

ASSOCIAZIONE NAZIONALE  
SPECIALISTI IN MEDICINA DELLO SPORT  
DELL'UNIVERSITÀ "G. D'ANNUNZIO"

НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СПОРТИВНОЙ  
МЕДИЦИНЕ УНИВЕРСИТЕТА «Г. Д'АННУНЦИО»

ANNO 2007

XXIII CONGRESSO NAZIONALE

2007 ГОД XXIII НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

# ATTIVITÀ FISICO-SPORTIVA: LE DIMENSIONI DEL RISCHIO

СПОРТИВНО-ФИЗИЧЕСКАЯ  
ПОДГОТОВКА  
ОБЪЕМЫ РИСКА

В сотрудничестве с Межуниверситетским Институтом миологии

Università "G. d'Annunzio"  
Auditorium Nuovo Rettorato  
Via dei Vestini  
Chieti Scalo

16-18 ИЮНЯ 2007 ГОДА

Университет «Г. Д'Аннунцио» Новая Аудитория  
ВИА ДЕЙ ВЕСТИНИ КЪЕТИ СКАЛО

ИТОГОВАЯ ПРОГРАММА И ОТЧЕТЫ  
Programma finale e Riassunti

## ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОЙ ЛИМФЕДЕМЫ ПУТЕМ ВИБРАЦИОННОГО ЛИМФОДРЕНАЖА ENDOSPHERES

Р.Саджини, Л.Ди Панкратио, П.Иодиче, Р.Г.Белломо

Кафедра физической и восстановительной медицины, Университетский Центр спортивной медицины, Университет «Г. Д'Аннунцио», Кьети-Пескара

В настоящее время по-прежнему трудно получить четкое представление о распространении лимфедемы в мире, вследствие постоянных затруднений со своевременной постановкой правильного диагноза во всех случаях. Эпидемиологические исследования показывают, что лимфедема широко распространена во многих странах мира, без серьезных различий в ее клинических проявлениях: треть населения мира страдает отеками, из которых наиболее серьезной является лимфедема: сто сорок миллионов случаев. Большинство из них паразитарного типа (сорок пять миллионов случаев), остальные случаи делятся на вторичные послеоперационные и посттравматические лимфедемы (двадцать пять миллионов) и первичные лимфедемы (от пяти до двадцати миллионов случаев) (ВОЗ, 1984; Филлер, 1997-98; Касли-Смит, 1985).

Несмотря на то, что этиология первичной и вторичной лимфедемы отличается, клиническая картина и характерный внешний вид заболевания часто схожи (Гловицки, 1995). Анамнез исключает наличие базовой патологии (болезнь сердца, нефрологии...) и уточняет время, характер возникновения и динамику развития отека. Пациента с лимфедемой следует осматривать в положении стоя и лежа на спине. При осмотре необходимо оценить состояние кожных покровов, распределение отека, наличие спонтанной или вызванной пальпацией боли,

акцентуация кожных складок, наличие лимфатического дренажа жидкости, наличие варикозного расширения вен или лимфатического варикоза, увеличение лимфатических узлов, лимфангит или признаки присутствия других дерматологические активных или прошлых травм. При пальпации оценивается наличие спонтанной боли или боли, вызванной пальпацией, консистенция отека; исследуется наличие точечного отека, симптома Stemмера, производится измерение конечности. Важно также определить характер обследуемых лимфатических узлов и оценить вес и рост пациента.

Среди различных классификаций, используемых до настоящего времени, авторы выделили оперативную клинко-анатомо-функциональную классификацию Донини, в модификации 1992 года, которая выделяет в развитии лимфедемы 5 клинических этапов, и модифицированную квалификацию Баттедзатти, которая добавляет к первой этиопатогенетическое измерение, деля лимфедемы на основе анатомического или функционального повреждения лимфатической системы при нарушениях собирательной функции, заболеваниях, вызванных нарушениями лимфогенеза, и заболеваниях смешанного этиопатогенеза.

На сегодняшний день, лечение лимфедемы посттравматического типа предусматривает, помимо ручного и пневматического эластичного сжатия, также сокращение отека фасциальными методами.

