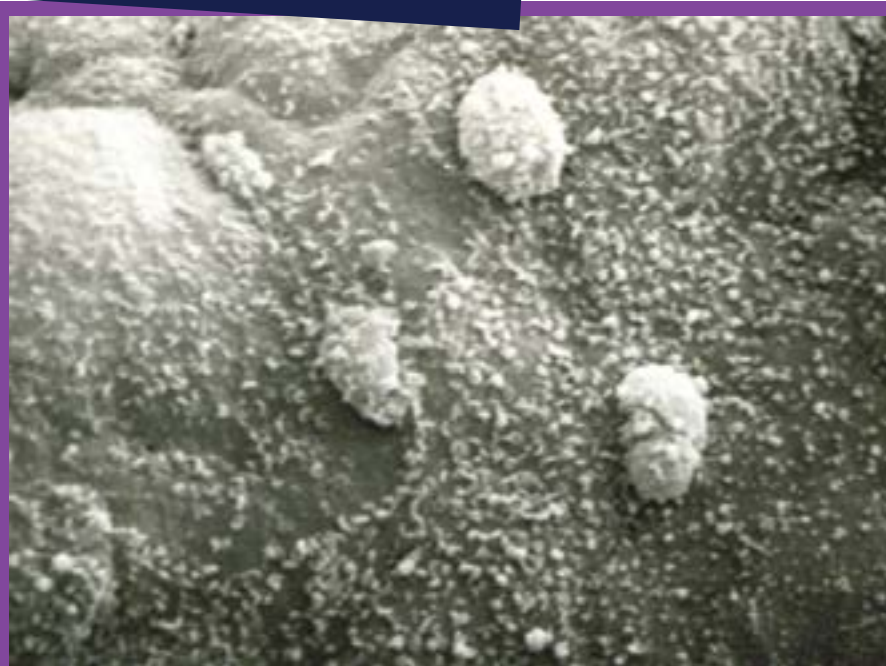


Рис.7 Выход лимфоидных клеток на мезотелиальную поверхность брюшины. Перитонит. Региональная иммуностимуляция через большой сальник. СЭМ x 200.

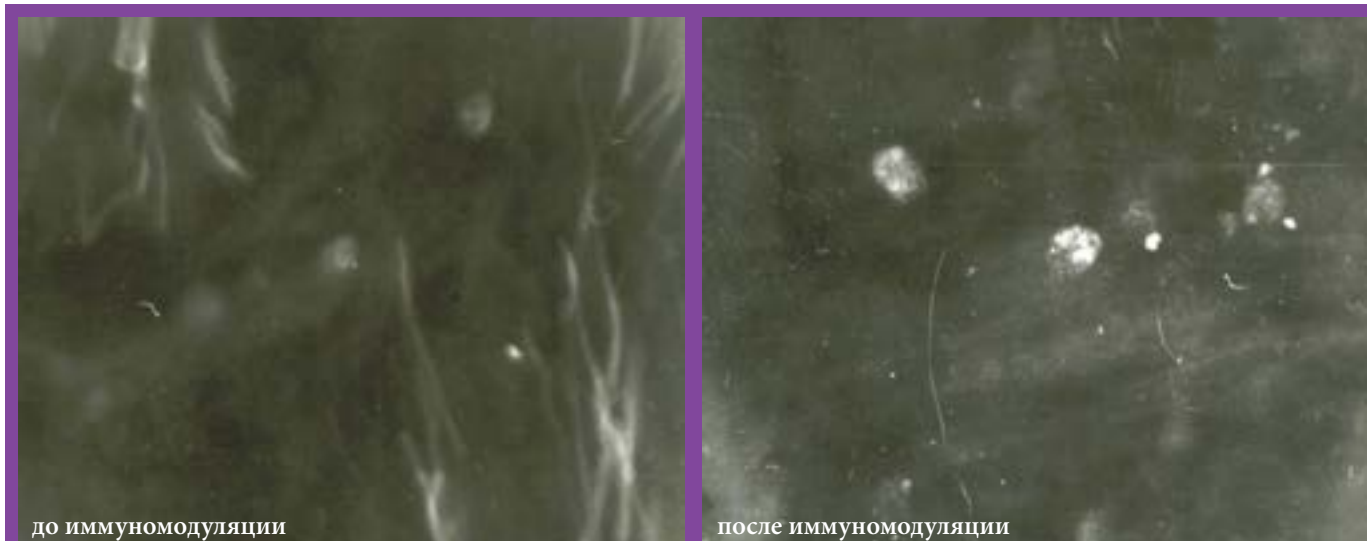


Рис.8. Увеличение размеров, числа и интенсивности свечения плазматических клеток слизистой желудка. Язвенная болезнь желудка. Региональная лимфатическая иммуномодуляция через круглую связку печени.

ной полости и таза; паховая и подмышечная области – при патологии конечностей. Широкому внедрению метода предшествовали многочисленные экспериментальные и клинические исследования по изучению фармакокинетики антибиотиков, вводимых в различные регионы при самых разных патологических состояниях. Лимфотропный эффект обеспечивается путем последовательного введения небольших доз протеолитических ферментов, используемых в низких концентрациях, либо гепарина с последующим введением субтерапевтической дозы антибиотика капельно на физиологическом растворе или 0,25% растворе новокаина. Изучение фармакокинетики показало, что при использовании невысоких доз антибиотиков создаются терапевтические концентрации препаратов в пораженных тканях, региональных лимфатических узлах и периферической лимфе – местах наибольшего скопления инфекции. При этом элиминация антибиотиков из пораженных тканей происходит медленнее, чем при традиционных способах антибиотикотерапии. Это делает возможным более редкие инъекции антибиотиков и снижает побочное действие антибиотикотерапии; очевидна фармакоэкономическая составляющая метода. Сравнительное изучение клинических и лабораторных данных показало преимущество метода по сравнению с традиционной антибиотикотерапией.

Региональная лимфатическая иммуномодуляция

Известна тесная взаимосвязь между лимфатической и иммунной системами организма. Иммуномодулирующая терапия, проводимая традиционными методами, не всегда эффективна в силу микроциркуляторных расстройств и прежде всего лимфостаза в зоне патологического процесса. Интактное кровотока в области патоло-

гического процесса препятствует проникновению иммуномодулирующих препаратов в очаг патологии при традиционных способах введения. Между тем, современные исследования подчеркивают важную роль местного иммунитета в развитии и исходе патологических состояний. Согласно вышеописанному подходу, возможно региональное лимфогенное воздействие на различные зоны патологического процесса. Нами используются различные иммуномодуляторы, вводимые в субтерапевтических дозах. Их лимфотропность обеспечивается предварительным введением неконцентрированных растворов протеолити-

в эксперименте показало достоверное увеличение содержания иммунологических клеток в интерстициальном пространстве и региональных лимфатических узлах области патологического процесса.

Иммуноморфологические и иммунофлюорисцентные исследования тканевого иммунитета методом Кумбса выявили усиление функциональной активности лимфоцитов и плазматических клеток в зоне патологического процесса (рис. 7,8).

Таким образом, лимфедема – патологический синдром, характеризующийся поражением не только конечностей в общепринятом понимании этого заболевания, это состояние со-

провождает целый ряд соматических и висцеральных заболеваний, обусловленных, прежде всего, нарушением лимфатического дренажа тканей. Региональная лимфатическая терапия является эффективным методом в комплексном лечении лимфедем.

ЛИМФЕДЕМА – ЭТО СОСТОЯНИЕ, КОТОРОЕ СОПРОВОЖДАЕТ ЦЕЛЫЙ РЯД СОМАТИЧЕСКИХ И ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, НАРУШЕНИЕМ ЛИМФАТИЧЕСКОГО ДРЕНАЖА ТКАНЕЙ

ческих ферментов или гепарина. Изучение местного и системного иммунитета при различных патологических состояниях как в клинике, так и

Литература

1. Джумабаев С.У. Справочник по клинической лимфологии – Ташкент: Изд. Ибн Сино, 1998. – 233 с.
2. Жданов Д.А. Взаимоотношение структуры лимфатических сосудов в норме при патологии // Клиническая медицина. – 1970. – №8. – С. 42–61.
3. Огнев В.В. Лимфатическая система в патологии. – М.: Медицина, 1971. – 226 с.

FOELDI KLINIK

ПИОНЕРЫ ЛИМФОЛОГИИ



Пациентки с лимфедемой после мастэктомии в компрессионном биндаже

Клиника Фёльди является крупнейшей специализированной лимфологической клиникой в мире. Она находится в Хинтерцартене, Германия. Сюда приезжают лечиться пациенты с разными типами лимфедемы и ожирением со всего мира.

Открытие клиники

Клиника Фёльди была основана как специализированная клиника лимфологии в апреле 1979 года в Фельдберге, г. Альтгласхюттен.

Изначально дом “Зоммерберг”, с которого все и началось, являлся отелем-спа на 60 мест. Ранее это место принадлежало банку. И его арендовала супружеская пара - профессор Майкл Фельди и профессор Этелка Фельди. После проведения необходимых ремонтных работ из отеля получилась поликлиника, которая была зарегистрирована в качестве специализированной больницы для медицинских страховых компаний.

Очень скоро запись на лечение в этой больнице была заполнена на год вперед. И тогда было принято решение о расширении.

Фёльди арендовали отель, расположенный рядом, на 22 койко-места в целях повышения потенциала клиники.

Медицинский персонал в это время состоял из 4 врачей, 8 медсестер, 14 специалистов по КФПТ.

Это были годы импровизации, и тогда еще не было настроя на достижение новых горизонтов: пациенты были рады возможности лечения лимфедемы в специализированной клинике.

В процессе лечения врачи и специалисты по КФПТ приобретали все больший опыт в лимфологии и смогли оптимизировать индивидуальную тактику диагностики и лечения. Именно в это время был установлен междисциплинарный принцип ухода за лимфологическими пациентами.

Пациентов со вторичной лимфедемой после онкологии лечили в сотрудничестве с онкологическим центром Университетской клиники во Фрайбурге. Лимфосцинтиграфия и дальнейшие диагностические визуальные обследования проводились в местной больнице в Эммендингене.

Профессор Этелка Фельди получила разрешение на консультации лимфологических пациентов в 1979 году, и теперь в дополнение к стационарному лечению появилась возможность лечить амбулаторно.

Становление комплексной физической противоотечной терапии (КФПТ)

После нескольких лет медицинских и лабораторных исследований супруги Фёльди совместили метод мануального лимфодренажа доктора Воддера с другими видами терапии. В 1980-х годах усилиями супругов Фельди была создана «комплексная физическая противоотечная терапия» (КФПТ) - CDT.

Фёльди наладили сотрудничество с Университетской клиникой во Фрайбурге и теперь все необходимые дополнительные методы исследования оперативные вмешательства можно осуществить в соседнем городе



**Отель Дом «Зоммерберг»
в настоящее время**

Комплексная физическая противоотечная терапия сегодня считается основой консервативного лечения лимфедемы. И доказательство этому - результаты лечения в клинике Фёльди.

Переезд

Многие врачи из Германии и со всего мира посетили клинику так же, как и руководители здравоохранения. Изначально предполагалось, что финансирование клиники будет осуществляться государством. Но надежды рухнули. И руководство клиники создало свой собственный план дальнейшего развития, несмотря на риски. Профессор Фёльди купил отель Weißes Rössle в Хинтерцартене, в то время он насчитывал 96 койко-мест. После обширных ремонтных работ клиника Фёльди вновь смогла открыть свои двери 24 сентября 1986. В связи с новыми задачами численность персонала соответственно возросла: 7 врачей, 15 медсестер, 24 физиотерапевта, а также обслуживающий персонал.

Расширение клиники отразилось не только в увеличении койко-мест, но и в оптимизации возможностей для лечения.

Расширение клиники

Спрос на комплексную физическую противоотечную терапию продолжает расти. В 1989 году, несмотря на законы о реформе системы здравоохранения, был представлен план

Это были годы импровизации, и тогда еще не было настроения на достижение новых горизонтов: пациенты были рады возможности лечения лимфедемы в специализированной клинике

Изначально дом «Зоммерберг», с которого все и началось, являлся отелем-спана на 60 мест. Ранее это место принадлежало банку



**Клиника Фёльди в Хинтерцартене
в настоящее время**

**Профессор
Этелка Фёльди
консультирует
пациента**



Профессор Фёльди купил отель Weißes Rössle в Хинтерцартене, в то время он насчитывал 96 койко-мест. После обширных ремонтных работ клиника Фёльди вновь смогла открыть свои двери 24 сентября 1986.

по расширению клиники Фельди на 37 коек для финансирования партиями. В 1992 году было открыто новое отделение. Вторая фаза расширения - еще на 37 коек - произошла в 2003/2004 гг. В клинике Фёльди теперь 152 койко-места.

♦ Гериатрическая лимфология (лечение пожилых пациентов с лимфедемой и, как правило, с многочисленными сопутствующими заболеваниями)

Также особое внимание в клинике Фёльди уделяется междисциплинарному лечению пациентов с лимфедемой, связанной с липедемой. Для таких пациентов разработаны обширные рекомендации по питанию, программы тренировок и психологической поддержки.

Также особое внимание в клинике Фёльди уделяется междисциплинарному лечению пациентов с лимфедемой, связанной с ожирением, - липедемой.

Клиника Фёльди сейчас

Прекрасный командный дух присутствовал в Foeldi klinik с самого начала. Доброжелательная атмосфера существует в клинике и сейчас, когда число сотрудников выросло до 170.

Фёльди наладили сотрудничество с Университетской клиникой во Фрайбурге И теперь все необходимые дополнительные методы исследования и оперативные вмешательства можно осуществить в соседнем городе.

В самой клинике Фёльди были открыты отделения:

- ♦ Детская лимфология (лечение детей с врожденной лимфедемой)
- ♦ Онкологическая лимфология (лечение пациентов со вторичной лимфедемой после онкологических заболеваний).

В 1980-х годах, усилиями супругов Фёльди была создана «комплексная физическая противоотечная терапия» (КФПТ) - CDT.

Таким образом, клиника Фёльди в Германии является первопроходцем во внедрении методики Комплексной физической противоотечной терапии в лечении лимфедем различной этиологии. И на данный момент остается ведущей специализированной лимфологической клиникой в мире, а профессора Михаэль и Этелка Фёльди, несомненно, – пионерами современной лимфологии.

Клиника Фёльди находится в живописном месте, вокруг раскинулся знаменитый лес - Schwarzwald

Сейчас клиника Фёльди расширилась до 152 мест



Клиника Фёльди



Коллектив клиники Фёльди



Занятие лечебной физкультурой в клинике Фёльди

Фотографии с сайта foeldiklinik.de

ВПЕРВЫЕ

на пациентах

Новый препарат
от лимфедемы
проходит
клинические
испытания

Новости об исследованиях в области лимфологии:

*впервые пациенты принимают участие
в фармацевтическом исследовании по ле-
чению вторичной лимфедемы*

Лето 2016 года было очень насыщено событиями, которые имеют чрезвычайно важное значение для пациентов с лимфедемой.

Мы уже знакомили вас со Стэнфордским исследованием BioBridge, когда ученые обнаружили, что имплантированные нановолокна стимулируют рост новых лимфатических сосудов, минуя лимфатические блоки, и уменьшают отечность в пораженной конечности.

Теперь мы расскажем еще об одном потенциально многообещающем исследовании по поиску нового способа лечения лимфедемы, но на этот раз путем введения фармакологических препаратов. Исследователи в Eiger BioPharmaceuticals разработали препарат под названием Ubenimex, который в настоящее время проходит испытания на пациентах со вторичной лимфедемой.

СПРАВКА

на настоящий момент «золотым стандартом» в лечении лимфедем различной этиологии является комплексная физическая противоотечная терапия, которая включает в себя мануальный лимфодренаж, компрессионный бандаж, специальную лечебную физкультуру и уход за кожей, а также обязательное ношение компрессионного трикотажа после курса лечения.



Компрессионный бандаж – неотъемлемая составляющая КФПТ, «золотого стандарта» лечения лимфедемы во всем мире

Если говорить на простом языке, то это будет звучать так: Ubenimex блокирует продукцию лейкотриена В4 (LTB4), который вызывает воспаление в тканях и нарушение функции лимфатической системы, если он присутствует в повышенном количестве. Новый препарат способствует восстановлению функции лимфатической системы у пациентов с лимфедемой и облегчает симптомы путем регулирования производства LTB4.

В настоящее время Eiger BioPharmaceuticals тестирует эффективность Ubenimex в качестве фармакологического ингибитора LTB4 и потенциального препарата для лечения вторичной лимфедемы (одновременно Ubenimex участвует и в другом исследовании для лечения легочной артериальной гипертензии).

Цитата из статьи в Rare Disease Report:

«Было разработано исследование для оценки эффективности Ubenimex в блокировании продукции лейкотриена В4 (LTB4). Лейкотриен В4 (LTB4) представляет собой провоспалительную субстанцию естественного происхождения. LTB4 повышается при моделировании вторичной лимфедемы в эксперименте, а также при лимфедеме у человека. Повышение LTB4 вызывает воспаление тканей и нарушает функции лимфатической системы. Целенаправленное фармакологическое ингибирование LTB4 стимулирует восстановление функций лимфатической системы и регресс лимфедемы у исследуемых животных. Ubenimex – это препарат с оральным путем введения, низкомолекулярный ингибитор лейкотриена А4-гидролазы, которая в свою очередь регулирует выработку лейкотриена В4 (LTB4). LTB4 выделяется из лейкоцитов под воздействием медиаторов воспаления и способен индуцировать адгезию и активацию лейкоцитов на эндотелии, что позволяет им связываться и проникать в ткани».



LTB4 выделяется из лейкоцитов под воздействием медиаторов воспаления и вызывает нарушение функции лимфатической системы

СПРАВКА

лейкотриены – это группа липидных высокоактивных веществ, образующаяся в организме из арахидоновой кислоты. LTB4 — опосредует хемотаксис, экссудацию плазмы, сокращение паренхимы лёгких, участие в иммунных ответах, следствием его повышенного количества является воспаление тканей и нарушение функций лимфатической системы.

Ученые разработали рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование, где каждый из сорока пациентов с диагнозом «вторичная лимфедема нижних конечностей» получит 150 мг либо Ubenimex, либо плацебо, назначенного три раза в день в течение шести месяцев.

В начале этого лета Eiger BioPharmaceuticals начали испытания и дали первому пациенту препарат Ubenimex. По предварительным данным испытание продлится до ноября 2017 года. Мы с интересом ждем результатов этого исследования и обязательно ознакомим вас с ними, как только появятся первые данные.



Препарат Ubiniteх потенциально может применяться в комплексной терапии вторичной лимфедемы, большинство случаев которой связано с лечением рака молочной железы.

СПРАВКА

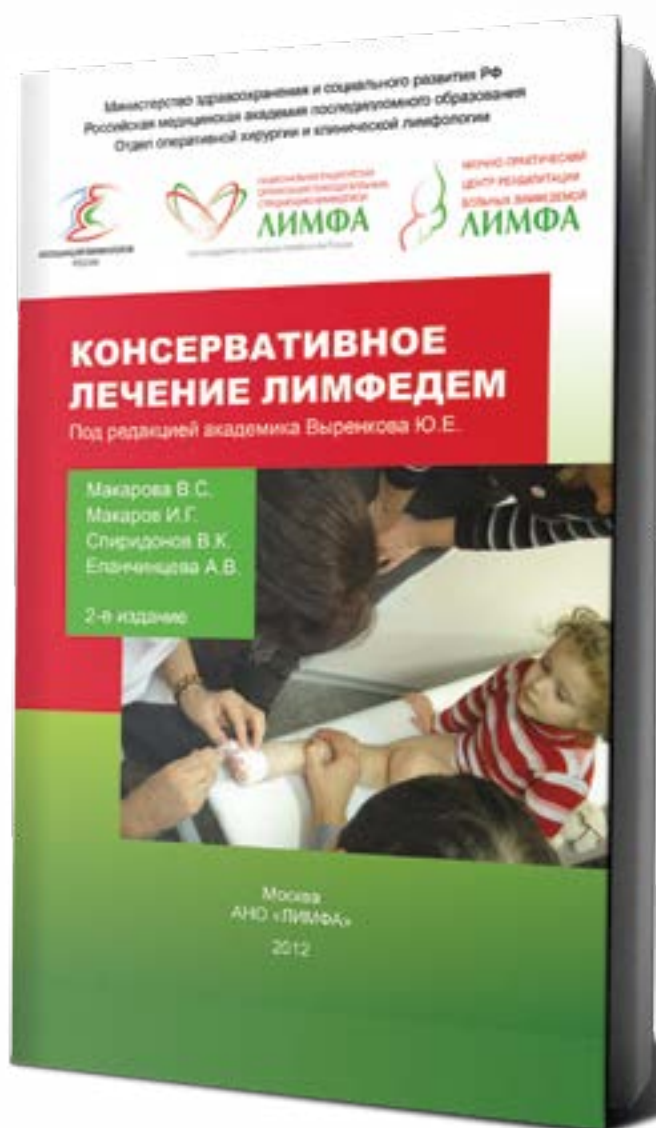
вторичная лимфедема – это лимфатический отек мягких тканей, который вызван нарушением функции или анатомической целостности компонентов лимфатической системы под воздействием внешних факторов – оперативных вмешательств, травм, лучевой терапии и т.п.



Испытание нового препарата продлится до ноября 2017 года.

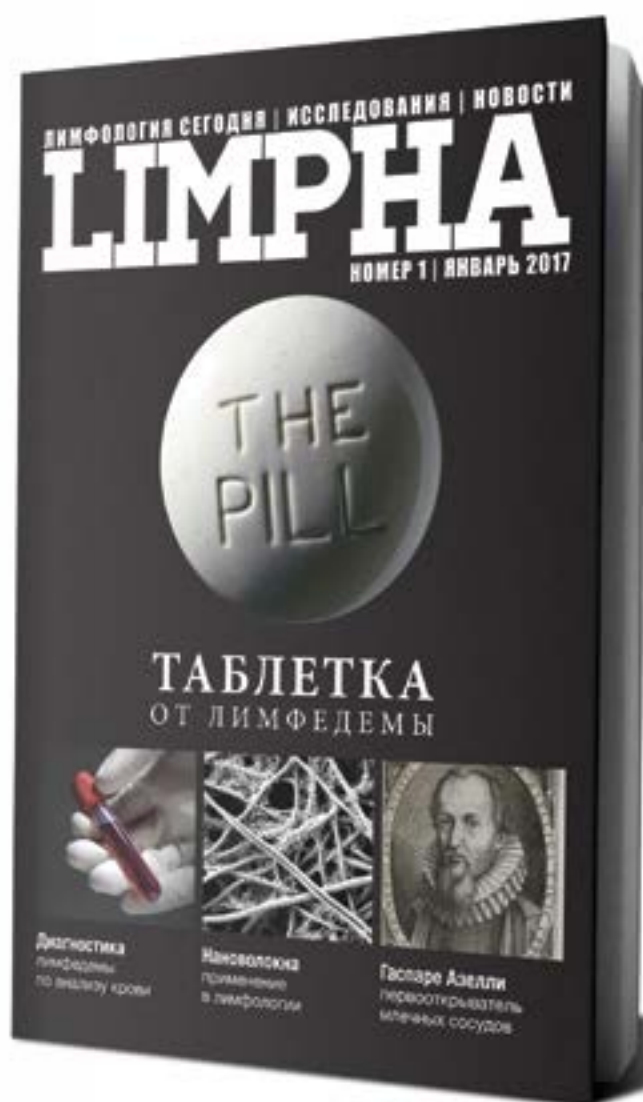
Мы с нетерпением ждем результатов!