Инновационный подход системы вибрационного лимфодренажа «Endospheres» показал отличные результаты у пациентов с лимфедемой вторичного типа, которых мы разделили, на основании вышеупомянутой классификации, на три группы: 9 пациентов группы А женского пола в возрасте от 35 до 54 лет, отек которых классифицирован как относящийся ко второй стадии; 7 пациентов группы В, в возрасте от 38 до 60 лет, классифицированных как третья стадия; и 4 пациентов группы С в возрасте от 40 до 70 лет, классифицированных как четвертая стадия. Все пациенты были оценены клинически и по визуальной аналоговой шкале VAS, им была сделана доплерография, УЗИ мягких тканей, при необходимости лимфосцинтиграфия. В некоторых случаях сделаны КТ и МРТ.

Пациенты группы А, с лимфедемой второй стадии, жаловались на гнетущую боль, проходящую при абсолютном покое и частично ночью, VAS 6,8; Они не сообщали о предшествующем лимфангите, а функциональность конечности, по мнению пациентов, была только частично нарушена. У пациентов этой группы отек мягкий, кожа сохраняет частичную эластичность, симптом Stemмера положительный, разница в размерах с противоположной здоровой конечностью около 4 см.

Пациенты группы В, с лимфедемой третьей стадии, жаловались на постоянные боли, которые не отступают во время ночного отдыха, VAS 9-10; в анамнезе многочисленные эпизоды лимфангита, снижение функции конечностей, трудности при стоянии и при ходьбе. Их отек твердый, разница нагрузки с противоположной здоровой конечностью составила в среднем 5-7 см в диаметре, симптом Stemмера положительный; пахидермия с наружной стороны конечности.

Пациенты группы С, с лимфедемой четвертой стадии, предъявляли жалобы на значительное ухудшение качества жизни, многочисленные эпизоды лимфангита с уменьшением свободного интервала, функциональную неспособность двигаться даже с посторонней помощью, боль, не отступающую во время ночного отдыха, VAS 9-10. Их отек твердый, разница нагрузки с противоположной здоровой конечностью составила в среднем 8 см в диаметре, кожа потеряла свою эластичность, симптом Стеммера отрицательный, рассеянный пахидермит с «апельсиновой коркой».

Для лечения группы А применялась неупругая перевязка, 2 сеанса в неделю в течение 24 недель вибрационного лимфодренажа Endospheres и реабилитация в воде 2 раза в неделю с третьего по шестой месяц лечения.

Лечение групп В и С велось с целью прервать рефлекторную висцеро-мышечную дугу, с 3-мя анестезирующими инфильтрациями, по одной в неделю в течение 3 недель, компрессия эластичным бинтом с 36 по 58 мм рт.ст., фармакотерапия и 2 еженедельных сеанса в течение 24 недель вибрационного лимфодренажа Endospheres.

Результаты реабилитационного протокола группы А являются оптимальными в отношении болевых симптомов, VAS была снижена до  $\pm 3$  у всех пациентов после 8 сеансов и в конце лечения VAS была снижена до 1-го балла у 5 больных, остальные сохранили VAS на уровне 3-х баллов. Что касается функционирования и мышечной силы, реабилитация в воде позволила добиться отличных результатов.

Результаты реабилитационного протокола групп В и С, безусловно, должны быть признаны оптимальными в отношении субъективной оценки боли, которая снизилась до 3-х баллов после 18-20 сеансов в группе В, а в группе С была снижена до 3-х баллов после 24 сессий. Состояние всех пациентов во время ночного сна улучшилось, и только у 3-х пациентов на 24-й неделе наблюдались эпизоды лимфангита. В конце лечения, показатель VAS групп В и С сохранился на уровне от 3 до 5 баллов даже после возобновления обычной повседневной деятельности. Что касается функциональности, полученные результаты можно считать превосходными, при том, что они достигнуты с помощью чистого восстановления размера в сантиметрах по отношению к здоровой конечности. Группа В: разница в размерах с противоположной здоровой конечностью (Т0) уменьшилась с 5-7 см до 3-5 см (в конце терапии). Группа С: разница в размерах с противоположной здоровой конечностью (Т0) уменьшилась с 8 см до 6 см (в конце терапии).

УЗИ мягких тканей показало значительное снижение толщины подкожных тканей у всех пациентов.

## **Выводы**

В заключение, исходя из полученных результатов можно утверждать, что метод вибрационного лимфодренажа является основополагающим при построении программы реабилитации хронической твердой лимфедемы и является исключительно удобным инструментом для терапевта, который практикует лимфодренаж. Мы применили вибрационный лимфодренаж типа Endospheres на пациентах с вторичной твердой лимфедемой только после проверки методики лечения и более ранних результатов, полученных при лечении простого септального панникулита и узловатой эритемы.