БЕСПЛАТНЫЕ ПО ЛЕЧЕНИЮ



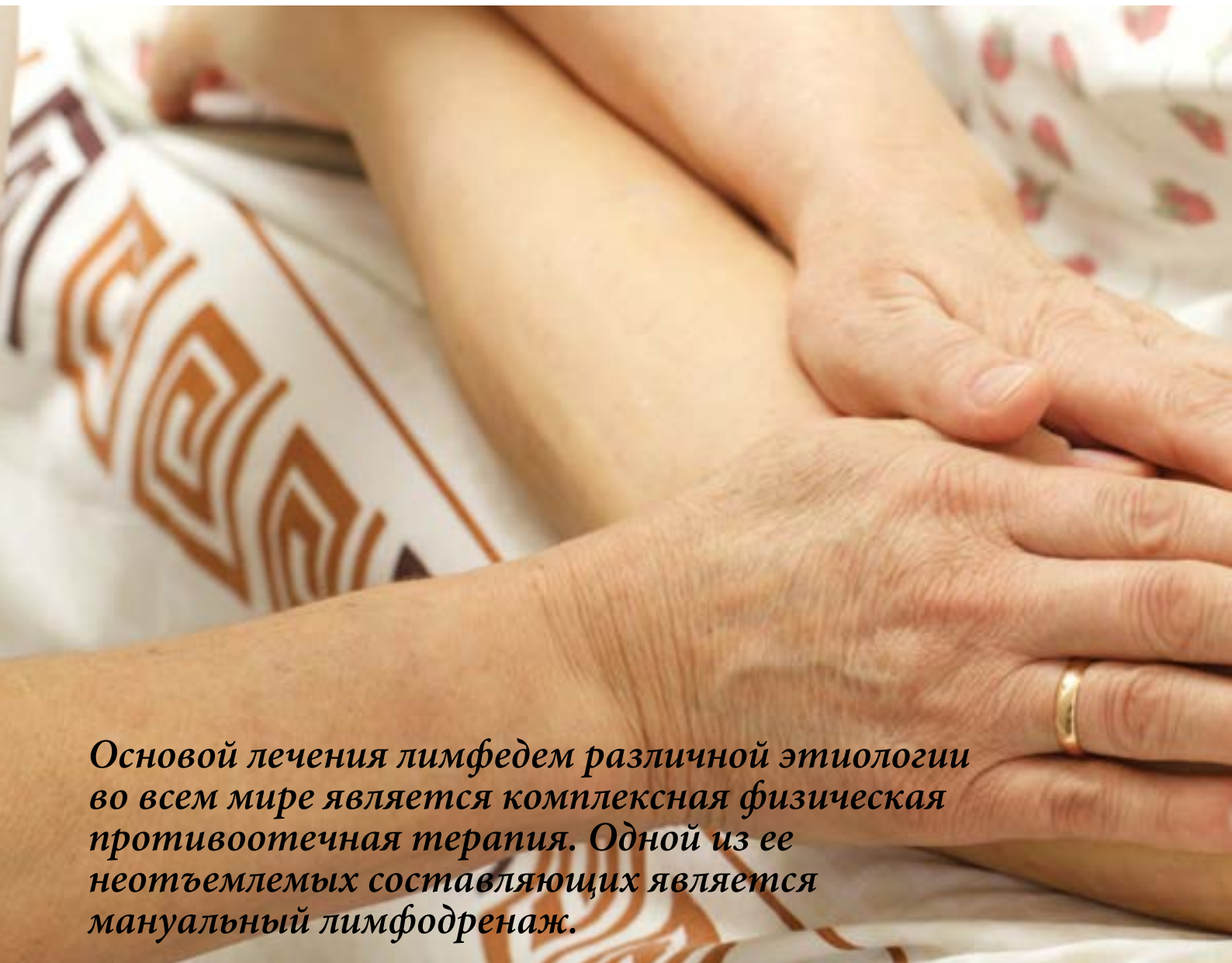
Заходите на сайт www.limpha.ru,
и получите бесплатный доступ к библиотеке

МАТЕРИАЛЫ ЛИМФЕДЕМЫ



регистрайтесь в Личном кабинете материалов по лечению лимфедемы!

Хирург, придумавший мануальный **ЛИМФОДРЕНАЖ**



Основой лечения лимфедем различной этиологии во всем мире является комплексная физическая противоотечная терапия. Одной из ее неотъемлемых составляющих является мануальный лимфодренаж.

Основоположниками этого метода считаются доктора Фоддер и Фёльди. Они активно внедрили этот метод в лечение лимфатических отеков. Но изобретателем этого метода является Александр Винивартер (22 апреля 1848 – 31 октября 1917 года) – австрийско-бельгийский хирург, родом из Вены.

Ученик Бильрота

Александр Винивартер получил свою медицинскую степень в 1870 году в венском университете и работал как ассистент хирурга в Венской университетской клинике под руководством Теодора Бильрота – пионера в области современной хирургической практики. Бильрот считал Винивартера одним из своих лучших учеников. Он проводил с ним вместе экспериментальные операции на пищеводе, гортани и желудке животных.

Позже Винивартер стал заведующим хирургическим отделением в Kronprinz-Rudolf-Kinderspitals (детская больница наследного принца Рудольфа).

Винивартер работал как ассистент хирурга в Венской Университетской клинике под руководством Теодора Бильрота – пионера в области современной хирургической практики.



Теодор Бильрот (1829-1894) – выдающийся немецкий хирург, основоположник современной абдоминальной хирургии



Александр Винивартер (1848-1917) – хирург, основоположник мануального лимфодренажа

В конце 19-го века Александр Винивартер предложил специальный массаж и компрессионные процедуры для лечения лимфедемы



Жизнь в Бельгии

В 1878 году Винивартер переехал в Бельгию, где стал профессором хирургии в университете Льежа. Там он посвятил себя, главным образом, хирургическому лечению различных форм рака. Впоследствии он приобрел Бельгийское гражданство. И до начала Первой мировой войны в 1914 году вел скромную жизнь, как затворник, в Бельгии.

Метод мануального лимфодренажа

В конце 19-го века Александр Винивартер предложил специальный массаж и компрессионные процедуры для лечения лимфедемы. Они оказались весьма эффективными. Но в то время широкого распространения они не получили. Однако в 1932 году датский физиотерапевт Эмиль Фоддер доработал и улучшил технику мануального лимфодренажа, предложенную Винивартером. И довольно долго лимфодренаж использовался лишь в косметических целях. Разработкой этого метода позже занимался профессор Михаэль Фёльди. Метод Фоддера-Фёльди известен теперь как мануальный лимфодренаж и стал очень популярен в области лечения лимфатических отеков, постепенно вытесняя неэффективные хирургические методики. Значительно позже, в 1977 году, комплексную физическую противоотечную терапию, которая, помимо лимфодренажа, включает в себя компрессионную терапию, лечебную физкультуру и уход за кожей, признают «золотым стандартом» лечения лимфедемы.



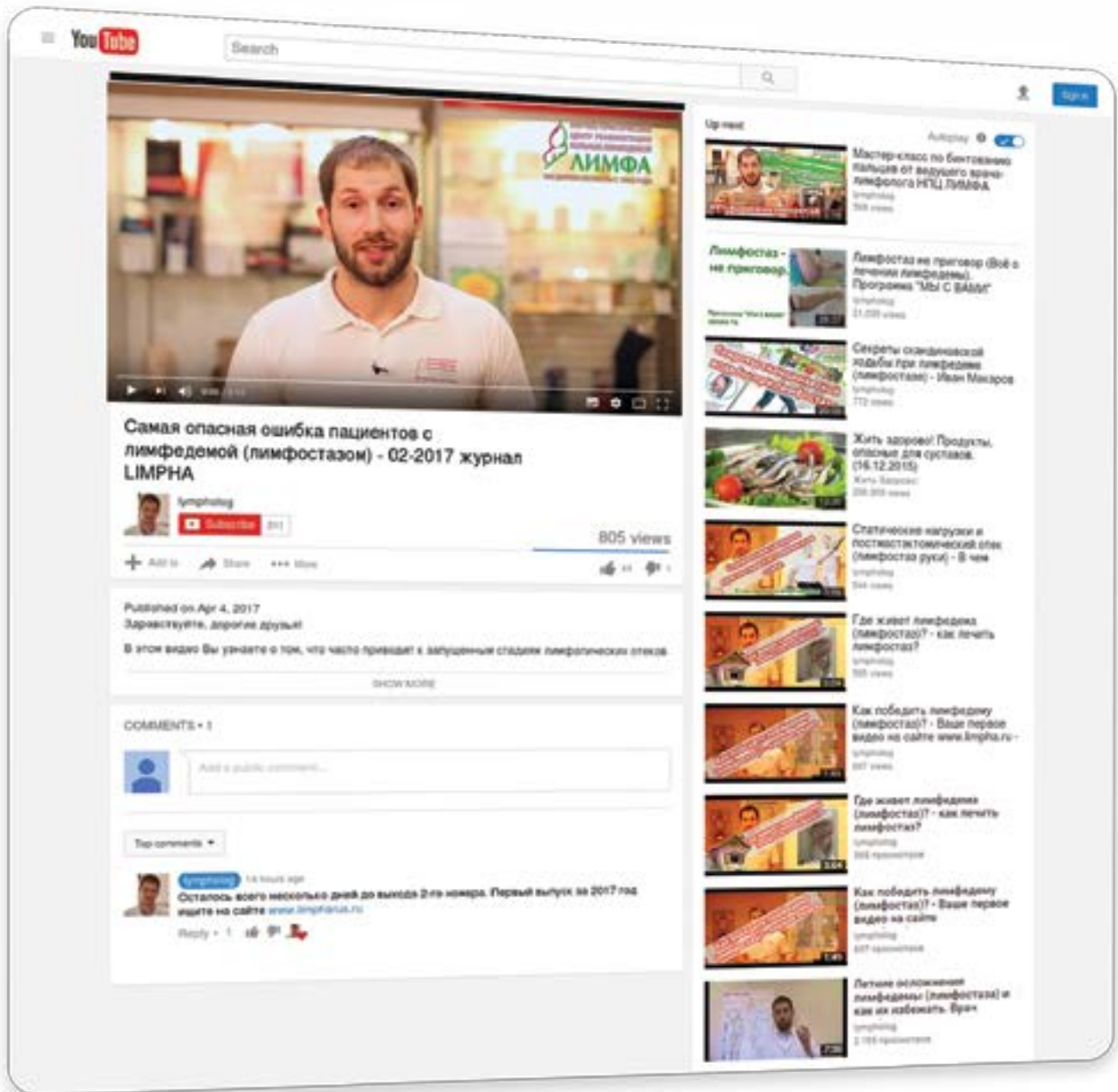
Льежский Университет, Бельгия.
Был основан в 1817 году

В 1932 году датский физиотерапевт Эмиль Фоддер доработал и улучшил технику для лечения лимфедемы, предложенную Винивартером



Мануальный лимфодренаж, разработанный Винивартером, является основной частью комплексной терапии лимфедем в наши дни

Фотографии мануального лимфодренажа взяты из личного архива главного редактора



Канал **LYMPHOLOG** на YouTube -

это самая актуальная информация из мира лимфологии, полезные заметки, мастер-классы, наглядные пособия и не только!

Это возможность познакомиться с пациентами, которые ежедневно борются с лимфедемой, узнать их секрет успеха и то, как они справляются со своим заболеванием! Это информация о ведущих врачах в области лимфологии и клиниках, которые помогают пациентам с заболеваниями лимфатической системы.

Подписывайтесь на канал **LYMPHOLOG**
и будьте в курсе всей информации о лимфологии!



Повседневная жизнь с лимфедемой

ВЕСЕННИЕ ПРОБЛЕМЫ ЛИМФЕДЕМИКА

Пругло Александр Павлович, 62 года, страдает лимфедемой с 11 лет. Увлекается народной медициной, литературным творчеством. Собирает и систематизирует информацию о борьбе с лимфедемой во всем мире.

Александр Пругло (г. Бердянск, Украина):

Лимфедемой страдаю уже более 50 лет. За это время ко многому пришлось приспособиться, от многого отказаться, многое осознать, изучить и использовать. Все, кто болеет лимфедемой, знают, что их повседневная жизнь отличается от жизни здорового человека. При этом, чем больше запущена болезнь, тем больше приходится тратить времени на ежедневные одевания специального трикотажа, бандажа, на процедуры и другие действия.

Сегодня мы поговорим о весенних проблемах людей, живущих с лимфедемой. Эти проблемы не так уж опасны, как, например, зимняя стужа или летний зной. Но все же при определенных обстоятельствах могут сильно попортить жизнь, а иногда и спровоцировать дальнейшее развитие болезни. На что следует обратить внимание в первую очередь?

1 Весенний авитаминоз, ослабление иммунитета, а вследствие этого – сезонные простудные заболевания, которые могут дать осложнения и на пораженные лимфедемой конечности. В последние десятилетия у меня нет с этим проблем, потому что разработал для себя правильную систему питания и оздоровления. Питание должно быть полноценным, обязательно включать в себя все семь основных групп продуктов:

- 1) молоко и молочные продукты, самыми полезными из которых по праву считаются кефир, йогурт и сыры;
- 2) мясо и мясные продукты, рыба и морепродукты, яйца;
- 3) соя, фасоль, горох и другие бобовые культуры;
- 4) зерновые культуры, особенно овес, пшеница, рис, а также гречка и сахар;
- 5) животные и растительные жиры, особенно сливочное масло, оливковое и подсолнечное масла;
- 6) овощи и фрукты;
- 7) томаты и цитрусовые. Благодаря особым свойствам эти овощи и фрукты выделены в отдельную группу.

Одной из важнейших способностей лимфы является способность устранять из организма излишки жиров. Поэтому, если постоянно потреблять с пищей лишние жиры, то лимфатическая система может не справиться с некоторыми своими функциями. Ежедневное «переупотребление» пищи, богатой белками и протеинами, также нежелательно и вредно, потому что способствует затвердеванию вен и артерий, сгущению крови. Это также приводит к перегрузке лимфатической системы, ибо, во-первых, замедляет ток лимфы, а во-вторых, лимфа должна дополнительно очищать те ткани, которые не смогла очистить эта загустевшая кровь.

Белки и протеины содержатся в основном в продуктах первых трех групп, эти продукты важны как главный строительный материал в организме. Четвертая группа содержит основную долю потребляемых нами углеводов, а пятая – жиров. Продукты этих двух групп содержат питательные вещества, выполняющие энергетическую функцию. Продукты шестой и седьмой групп, богатые витаминами и минеральными веществами, выполняют в организме защитные и регулирующие функции. Особенно полезны для этого томаты и фрукты семейства цитрусовых: лимоны, апельсины, мандарины, грейпфруты и другие.

Но так как цитрусовые для нас – продукты экзотические и дорогие, то я уделяю особое внимание томатному соку, заготавливаю его со своего огорода в значительных количествах, иногда на несколько лет вперед. В конце зимы или ранней весной провожу сезонную чистку организма: в течение двух недель выпиваю ежедневно утром, в обед и вечером по стакану томатного сока. Томатный сок, кроме мощного витаминного и антиоксидантного действия, также укрепляет стенки сосудов, в том числе лимфатических, способствует выделению из организма вредных и радиоактивных веществ.

2 Все знают, что весной бывают резкие перепады температуры. В местности, где я живу, например, мартовским утром может быть типичная зимняя морозная погода, а к обеду может потеплеть до +20С. И наоборот, в апреле-мае после типичной летней жары могут

возвратиться заморозки. Может задуть на несколько недель сильный, холодный северо-восточный ветер – бора. Поэтому лимфедемикку бывает трудно угадать, какую одежду и обувь надеть, особенно, когда нужно на весь день уходить, уезжать далеко от дома. И вообще, надо максимум внимания уделить весенней одежде и обуви. Так же, как и подумать о компрессионном трикотаже и бандажах, нормально ли они «работают» или требуют замены. Ибо потом за суматохой весенних дней об этом будет некогда думать.

3 Весна – время начинать регулярные велосипедные прогулки. Велоспорт – один из рекомендуемых при лимфедеме видов спорта. Если вы еще не занимались велосипедными прогулками, то пора подумать о приобретении велосипеда, а также соответствующей одежде и обуви для этих прогулок. Если вы, как и я, с осени законсервировали свой велосипед, смазали рабочие узлы, спустили шины, подвесили велосипед, то к весне его надо подготовить к эксплуатации, купить необходимые запчасти и т.д. Конечно, некоторые люди и зимой ездят на велосипедах, даже по снегу и гололеду, но это не для нас, лимфедемиков. Нам опасны как переохлаждения больных конечностей, так и любые падения, ушибы.

4 Хочу остановиться на одном труднообъяснимом явлении, которое в шутку называют «синдромом дачницы» или «синдромом дачника». Это явление особенно ярко проявляется у пожилых людей. Когда я был молод, то не очень верил в это. Сейчас убедился на собственном опыте. Зимой у некоторых людей ухудшается сон, начинают ныть и болеть различные части тела, самочувствие настолько ухудшается, что приходится думать о неминуемой скорой смерти.

Но вот начинает пригревать весеннее солнышко, сходит снег, подсыхает земля... Выходишь на огород или в сад, берешься за любую работу, которой накопилось очень много: обрезка деревьев, запуск парников, посадка кустарников, ранневесенние посевы... И постепенно забываешь обо всех проблемах со здоровьем. Сон нормализуется (от усталости спишь как убитый), различные боли прекращаются. Если конечность с лимфедемой надежно защищена компрессионным трикотажем или бандажами, то и эта болезнь, несмотря на интенсивную нагрузку, немного отступает. Отек становится мягче, за ночь значительно спадает.

5 Весной активизируются кровососущие и жалящие насекомые (комары, клещи, осы, пчелы и др.). Ни в коем случае нельзя допускать их к поверхностям пораженных конечностей.

6 Надо помнить, что весной бывает обострение некоторых сопутствующих болезней, в том числе психических.

Мнение автора может не соответствовать мнению редакции.



ЛИМФОСОРБЦИЯ И ТРАНСФУЗИЯ ЛИМФЫ

интервью с Уртаевым Бексолтаном Махарбековичем

Уртаев Бексолтан Махарбекович -

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой производственной и клинической трансфузиологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, председатель совета московской осетинской общины, много лет занимается исследованиями в области лимфологии.

- Здравствуйте, Бексолтан Махарбекович! Давайте начнем с самого начала. Как начинался Ваш путь в качестве ученого?

- Меня направили на учебу в ординатуру на кафедру госпитальной хирургии МГМСУ им. Евдокимова. Моим куратором был Роман Тихонович Панченков - один из удивительных наших хирургов, заведующий кафедрой госпитальной хирургии, заслуженный деятель науки РФ. Он направил меня на кафедру оперативной хирургии и топографической анатомии РМАПО. Руководил ей Юрий Евгеньевич Выренков. Это была, пожалуй, самая могущественная кафедра в то время в нашей стране, славилась большим выходом научной продукции. Кафедра имела свою хорошую экспериментальную базу, свои кабинеты для исследования - и рентгенологические, и современные микроскопические. И те исследования, которые там проводились, носили современный характер и были очень важны для всех отраслей медицины. Когда Роман Тихонович Панченков направлял меня на кафедру к Выренкову, он сказал: «Ты теперь прикрепляйся вместе с Иваном Васильевичем¹ к Юрию Евгеньевичу, держитесь тех научных направлений, которые он будет давать, и способствуйте развитию этих направлений».

- Что это были за направления?

- Он дал нам новые направления, в частности для меня - дренирование грудного лимфатического протока в острых хирургических ситуациях, сопровождающихся тяжелой интоксикацией. Это был абсолютно новый вектор, за которым последовала цепь

¹ Иван Васильевич Ярема - член-корреспондент РАМН, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета

исследований, научных работ, позволивших нам в итоге внедрить этот метод, который вырос в такое направление, как клиническая лимфология. Это было благодаря тому, что нам удалось получать лимфу в тех количествах, которые были необходимы для исследований, раньше с этим были определенные трудности. Поэтому на кафедре у Юрия Евгеньевича мы отработывали вот эту методику получения лимфы. Там бывают свои анатомические особенности, и поэтому иногда сложно дается дренирование, потому что грудной лимфатический проток в своем терминальном отделе может иметь 4 разных типа деления. Если грудной лимфатический проток оказывается в виде мономагистрального типа, то вам повезло, потому что тогда он, соответственно, большего диаметра и его легче дренировать. Там больше давление и поток лимфы по дренажу будет сильнее. Это намного лучше и в диагностическом, и в клиническом плане.

Поэтому мы отработывали дренирование грудного лимфатического протока в патологоанатомическом отделении Боткинской больницы на трупах. Затем мы отработывали в эксперименте в лабораториях на кафедре у Юрия Евгеньевича Выренкова. У него был огромный виварий, где нам давали животных, и мы у них дренировали грудной лимфатический проток. Это было трудно, тяжело, но, благодаря умению Юрия Евгеньевича объяснять, мы понимали осознанно, что это новое хирургическое направление, что это необходимо для развития медицины и для спасения людей в тех критических ситуациях, когда они нуждаются именно в этом. Он подсказывал нам, какую литературу подбирать, как вести непосредственно исследование. Его глубокие знания лим-

фатической системы нам также очень помогали. Мы концентрировались на этой работе и позже стали уже довольно легко справляться с выполнением этой задачи.

- К чему в итоге привели Вас эти исследования?

- В результате этих экспериментов мы уже потом поняли, что нам необходимо идти дальше после получения лимфы. Вместе с потерей лимфы происходят другие тяжёлые потери для организма в целом. Это и белковые, и электролитные нарушения, которые компенсировать очень тяжело и очень дорого. Тут были необходимы и плазма, и белковые растворы, тогда это было ограничено.

И тогда мы пошли в другом направлении: мы стали думать, как можно очищать эту полученную инфицированную лимфу и потом обратно вливать ее человеку. Мы назвали этот метод «лимфосорбция».

- До вас кто-то делал что-нибудь подобное?

В то время академик Лопухин² разработывал гемосорбцию, а мы создали свое новое направление - лимфосорбцию. Это был тоже прорыв в медицине. И вскоре мы выпустили красивую монографию, в которую включили все наши исследования, цели и перспективы развития этого направления. Многие клиники тогда это подхватили и не только в Москве, но и в различных регионах. Это дало повод для нововведений в хирургии и в других дисциплинах медицины: в акушерстве и гинекологии, травматологии, анестезиологии, реанимации, урологии. Все

² Юрий Михайлович Лопухин (1924-2016) — советский и российский хирург, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, почётный директор НИИ физико-химической медицины ФМБА России, лауреат трёх Государственных премий СССР (1971, 1979) и РСФСР (1989), заслуженный деятель науки РФ.

эти специальности начали понимать, что есть большой раздел в медицине, который раньше не осваивался и был врачам не понятен. А теперь стало очевидно, что в патогенезе многих заболеваний ведущую роль играет лимфатическая система. Таким образом, вместе с Юрием Евгеньевичем Выренковым нам удалось сделать такой прорыв.

- Вы не пожалели, что выбрали такое направление, как лимфология?

- Нет, с тех пор как Юрий Евгеньевич Выренков предложил нам заниматься лимфологией, он своими знаниями подвел нас к пониманию того, что значит лимфа для организма человека. Я так сильно увлекся, что не выходил из библиотек - меня выгоняли, я просиживал там целыми вечерами. Стол мой письменный был завален книгами о лимфе. Я и во сне, и наяву видел эту лимфу. Это было интересно еще и тем, что никто вокруг этого не знал. Это, конечно, вызывало определённые трудности, но было очень увлекательно. Это и втянуло нас в лимфологию.

- Каков был отклик других ученых на ваши исследования?

- Нас всегда приглашали в клиники помочь и в диагностике, и в лечении больных. Мы выступали на различ-



Бексолтан Махарбекович Уртаев ведет активную научную деятельность и регулярно участвует с докладами на различных российских и зарубежных конференциях

ных конференциях. В какой-то период времени заинтересовались нашими исследованиями иностранцы. В это время как раз в нашу страну большой поток лекарств пошел. А у фармакологических компаний не было знаний о том, в каком состоянии в момент введения препарата находится лимфатическая система, страдает дренирующая функция, как происходит транспорт лекарственных препаратов в лимфатической системе. Такие исследования в других странах не проводились.

- А вы проводили эксперименты с лекарственными препаратами?

- Как раз все это дало толчок к нашим

новым испытаниям, мы начали развиваться в сторону клинической фармакологии. И это дало нам возможность локально подводить препараты в очаг воспалительного процесса. Представляет, какой прогресс? Снизить количество одномоментно вводимого антибиотика или на протяжении какого-то срока лечения заменить многократные введения препарата одноили двукратным введением его в лимфатическую систему. Таким образом, мы разработали новый метод - эндолимфатическое введение лекарственных препаратов. Это был большой прогресс с колоссальным клиническим эффектом, который был паразитическим для окружающих. Данный метод получил широкое распространение. Даже был период времени, когда в Москве обязательно всем хирургическим больным начали предлагать эндолимфатическое введение препаратов, в том числе антибиотиков. Конечно, это было интересно, это было захватывающе, это заставляло еще больше работать...

ные, морфологические исследования позволили нам прийти к тому, что мы можем лимфу использовать так, как, например, в трансфузиологии используется кровь. И из лимфы мы стали делать различные препараты. Это было очень интересно и привлекательно, это целый раздел и целая наука, которая требует особого подхода к себе. Когда мы выступали на международном конгрессе с докладом об этих исследованиях, на нас обратили внимание, а потом было много заявок по этому поводу. Мы это преподносили как приоритет нашего государства. Поэтому мы имели патенты и везде публиковали, что это у нас производится.

- Насколько активно это сейчас используется в клинической практике? И в чем заключаются сложности применения?

- Сложность применения - это получение лимфы. Объем лимфы нужен в больших количествах, чтобы получать лекарственные препараты с хорошим лечебным эффектом. Но здесь можно



Юрий Евгеньевич Выренков, Вера Сергеевна Макарова, Бексолтан Махарбекович Уртаев, Вячеслав Константинович Спиридонов на 2-ой Научно-практической конференции «Лимфа-2013» 7 ноября 2013 года



Президиум 4-ой Научно-практической конференции по клинической лимфологии «Лимфа-2015»: Иван Васильевич Ярёма, Бексолтан Махарбекович Уртаев, Юрий Евгеньевич Выренков

- Бексолтан Махабекович, мы знаем, что у Вас есть около 7 патентов. Расскажите, пожалуйста, об этом подробнее.

- Да, у нас много патентов есть, и много разработок было сделано. Вы знаете, мы потом стали дальше развиваться в направлении лимфологии. Мы уловили такой момент, что есть большая потребность и в белковых препаратах, и в жировых препаратах и что они очень дорогие в производстве. Наши клинические, эксперименталь-

ограничиться дренированием больного. А если использовать лимфу с целью трансфузии, то здесь нужны большие объемы. И мы в связи с этим разработали еще одно экспериментальное исследование в Подмосковье. Мы получали из дренированного грудного протока животных (крупного рогатого скота) лимфу в больших объемах - до 10 л лимфы за сутки можно получить. Представляете, какое количество? Ее можно потом использовать для приготовления различных лекарственных

препаратов. Но вся сложность в том, что это требует такого жесткого контроля, это целый завод нужно строить. Когда встал вопрос, как нам дальше развиваться, то было решено построить такое здание, грубо говоря, завод, который производил бы лимфу для лечебных целей. Начали искать спонсоров - и как бы вроде и да, и нет. И в итоге у нас это все, к сожалению, не сложилось.

- То есть в промышленных масштабах не получилось?

- Да, в промышленных масштабах не получилось. Много сложностей возникло в плане финансирования. Мы не получили необходимой финансовой поддержки. Поэтому мы сделали отступление.

- Сейчас эти методы применяются в клиниках?

- Да, они применяются практически во всех клиниках в той или иной степени. Мы эти методы научно обосновали, издали ряд монографий. Многие больницы сами эти методы испытывали - Институт Склифосовского, например. У них очень хорошие, положительные результаты. Но бывают и периоды спада. Это связано, прежде всего, с методом получения лимфы и с методом ее обратной трансфузии, потому что после дренирования грудного лимфатического протока нужно или компенсировать большим количеством белкового заменителя, или проводить лимфосорбцию. В частности, мы с Юрием Евгеньевичем сначала делали это (лимфосорбцию) довольно примитивно. Но Юрий Евгеньевич вместе со своими учениками разработал аппарат, который уже можно использовать профессионально в клинике. Называется он Лимфосорб 1-го, 2-го поколения.

- Вы сами испытывали этот аппарат?

- Да, это очень интересно. У нас в клинике этот аппарат проходил первые испытания. Он непосредственно подключается после операции, вы дренируете грудной лимфатический проток, подсоединяете к этому аппарату, и там автоматически, пройдя все процедуры, происходит очищение лимфы и обратный возврат в вену этой же лимфы. Все это наглядно, красиво. Существует промышленное производство этих аппаратов, они очень компактные, современные. И, самое главное, при использовании Лимфосорба сохраняются все принципы асептики. Это соблюдено на всех этапах проведения этого процесса.

- Требуют ли эти методики (эндолимфатическое введение препаратов, лимфосорбция, трансфузия лимфы) специальных технических навыков у хирургов?

- Да, и это тоже является ограничивающим фактором их применения. Достаточно длительный промежуток времени на нашей базе стажировались хирурги, к нам приезжали из других регионов, других клиник Москвы. Мы их обучали и дренировать ГЛП, и эндолимфатическому введению препаратов, и другим методам, которые мы применяли в нашей клинической практике. И, конечно, были соответствующие результаты. Сейчас очень редко, но, бывает, обращаются к нам, чтобы мы научили. Здесь я не вижу большой сложности: бывает, двух недель у нас в клинике достаточно, чтобы освоить эти методы. Мы обучаем и как катетеры готовить, и как их стерилизовать, и, самое главное, технике оперативного вмешательства, а также

тому, какие необходимы средства и материалы для того, чтобы это все выполнять.

- То есть если сосудистый хирург или хирург общего профиля хочет эти методы освоить, он может к вам обратиться?

- Любый хирург может обратиться к нам. И мы, как правило, никогда никому не отказывали, шли навстречу, обучали, готовили, делали все, что от нас зависит.

- Как вы оцениваете текущее состояние лимфологии в России как науки?

- Нужно отметить спад в науке в целом, и в лимфологии в частности. Этому способствует международная обстановка, отсутствие финансирования. Мы стали экономически зависимы, а наши научные исследования стали тем более экономически зависимы. Необходимо содержание вивариев, электрические микроскопы, целая сеть лабораторий - все это требует финансирования. Сейчас есть тенденция к тому, чтобы на какой-то период времени это все сократить. Такая ситуация по всей стране. Мы этим очень расстроены, но я думаю, что это временно.

- Если не брать в расчет финансирование, что, по Вашему мнению, могло бы сдвинуть лимфологию с мертвой точки?

- Это должна быть государственная программа. У нас в университете есть целое направление клинической лимфологии, студенты это изучают на 6-м курсе. У нас была целая программа, когда мы обучали студентов нашим клиническим операциям, лимфологическим методам. Это было на добровольной основе, но группы набирались довольно большие. Это и лекционный материал, и практические занятия, и эксперименты проводились. В общем, интерес к этому есть. Сегодня нельзя разорвать эту цепь - взаимодействие артериальной, венозной и лимфатической систем. Без лимфатической системы мы никак не можем. Но это должно быть не только в программе нашего университета, это должно быть и в программе других вузов. То есть клиническую лимфологию нужно внедрять как направление в государственном масштабе - сначала в университетах, потом и в клиниках.

- Какое развитие лимфологии Вы видите в будущем как в России, так и в мире? В каком направлении движется современная лимфология?

- Я считаю, что у лимфологии очень большое будущее. Вот посмотрите, сегодня лимфологией начали интересоваться такие специальности, как онкология, гинекология, урология. Патология в этих дисциплинах огромная.

Бексолтан Махарбекович на 2-ой Научно-практической конференции «Лимфа-2013» 7 ноября 2013 года



Контингент пациентов увеличивается из года в год. Поэтому мы должны развивать это направление. И этот уровень должен быть высоким, современным. Нужно использовать современные технологии - это и электронные микроскопы, и нанотехнологии, высокопродуктивные препараты. Исследования должны проводиться более широко.

Без взаимодействия с лимфатической системой дальнейшее продвижение медицины будет сдержано. Поэтому временный спад уйдет в прошлое. Мы будем созерцать рассвет нашей лимфологии, не только нашей, но и мировой.

Мы были на последнем международном конгрессе лимфологов в США и заметили, что сейчас клиническая лимфология вызывает большой интерес. Мы еще мало изучили методы диагностики лимфедемы, здесь есть над чем работать, а также введение препаратов в лимфатическое русло, оперативные вмешательства. Мы сейчас готовим серию докладов на один из конгрессов, который будет в Испании, и надеемся, что нас с интересом будут слушать. Потому что таких клинических разработок на Западе еще нет. И мы надеемся, что это будет подхвачено всеми странами и лимфология поднимется на новый уровень. Так что спада не должно быть, а будет наоборот подъем.

То есть будущее современной лимфологии в том, что специалисты из разных областей медицины будут потихонечку подключаться к изучению лимфатической системы, каждый со своей стороны, и вместе все это будет давать более широко клиническое применение этих знаний.

И даже сейчас, если вы обратите внимание, когда будете читать медицинскую научную статью, то обязательно там косвенно или более глубоко затрагивают лимфатическую систему, то есть нельзя сегодня обходить эту сторону. Если вы ученый, то вы должны понимать, что все в организме взаимосвязано.

Большое спасибо, Бексолтан Махарбекович за такое оптимистичное интервью! Мы надеемся, что Ваши прогнозы относительно будущего лимфологии обязательно сбудутся. Здоровья Вам и успехов в научной деятельности, мы ждем новых открытий!

ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

СКАНДИНАВСКАЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ



ХОДЬБА с лимфедемой

О

Один из самых частых вопросов, которые задают наши пациенты с лимфедемой, – каким видом спорта им можно заниматься. Врачи-лимфологи всегда отвечают, что главное, чтобы спорт был не травмоопасным. Однако есть определенные виды спорта, которыми не только можно, но и нужно заниматься, если ваш диагноз – лимфедема! Сегодня мы поговорим о скандинавской ходьбе. Это достаточно новый и модный сейчас вид спорта. И в этой статье мы подробно расскажем о скандинавской ходьбе и о ее пользе для пациентов с лимфедемой. И чтобы освятить эту тему с профессиональной точкой зрения, мы встретились с инструктором по скандинавской ходьбе Марией Лифшиц, которая сама страдает лимфедемой, и попросили ее рассказать об этом виде спорта.



Мария Лифшиц, ин-
структор по
скандинавской ходьбе



но и плавно она распространяется по нашей стране.

Если 10 лет назад на человека, идущего с палками, смотрели как-то странно, то сегодня все больше людей занимаются скандинавской ходьбой, и к этому все при-

Скандинавская ходьба помогает выправить осанку, разгрузить позвоночник, колени

выкли. Знаю даже несколько человек из тех, кто ездит с нами на работу, которые от метро до офиса идут с палками.

- Мария, здравствуйте! Расскажите, пожалуйста, почему Вы начали заниматься скандинавской ходьбой?

- Добрый день! Год назад мне поставили диагноз лимфедема, у меня стала отекать правая нога. Жизнь моя перевернулась с ног на голову, так как я не могла стоять, не могла сидеть, от этого становилось только хуже. Даже компрессионный трикотаж не помогал. Можно было только лежать. И, как обычно, я понадеялась на спорт и на йогу. Стала усиленно заниматься. Но в данном случае это мне не помогло, стало только хуже.

Но я не могла позволить себе лежать. У меня трое детей, и я всю жизнь вела активный образ жизни. Эта ситуация, что я не могла заниматься спортом, меня очень тяготила.

Я стала искать другие виды спорта, которыми ранее я не занималась. И тут я открыла для себя скандинавскую ходьбу! И, как истинная спортсменка, начала с «жадностью» заниматься данным видом спорта. Это меня и погубило, потому что ноге становилось только хуже.

После этого я стала изучать технику занятий разных школ, пробовать разные варианты. И теперь я знаю, как правильно нужно ходить с палками, чтобы это приносило пользу при заболевании лимфедемой и не было побочных эффектов. Сегодня я вам об этом расскажу!

- Мария, расскажите о том, откуда взялась СХ¹, как она появилась и как она пришла в нашу страну?

- У данного вида спорта много названий: скандинавская ходьба, по-английски Nordic Walking или ходьба с палками. Занятие это появилось в северных странах, точнее в Финляндии. И начали его практиковать спортсмены, лыжники-профессионалы. 15 лет назад это переросло в вид спорта и стало активно распространяться по всей Европе. В Россию скандинавская ходьба пришла около 10 лет назад, медлен-

- Почему же скандинавская ходьба становится столь популярной!?

- Во-первых, ходьба – это самый естественный вид движения для человека. Мы с вами ходим всю нашу жизнь. Во-вторых, это вид спорта, который достаточно легко освоить: буквально 1-2 занятия с инструктором и далее вы сможете самостоятельно ходить, получая все преимущества от этого вида спорта.



Мы выдвигаем палку на нужную длину и закрываем клипсу

Наконечник «коготь» направлен под углом 45 градусов. Он стоит вертикально на асфальте и имеет хорошее сцепление

Самым смелым и ответственным можно попробовать освоить ходьбу самостоятельно. В интернете очень много информации о данном виде спорта.

- В чем преимущество этого вида спорта?

- Самое замечательное преимущество скандинавской ходьбы в том, что заниматься данным видом спорта можно в любое время года и в любом месте.

И все-таки это не просто прогулка, это вид спорта, который позволяет нагрузить 85% мышц нашего организма. Мы получаем нагрузку в 1,5 раза больше, чем при обычной ходьбе. Скандинавская ходьба помогает выправить осанку, разгрузить позвоночник, колени, а также улучшить работу всех наших внутренних органов.

Для большинства видов спорта нужно специальное оборудование (снаряжение), но тут нам потребуются только палки.

Перед занятием нужно делать разминку, чтобы подготовить наши суставы и мышцы

¹ СХ - скандинавская ходьба

Буквально 1-2 занятия с инструктором и далее вы сможете самостоятельно ходить, получая всю пользу от этого вида спорта

Еще один положительный пункт данного вида спорта в том, что вы сами можете регулировать свою нагрузку. Многим людям даже после операции назначают скандинавскую ходьбу. Кроме того, ходьба – это занятие на свежем воздухе, что само по себе полезно, а если вы найдете приятную для себя компанию, то можно еще и пообщаться с приятными людьми.

- Что нужно знать пациентам с лимфедемой, которые собираются заниматься скандинавской ходьбой?

- Во-первых, очень хочется, чтобы Вы рассматривали скандинавскую ходьбу как вид спорта. А это значит, что перед началом необходима предварительная подготовка.

Одежда

Изначально мы смотрим, какая на улице погода и сколько будет длиться тренировка, чтобы правильно подобрать одежду. Марок очень много. Главное, чтобы она была качественная и удобная, так как при ходьбе мы много двигаемся, и, соответственно, потеем, поэтому необходимо надеть термобелье, особенно это важно зимой. Я не рекомендую хлопковое термобелье; это должна быть синтетика или шерсть. Далее мы смотрим, какая температура на улице. Сверху надеваем теплую кофту, например, флисовую. Либо не надеваем ее в зависимости от температуры. А дальше – обязательно куртка, она должна быть дышащая, чтобы вся влага, которую будет выделять наше тело, не оставалась внутри. Тогда занятие пройдет комфортно, Вам будет удобно и тепло, и Вы сможете получать от занятий не только удовольствие, но и пользу.

Разминка

Перед занятием мы делаем разминку, чтобы подготовить наши суставы и мышцы. Это действительно очень важно, так как при скандинавской ходьбе у нас задействовано более двух мышц, и суставы работают активно, с большой амплитудой. Чтобы не получить какую-либо травму, разминка в данном случае очень важна.

Собственно тренировка

Далее, когда мы начинаем идти, нужно себя немного придержать, не выкладываться сразу по максимуму, чтобы у нас хватило энергии на всю тренировку. Обычная тренировка длится минимум 40 минут. В идеале – в каком темпе мы тренировку начали, в таком же темпе мы ее должны и закончить. Это необходимо для того, чтобы от тренировки Вы получили максимум пользы для своего организма.

Если Вы ходите в городе, то, как правило, Вы идете по обычной дорожке, и тут нет никаких особенностей. Если же Вы ходите, например, за городом, где на вашем пути встречаются горки и подъемы, то тут нужно быть предельно аккуратными. Нужно обязательно сбавлять темп, чтобы не перегрузить мышцы, не устать и чтобы нагрузка во время тренировки была максимально равномерной.

После тренировки

После тренировки необходимо растянуть мышцы, расслабить их. Это то, что у спортсменов называется «заминка».

Все вышесказанное я могу охарактеризовать одним словом – равномерность. Мы сначала разминаемся, потом без каких-либо усилий и нагрузок мы идём и в конце тренировки у нас «заминка».



Главное, чтобы одежда была качественная и удобная

- Расскажите, пожалуйста, поподробнее про Ваши палки.

- Сейчас уже весна, мы начинаем готовиться к лету, поэтому сегодня особенно актуальны палки, которые позволят ходить летом более эффективно. Чем они интересны? У них наконечник металлический, не простой, он называется «коготь» и направлен под углом примерно 45 градусов. Когда вы ставите его на асфальт, он стоит вертикально и имеет очень хорошее сцепление.

Чтобы этот коготь был всегда действительно направлен в нужную нам сторону, у этой палки другая фиксация, называется «клипса». Мы выдвигаем палку на нужную нам длину и закрываем эту клипсу. Все, палка готова к работе. И еще один момент в палках, на который я хочу обратить ваше внимание, это темляк. По моему мнению, это, пожалуй, самая важная часть палки. Выбирать палку надо, примерив темляк на свою руку, если вы для себя выбираете палку, или на руку того человека, кто будет с ней ходить.

Спорт при лимфедеме не должен быть травмоопасным!

- Как определить, что темляк вам подходит?

- Когда его надеваете и застегиваете, вы должны перевернуть его ладшкой вверх и посмотреть, что темляк проходит под косточкой. Есть еще один критерий, который позволяет посмотреть, подходит вам темляк или нет. Если вы идете, и у вас есть желание, вертикально поднять кисть и давить на палку, то это говорит о том, что темляк вам не подходит, или вы ему не доверяете, или он недостаточно надежно держит.



Под мизинцем есть выступающая косточка, и темляк должен либо чуть-чуть перекрывать эту косточку, либо быть именно под ней

- Мария, а как подобрать длину палок для скандинавской ходьбы?

- Итак, у нас есть палочки, они обычно сцеплены, раскрепляем их. Фиксаторы лучше убрать в карман, так как они часто теряются. Для начала нам нужно отрегулировать палку до нужной длины. На многих палках сейчас пишут не сантиметры, а рост человека, который будет с ними ходить. Я считаю, что это очень большая ошибка, так как соотношение длины рук и ног у каждого человека разное и не зависит от роста.

В большинстве школ палки рекомендуют делать выше, чем нужно, а продавцы в спортивных магазинах часто рекомендуют слишком высокие палки. Если Вам скажут, что Вам нужна палка по прямой локоть, чтобы в локте был прямой угол, ни в коем случае не слушайте такого совета, это слишком высокая палка!

Я своим ученикам рекомендую выбирать палки следующим способом: мы продеваем кисть руки в петлю темляка и смотрим, чтобы место крепления темляка к палке было на уровне пупка. То есть мы палку расслабили, уперли в землю и на уровне пупка подвинули большой палец. Это и есть наша требуемая высота палки, мы ее фиксируем. У меня рост 168 см. Сейчас палка стоит на 165 см и это максимум. Можно поставить немного поменьше. Палку фиксируем и точно также раздвигаем вторую палку.

Почему именно так? Когда палка высокая, мы выносим при ходьбе руку вперед, при этом нам приходится делать более длинный шаг. При более широком шаге у нас тянутся мышцы, особенно передняя часть бедра. Поскольку у

меня это травмированная часть, мне ее нужно беречь.

- Мария, есть ли рекомендации по дыханию, как нужно правильно дышать при занятиях скандинавской ходьбой?

- Если у человека есть стремление учиться, развиваться и получить

максимальный эффект, то нужно дышать «полным йоговским дыханием». Когда мы дышим всем объемом наших легких, у нас появляется ощущение, как будто мы дышим животом, к этому нужно стремиться, это очень важно.

- Мария, еще вопрос про дыхание: при занятиях скандинавской ходьбой, человек должен дышать носом или ртом?

- По всем правилам правильного дыхания, и это касается не только скандинавской ходьбы, вдыхать нужно носом, а выдыхать ртом.

- Мария, есть ли рекомендации для занятий зимой? Часто дорога бывает скользкой, и это может быть опасно для пациентов с лимфедемой...

- Если вы живете неподалеку от парка или леса и у вас есть возможность гулять не по очищенному асфальту, а по снежным дорожкам, то я вам рекомендую использовать ледоходы с шипами. Они позволят вам сделать занятие безопасным и идти более устойчиво и уверенно.

- Как часто пациентам с лимфедемой рекомендуется заниматься скандинавской ходьбой?

- Это можно делать постоянно. Я стала ездить и

Обычная тренировка длится минимум 40 минут

Мы продеваем кисть руки в петлю темляка и смотрим, чтобы место крепления темляка к палке было на уровне пупка.

брать палки с собой везде. Даже если я еду к кому-то в гости, и мне надо дойти от метро, я беру палки с собой. И было не один раз, что я их где-то забывала или теряла, это очень обидно. Поэтому добрый совет от меня – палки с собой берите, но обязательно их к себе пристегивайте. Например, за липучку того же самого темляка. Вы их не потеряете, они всегда с вами. Занимайтесь скандинавской ходьбой!

- Мария, большое спасибо за такую полезную информацию для пациентов с лимфедемой! До встречи!

Итак, подведем итоги. Занятия скандинавской ходьбой могут стать еще одним важным пунктом в комплексном лечении лимфедемы! Скандинавская ходьба практически не имеет противопоказаний. Однако перед началом занятий вам все равно нужно проконсультироваться с лечащим врачом.

Занимайтесь спортом и будьте здоровы!

Скандинавской ходьбой можно заниматься постоянно - всегда и везде

Упражнения от Марии Лифшиц



Идем обычным шагом, держим палки, но на землю их не опускаем и машем руками, как при обычной ходьбе

УПРАЖНЕНИЕ №1 «ЧЕК-ЛИСТ»

Оно очень полезно начинающим ходокам, а также и продвинутым. Когда мы его делаем, мы можем проверить основные моменты, которые нам надо соблюдать при скандинавской ходьбе. Упражнение очень простое. Мы идем своим обычным шагом, держим палки, но при этом на землю их не опускаем, и машем руками, как при обычной ходьбе.

При этом мы проверяем:

- 1) как мы ставим ноги
- 2) мы не сгибаем локти
- 3) мы двигаем плечом с максимальной амплитудой, насколько это возможно.

Очень простое упражнение. Я его рекомендую делать в начале занятия и спустя 10-15 минут, чтобы проверить, что ваш шаг, которым вы идете, действительно правильный и комфортный.



При ходьбе разворачиваем таз, при этом немного разворачивается задняя нога на носке

УПРАЖНЕНИЕ №2

Если вы освоили азы скандинавской ходьбы и готовы ходить в более быстром темпе, то вот вам мое второе упражнение. Когда я стала ходить более быстрым шагом, я столкнулась с проблемой, которая возникла из-за того, что при более длинном шаге я потянула переднюю поверхность бедра. Встал вопрос, что же делать. Надо что-то поменять в технике. Ответ оказался очень простым. Надо немножко разворачивать таз. За счет этого шаг будет немножко удлиниться, а передняя поверхность бедра страдать не будет. При этом немножко разворачивается задняя нога на носке.

Упражнение особенно важно для пациентов с лимфедемой. Мы обращаем внимание на то, что разворачиваем таз и скручиваем ножку, которая сзади.



Идти и делать параллельное движение двумя руками одновременно. Опустать палки на каждый третий шаг

УПРАЖНЕНИЕ №3 ДЛЯ ПРОДВИНУТЫХ ХОДОКОВ

Мы будем идти и делать движения не попеременно руками, а параллельно и одновременно двумя руками. При этом ставить, опускать палки мы будем на каждый третий шаг. Что нам это дает? Во-первых, нам это дает более амплитудные движения плечами, это позволяет нам идти в более быстром темпе, еще больше снять нагрузку с ног и увеличить нагрузку на плечевой пояс и при этом отработать движение сзади, когда мы раскрываем кисть.



Видеоинтервью и упражнения по скандинавской ходьбе вы можете найти на канале [lympholog](https://www.youtube.com/channel/UC...) на сайте www.youtube.com

99% ВРАЧЕЙ НЕ ГОВОРЯТ ОБ ЭТОМ

мастер-класс по бинтованию пальцев при лимфедеме



**Иван Геннадьевич Макаров, врач-лимфолог
НПЦ «ЛИМФА»:**
- Ни одно из компрессионных изделий, как правило, не создает давления в области пальцев

Бинтование пальцев – это навык, который необходим практически всем пациентам, страдающим лимфедемой нижних конечностей.

Дело в том, что после первой фазы лечения, которая называется достижением результата, пациент остается один на один с лимфедемой. Он вынужден носить компрессионный трикотаж, это могут быть гольфы, чулки, колготы. Но ни одно из этих изделий, как правило, не создает компрессии в области пальцев.

Таким образом, если посмотреть на такое изделие, мы видим, что область пальцев остается практически без компрессии. И самое главное, что даже дистальная часть гольфа несет минимальную компрессию. А в области щиколотки этот гольф, как и любые чулки или колготы, будет иметь максимальную компрессию. Соответственно, надевая компрессионный трикотаж, мы передавливаем все поверхностные лимфатические сосуды выше области пальцев и тыльной поверхности стопы. Если не создать там дополнительную компрессию, то отек в этой области будет увеличиваться.

КАК ИЗБЕЖАТЬ ОТЕКА В ОБЛАСТИ ПАЛЬЦЕВ?

- Первый способ - это ношение специального изделия на стопе, такой небольшой перчаточки, которая будет создавать компрессию в области пальцев и некоторую компрессию в области тыльной поверхности стопы. Это создаст благоприятные условия для эффективной работы лимфатической системы и позволит избежать ухудшения состояния, увеличения отека в области тыльной поверхности стопы и пальцев.
- Второй способ на самом деле очень простой – забинтовать правильно пальчики. Он доступен практически всегда. Он достаточно дешевый. И, в принципе, им можно пользоваться в любой момент времени.
- Умение правильно бинтовать пальцы позволит вам, находясь дома, на работе либо в путешествии, спасти свои стопы от увеличения отека.

БИНТОВАНИЕ ПАЛЬЦЕВ НА СТОПЕ



Когда вы начинаете бинтовать пальцы стопы, сначала нужно наложить 2-3 фиксирующих тура бинта. Обращайте внимание, чтобы не было никаких складочек.

Бинт держите так, чтобы он легко раскручивался. Если он будет направлен в другую сторону, это будет неудобно.





Когда вы положили два фиксирующих тура, дальше уходите на пальчик. Наша задача создать максимальную компрессию на мягкие ткани, но при этом она не должна быть избыточной. Специально сильно натягивать бинт нам не нужно. Мы кладем буквально 2-3 тура на каждый пальчик.



Дальше, когда мы кладем бинтик, мы обязательно должны его проводить указательным или большим пальцем второй руки для того, чтобы сзади не было никаких складочек. Потому что любая складочка – это потенциальная потертость. А никаких входных ворот для инфекций при бинтовании пальчиков пациентов с лимфедемой формировать ни в коем случае нельзя.

Одним из индикаторов того, что мы все сделали правильно, является то, что через бинт не просвечивает кожа.



Если бинт будет заканчиваться, можно уйти с ним чуть выше, там его закончить. Взять, например, второй бинт, положить его поверх старого и вернуться дальше для того, чтобы забинтовать оставшиеся пальчики.



Итак, мы с вами проходим все пальчики. Обязательно их оббинтовываем вот таким вот образом. Уходите в нижние отделы, чтобы там тоже была компрессия. Не забывайте про них.

Самая главная задача, чтобы не было никаких складочек, перетяжек, чтобы была максимально равномерная компрессия на все пальчики.



И дальше завершайте практически без натяжения для того, чтобы вам было максимально комфортно.

Еще раз проверьте все пальчики, чтобы нигде не было складочек, особенно у подошвенной поверхности пальцев, потому что там складочки наиболее часто будут натирать, если мы их оставим.



Если пальчики немножко посинели, это не страшно. Главное, контролируете, чтобы они у вас не белели. Если хоть один пальчик будет белым, то обязательно нужно будет перебинтовать и посмотреть, где вы передавили кровоток в пальцах.

Освоить этот навык в полной мере вам поможет видео «Мастер-класс по бинтованию пальцев», которое вы можете посмотреть на канале lympholog на сайте www.youtube.com

Основатель клинической лимфологии в России

5 марта 2017 года в мире науки и медицины произошла невосполнимая утрата – ушел из жизни уникальный человек, выдающийся ученый, академик РАН, доктор наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ Выренков Юрий Евгеньевич.



Юрий Евгеньевич Выренков на V съезде лимфологов и научно-практической конференции «ЛИМФА-2014» вместе с Макаровым И.Г., Макаровой В.С. и Фейсхановым А.К.

Юрий Евгеньевич до последних дней был заведующим отделом оперативной хирургии и клинической лимфологии Российской медицинской академии последипломного образования (РМАПО). Он являлся крупнейшим российским специалистом в области клинической лимфологии. Благодаря стараниям Юрия Евгеньевича был создан научный журнал «Вестник лимфологии», в котором он являлся заместителем главного редактора и которому отдавал много сил и времени.

Также Юрий Евгеньевич являлся президентом Ассоциации лимфологов России - общероссийской общественной организации лимфологов, основанной им и его учениками в 2002 году.

НАЧАЛО ПУТИ

Вся жизнь этого ученого неразрывно была связана с РМАПО (Российской медицинской академией постдипломного образования), где он более 60 лет занимался научной, творческой и практической деятельностью. Именно здесь Юрий Евгеньевич прошел путь от способного юного аспиранта до светила отечественной медицинской науки, блестящего педагога и выдающегося организатора исследовательского процесса.

Эркин Саткулович Джумабаев, профессор, заведующий кафедрой госпитальной и факультетской хирургии Андижанского Государственного медицинского института:



Ученые Узбекистана скорбят в связи с кончиной выдающегося ученого-лимфолога, чл.-корр. РАЕН, профессора Ю.Е. Выренкова. Юрий Евгеньевич внес огромный вклад в развитие медицинской науки в Узбекистане. Соболезнуем вместе с коллегами и близкими Юрия Евгеньевича

Юрий Евгеньевич родился в 1929 году в небольшом городе Шуя (Ивановская область). После школы поступил в Ивановский медицинский институт, успешно закончил его и в 1953 году был зачислен в аспирантуру Центрального института усовершенствования врачей, где тремя годами позже блестяще защитил кандидатскую диссертацию «Кровеносные сосуды седалищного нерва в норме, после перерезки, сшивания и трансплантации». Несколько последующих лет Юрий Евгеньевич посвятил разработке сложных вопросов регенерации стенки трахеи и бронхов, пластической хирургии трахеобронхиального дерева. Этой проблеме была посвящена его монография «Восстановительные операции на трахее и бронхах», выпущенная в 1964 году и защищенная в 1965 году докторская диссертация «Пластические операции на трахее и бронхах».

УВЛЕЧЕНИЕ ЛИМФОЛОГИЕЙ

Уже в этот период Юрий Евгеньевич начал серьезно заниматься изучением морфологии лимфатической системы. Чуть позже вышли две его монографии «Лимфатическая система головы и шеи» (1968), «Лимфатическая система грудной полости» (1970). Они были посвящены как системе лимфатических сосудов отдельных органов, так и путям транспорта лимфы, связующих организм в единое целое.

Научная деятельность Юрия Евгеньевича была плотно связана с практической – наряду с теоретическими вопросами морфологии лимфатического русла его интересовали прикладные аспекты лимфологии. В 1969 году предложенный им метод определения скорости лимфотока при помощи радиоактивного золота был зарегистрирован как изобретение. В это же время он внедряет в клиническую практику метод прямой чрезбронхиальной, чрезтрахеальной лимфангиографии региональных легочных лимфатических узлов.

МИКРОЛИМФОЛОГИЯ

К середине 70-х годов Юрий Евгеньевич начал заниматься изучением лимфомикроциркуляции, тогда это было новым научным направлением. По результатам этих исследований Юрий Евгеньевич выпустил монографию «Микролимфология» (1983), которую РАМН в 1985 году удостоил премии им. В. П. Воробьева. Эта работа по-новому представляет некоторые аспекты лимфодендрирования органов и тканей и выявляет малоизученные ранее элементы лимфоциркуляции.

А несколько раньше, в 1982 году, Юрий Евгеньевич Выренков получил почетное звание «Заслуженный деятель науки РСФСР» и был награжден двумя золотыми медалями ВДНХ.

ИЗОБРЕТЕНИЯ

Вокруг него постепенно формировался научный коллектив единомышленников, которые под руководством Юрия Евгеньевича не только проводили исследования, но и изобретали способы их клинического применения. Например, его коллектив разрабатывал спо-

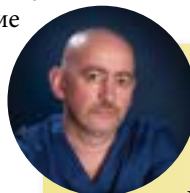


Мусаилов В.А., Выренков Ю.Е. и Макаров И.Г.

собы катетеризации лимфатического протока грудной области для детоксикации организма при болезнях печени, а также другие оперативные методы лимфокоррекции. В соавторской монографии «Лимфосорбция» (1982) была представлена новая эффективная техника лимфодендрирования грудного протока и отражены основные аспекты учения о детоксикации лимфы.

Также Юрий Евгеньевич вместе со своими учениками разработал различные оригинальные способы катетеризации и оперативного доступа к грудному лимфатическому потоку (ГЛП).

Итогом всех этих исследований стало создание аппарата АЛУС-2 «Новатор» – первого прибора для детоксикации лимфы с помощью специальных мембран. Он был запатентован не только в России, но и за рубежом.



Мусаилов Виталий Анатольевич, кандидат медицинских наук, профессор Российской академии естествознания, ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А. Вишневского» МО РФ:

Юрий Евгеньевич очень грамотный был, академик все-таки! Отзывчивый, помогал не только в научной деятельности, но и в решении личных вопросов, служебных вопросов. Генерировал идеи, которые мы воплощали, но он делал подсказки жизненные и по науке. С ним всегда было очень приятно пообщаться по любым вопросам: не только по научным, но и по жизненным.



Юрий Евгеньевич Выренков и Вячеслав Спиридонов на конференции «ЛИМФА-2013»

ОПЕРАТИВНАЯ ЛИМФОКОРРЕКЦИЯ

В 1984 году выходит монография «Эндолимфатическая антибиотикотерапия», созданная Юрием Евгеньевичем Выренковым в соавторстве с Р.Т. Панченковым и И.В. Яремой. Она обобщает научные исследования в области прямой управляемой эндолимфатической антибиотикотерапии (ПУЭАТ), которая являлась основой оперативных методов лимфо коррекции, и практические авторские разработки (например, новые методы катетериза-

ции периферических лимфатических сосудов).

Детально разработанная Юрием Евгеньевичем методика прямого введения в лимфатическое русло лекарственных препаратов (включая антибиотики) не только нашла широкое практическое применение, но и создала основу для дальнейших научных исследований в этой области.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ

Параллельно Юрий Евгеньевич работает в области микрохирургии, разра-

батывая новые методы лимфовенозного анастомоза, кожно-фасциальных лоскутов и другие. Эти исследования нашли свое отражение в монографии «Лимфовенозный анастомоз», опубликованной в 1986 году.

В 2001 г. была опубликована первая в России монография, посвященная клинической лимфологии сердца, которую Ю.Е. Выренков написал совместно с академиком РАМН Л.А. Бокерия. В этой работе впервые описана лимфатическая система сердца в норме и при различных патоло-

Харитонов Виталий Викторович, врач-хирург высшей категории, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела оперативной хирургии и клинической лимфологии Российской медицинской академии последипломного образования (г. Москва):

«Очень плохо, что Юрия Евгеньевича не стало, закрыли кафедру клинической лимфологии. Нет больше научно-методического, учебного центра, где проходили раньше все подготовки, где мы раньше все встречались. А я вообще там 5 лет проработал старшим научным сотрудником у него на кафедре. Сейчас этого ничего нет, он был последний, кто работал в отделе клинической лимфологии. Он ушел, и вообще никого там не осталось. А дело его живет! Я лечу, занимаюсь современными эндолимфатическими методами лечения. Я знаю, что и Вера Сергеевна Макарова тесно с ним сотрудничала, и Иван Макаров, и Вячеслав Спиридонов...»



Уртаев Бексолтан Махарбекович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой производственной и клинической трансфузиологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России:

«Я благодарен судьбе, что все сложилось так и мне удалось познакомиться с великим человеком нашего времени, великим ученым, одним из выдающихся клиницистов-лимфологов нашей страны. Когда я был в ординатуре, меня направили на кафедру оперативной хирургии и топографической анатомии РМАПО. Руководил ей как раз Юрий Евгеньевич Выренков. Это была, пожалуй, самая могущественная кафедра в то время в нашей стране, славилась большим выходом научной продукции. Кафедра имела свою хорошую экспериментальную базу, свои кабинеты для исследования: и рентгенологические, и современные микроскопические. И те исследования, которые там проводились, носили современный характер и были очень важны для всех отраслей медицины. Параллельно со мной на этой кафедре проводили экспериментальные исследования врачи и ученые со всех ведущих клиник не только Москвы, но всей нашей страны.

Когда мы отмечали Новый год на кафедре, нас было 150 человек. Это были ординаторы и аспиранты, причем и из стран СНГ, и из ближнего зарубежья, и из различных регионов России. Это был очень дружный коллектив. Мы всегда предлагали друг другу взаимопомощь, ассистировали, когда делали операции на животных, делали исследования, фотографии, слайды, тезисы вместе печатали. В общем, у нас там были созданы все условия для того, чтобы мы проводили наши эксперименты и получали необходимый материал, который мы потом использовали и в докладах, и в наших научных тезисах, статьях. А потом это, конечно, уже формировалось в диссертацию.

Я был тогда молодой, начинающий врач-хирург. И я обратил внимание тогда на Юрия Евгеньевича, потому что у

него был большой потенциал, его мысли опережали время, создавая будущее нашей науки. Он был очень обаятельным, очень интеллигентным человеком с хорошей родословной, такой аристократической, очень доброжелательный, и такая в нем всегда присутствовала доброжелательность и внимание к собеседнику. Это поразительный человек, который хотел передать вам теплую свою энергетику. Он чувствовал, что это у него есть, и он хотел еще поделиться этим. Я уже не говорю о тех знаниях, которые у него были. Он был человек очень просвещенный. Какой бы раздел вы ни затронули (не только медицины), вы всегда находили в нем достойного собеседника. То есть он разбирался и в живописи, и в спорте, очень был осведомлен и в политике, его волновали и современные вопросы, которые происходили у нас в стране. Очень был настроен всегда положительно, когда происходили хорошие движения в стране, обладал большим патриотизмом. Это чувство патриотизма он тоже старался ученикам своим передавать. То есть он считал, что если приоритетно у нас в России какое-либо направление, то это наше российское, мы должны более возвышенно его нести и дальше. Очень хорошо относился к своим ученикам, подопечным. И сделал из этих учеников сначала кандидатов наук, потом докторов наук, они переходили в сферу практического здравоохранения, они начинали руководить кафедрами, начинали занимать высокие административные посты в правительстве... Конечно, практически не было человека в стране среди медиков, который не знал бы имя Юрия Евгеньевича Выренкова, и также каждый тепло о нем отзывался. У каждого осталась в душе та теплота, которую он нес в себе по жизни.»



Вторенко Владимир Иванович, доктор медицинских наук, профессор, член редакционного совета «Московского хирургического журнала», главный врач городской клинической больницы № 52 СЗАО г. Москвы:



« Я работал с Юрием Евгеньевичем с 1981 года, пришел к нему старшим лаборантом и, в принципе, за этот период времени до 1997 года я был сотрудником кафедры. Я там писал кандидатскую, докторскую диссертацию. Наверно, это один из самых приятных и позитивных периодов в работе, потому что тот коллектив, которым Юрий Евгеньевич руководил тогда, был охвачен тем, что сейчас называется командным духом, командной работой. Фактически мы в этот период времени под руководством Юрия Евгеньевича с очень активным участием Ивана Васильевича Ярёмы, который тогда руководил кафедрой хирургии и сейчас руководит, провели такие масштабные клиничко-экспериментальные исследования, которые заставляли заново пересмотреть очень много позиций по оптимизации и интенсификации антибактериальной терапии и других видов лекарственной терапии. Тем более что они, как правило, не сопровождалась каким-то серьезным удорожанием проекта, а в основном исходили из логики предшествующих клиничко-экспериментальных, физиологических исследований. Вы знаете, очень такой счастливый период, потому что нам удалось создать очень серьезное на том момент направление в диагностике, особенно в лечении. Более того, за тот короткий промежуток времени с 1984 по 1985 годы мы создали курс клинической лимфологии при кафедре, я им руководил. Мы начали собирать большие аудитории в Москве для тематического усовершенствования врачей. Плюс ко всему была целая цепь выездных циклов на Украину, Узбекистан, Казахстан, по городам РФ. И особенно метод эндолимфатического введения лекарственных

веществ завоевал колоссальную популярность в силу его низкой экономической стоимости и высокой клинической эффективности. Плюс ко всему, наверно, вот эти результаты клинические, которые мы получили, они очень серьезно заставили нас продвигаться в понимании физиологии, в понимании патогенеза развития. Понимаете, это действительно очень красивое, такое прорывное, интересное направление. В дальнейшем изменялись экономические условия, другие условия, часть людей ушла из этого в силу естественных причин, и в настоящий момент, к сожалению, эти методики не так широко используются, как хотелось бы. Юрий Евгеньевич в этом плане был очень мудрым человеком. Редко помню, чтобы были какие-то отрицательные эмоциональные отношения, он давал возможность абсолютно самостоятельно работать. И, наверно, вот это явилось основным удовольствием, потому что тебе доверяли участок работы, и дальше по прошествии времени ты мог сказать вот это, вот это, вот это. Если не так, ты мог прийти посоветоваться, это нормально, посидеть, подумать, но, во всяком случае, вот эти годы были периодом очень комфортной работы. В принципе, это уход очень крупного человека и уход какой-то эпохи, которая была связана с лидерством советской школы именно в этом направлении. Я с очень большим сожалением, естественно, воспринял это известие. Я считаю, что ушел действительно очень крупный, своеобразный по своей манере мышления, по расположенности к людям, по оценкам многих, человек. »

гиях. Эта монография получила высокую оценку со стороны практикующих лимфологов различного профиля, сердечно-сосудистых хирургов и врачей-кардиологов.

ОСНОВАТЕЛЬ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ЛИМФОЛОГИИ

Благодаря собственным научным работам и научным работам своих учеников Юрию Евгеньевичу удалось внедрить практически все результаты, полученные в ходе многолетних исследований морфологии лимфатической системы в клиническую врачебную практику. Таким образом, Юрий Евгеньевич являлся безусловным родоначальником клинической лимфологии в России.

Научная деятельность Ю.Е. Выренкова чрезвычайно плодотворна. Им опубликовано более 500 научных работ, написано 19 монографий, зарегистрировано 12 изобретений.

Кроме того, Юрий Евгеньевич Вырен-

ков – талантливый педагог, который за многие годы своей работы внес весомый вклад в дело повышения квалификации дипломированных врачей-хирургов. Он написал ряд учебных пособий по разным аспектам оперативной хирургии и клинической лимфологии. Свой первый тематический курс Юрий Евгеньевич провел еще в 1969 году, и с тех пор целые поколения специалистов с гордостью называют его своим учителем. Под его руководством выросли 32 доктора и 65 кандидатов медицинских наук, которые успешно трудятся в практическом здравоохранении, в научных подразделениях, институтах, на руководящих постах. Ученики Юрия Евгеньевича работают не только в России, но и во многих странах бывшего Советского Союза (на Украине, в Беларуси, Узбекистане, Казахстане, Грузии и других).

Таким образом, Юрий Евгеньевич внес огромный



вклад в развитие отечественной науки и стал несомненно родоначальником такого направления медицины, как клиническая лимфология. Именно за успешные исследования в этом направлении Юрий Евгеньевич Выренков был награжден золотой медалью Ассоциации лимфологов имени Гаспаре Азелли.

Шишло Владимир Константинович, кандидат медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник отдела клинической лимфологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования МЗ РФ:



« Мы с Юрием Евгеньевичем, можно сказать, вместе являлись организаторами общества лимфологов. Это общество лимфологов позволило воспитать целую плеяду молодых людей, которые и сейчас занимаются такими проблемами. Это, наверно, одно из главных, что после себя оставил Юрий Евгеньевич, – большое количество учеников. Для того чтобы эти ученики получали приличные знания, Юрием Евгеньевичем и мною были написаны монографии, которые касались клинической лимфологии. По этим учебникам, точнее по этим монографиям, по крайней мере длительный период времени эти врачи могли познать все нюансы лимфологических проблем. »

Редакция журнала «ЛИМФНА» приносит свои соболезнования родственникам, друзьям и коллегам Юрия Евгеньевича Выренкова. Мы надеемся, что дело его будет продолжено его многочисленными учениками. Таким образом, имя нашего выдающегося ученого будет увековечено в истории науки.

В статье использованы материалы журнала «Вестник лимфологии» №3.2009

ЛИМФОЛОГИЯ СЕГОДНЯ | ИССЛЕДОВАНИЯ | НОВОСТИ

ЛИМФНА

НОМЕР 3 | ИЮЛЬ 2017



ТЕЙПИРОВАНИЕ В ЛИМФОЛОГИИ



ЛИМФОЛОГИЯ В ЛИЦАХ

Лимфология Узбекистана



ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

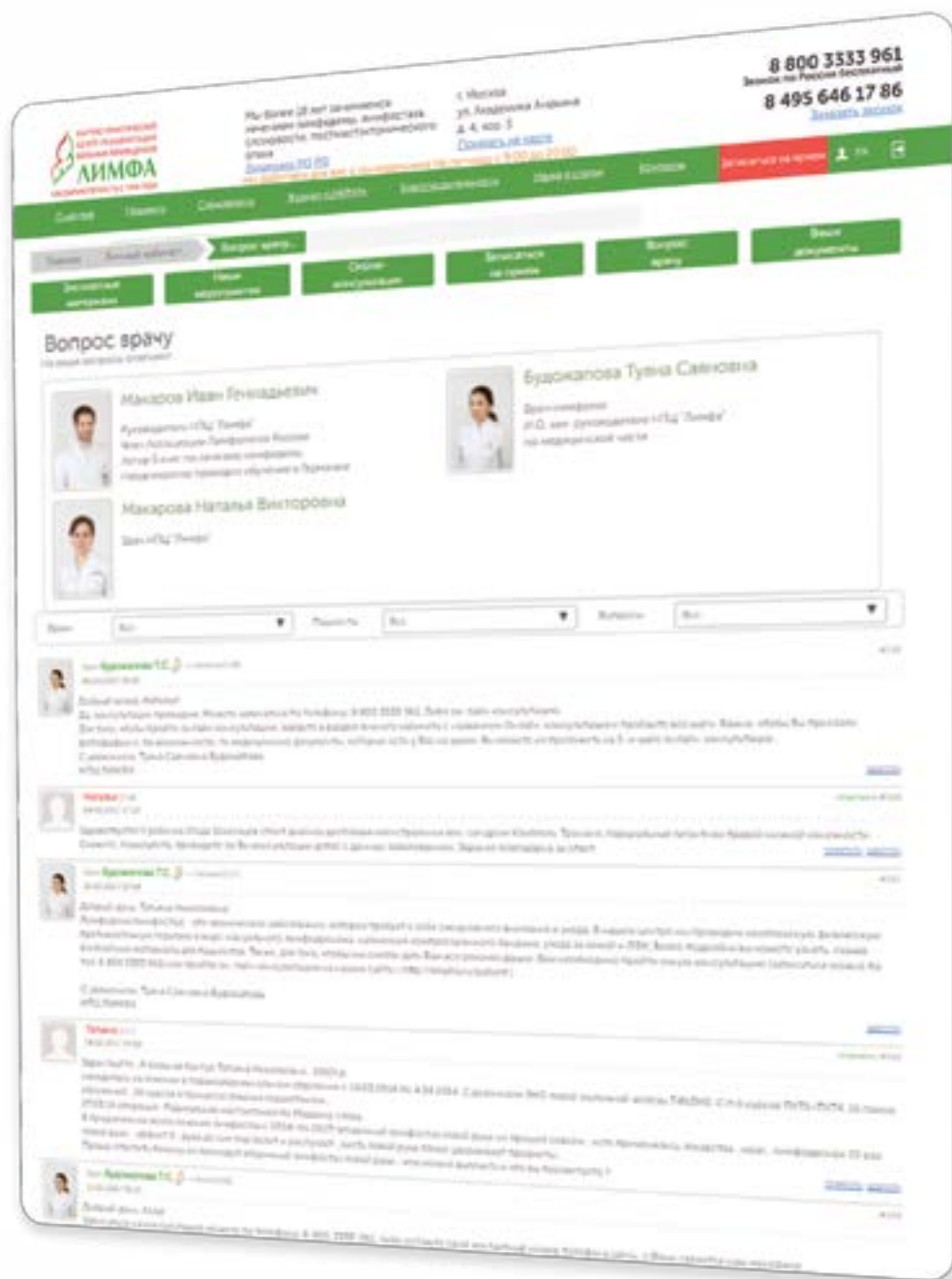
Синдром Клиппеля-Треноне-Вебера



КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

Лимфангиосаркома
-самое страшное осложнение лимфедемы

ЗАДАЙТЕ ВОПРОС ВРАЧУ-ЛИМФОЛОГУ



В «Личном кабинете» любой зарегистрировавшийся пользователь может **задать вопрос врачу-лимфологу всего лишь за один клик!**

И получить оперативный ответ на свою почту.

Заходите на сайт www.limpha.ru!

