

4. Дети с врождёнными аномалиями развития мочевой системы в 60% родились доношенными от 1 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания беременности, ОРВИ и стресса в первом триместре

5. Течение гидронефроза подковообразной почки в 85% случаев бессимптомное.

6. Гидронефротическая трансформация подковообразной почки, вызванная аномальными сосудами, протекала в 67% бессимптомно.

7. Оперативная коррекция гидронефроза подковообразной почки выполнялась преимущественно путем лапароскопической пиелопластики.

### **СПИСОК ИСТОЧНИКОВ**

1. Лекции по детской хирургии: Учебное пособие / под ред. проф. В.В. Подкаменева – М.: Медицинская книга. –2010. – С. 275-281.

2. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. А. Ю. Разумовского. – 2-е изд., перераб. и доп.- Москва: ГЭОТАР-Медиа. – 2021. – С. 560-561.

3. Соловьев, А. Е., Шевелев Т. С., Кульчицкий О. А. Хирургия подковообразных почек в детском возрасте: учебное пособие – Москва: ГЭОТАР-Медиа. – 2021. – С. 4-37.

4. Чугунова, О. Л. Современные представления о врожденных и наследственно-обусловленных заболеваниях почек у детей // Московская медицина. – 2017. – № S2. – С. 108-109.

5. Анализ частоты и характера врожденной патологии почек у детей по данным постнатального ультразвукового скрининга / Аверьянова Н. И., Долотказина Е. В., Ширинкин А. В. и др. // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 6. – С. 4-7.

6. Здравоохранение в России 2019: Стат. сб. / Федеральная служба государственной статистики. Росстат. – М. – 2019. – С. 29-107.

### **Сведения об авторах**

М.В. Пospelov – студент

С.А. Мельникова – кандидат медицинских наук

### **Information about the authors**

M.V. Pospelov – student

S.A. Melnikova – Candidate of Medical Sciences

УДК: 616.423

### **ВТОРИЧНАЯ ЛИМФЕДЕМА НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ II СТЕПЕНИ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

Приезжева Елена Сергеевна<sup>1</sup>, Коробова Наталья Юрьевна<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Екатеринбург, Россия

<sup>1</sup>elena\_priezjeva@mail.ru

### **Аннотация**

**Введение.** Более 300 млн. людей страдают от лимфатических отеков. Лимфедема - прогрессирующее заболевание, которое при отсутствии

адекватной терапии может привести к инвалидизации больного. **Цель исследования** – описание клинического случая пациентки с вторичной лимфедемой левой нижней конечности II степени. **Материалы и методы.** Представлены данные ЗАО «Центр Флебологии» г. Екатеринбург. Протокол исследования включал данные анамнеза жизни и заболевания, лабораторно-инструментальных методов обследования, исследование локального статуса. **Результаты.** У пациентки в постоперационном периоде после экстирпации по поводу онкологии и последующим курсом химиотерапии была обнаружена лимфедема нижних конечностей. Самостоятельное лечение оказалось неэффективным, венотонирующие препараты и чулки II класса компрессии, назначенные в последующем врачом-хирургом, показали свою эффективность, однако заболевание продолжало прогрессировать. После перехода отёка за счёт лимфатической жидкости с области стопы и голени на бедро было принято решение перевести пациентку на комплексную физикальную противоотечную терапию. **Обсуждение.** Посчитаны объёмы разных частей нижней конечности до и после терапии. В интенсивную фазу терапии удалось добиться снижения объёма на левой нижней конечности на 14,3%. **Выводы.** Использование комплексной противоотечной терапии при лимфедеме нижних конечностей II степени после радикального лечения рака тела матки позволяет достоверно снизить прогрессирование лимфостаза, добиться ремиссии заболевания и, как следствие, снизить развитие инвалидности среди пациентов группы риска. **Ключевые слова:** лимфедема, лимфостаз, компрессионный трикотаж, комплексная противоотечная терапия, КПТ.

## **SECONDARY LYMPHEDEMA OF THE LOWER LIMB OF THE II DEGREE: DESCRIPTION OF A CLINICAL CASE**

Priezzheva Elena Sergeevna<sup>1</sup>, Korobova Natalya Yuryevna<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Ural State Medical University, Ministry of Health of Russia, Yekaterinburg, Russia

<sup>1</sup>elena\_priezjeva@mail.ru

### **Abstract**

**Introduction.** More than 300 million people suffer from respiratory edema. Lymphedema is a progressive disease that, in the absence of adequate therapy, can lead to disability of the patient. Purpose of the study. Description of the clinical examination of patients with secondary lymphedema of the left lower limb, II degree. **The aim of the study** – description of the clinical examination of patients with secondary lymphedema of the left lower limb, II degree. **Materials and methods.** The article presents data from the Center for Phlebology, Yekaterinburg. The study protocol included: data on anamnesis of life and disease, a study of the local status, data from laboratory and instrumental methods. **Results.** Patients in the postoperative period after nerve-sparing extended extirpation of the uterus with appendages due to oncology and a subsequent course of chemotherapy were found to have progressive lymphedema of the extremities. Self-treatment with a compression knitted-ineffective, venotonic preparation and class II compression stockings, carried out by a subsequent surgeon, measure their effectiveness, but continue to progress. After the transition of edema due to the circulation in the area of the foot and lower leg to the

thigh, it was decided to transfer the patient to complex decongestive therapy. **Discussion.** The volumes of various parts of the lower extremities were calculated in the search before and after therapy to assess the dynamics of progress. In the intensive phase of the therapy, the efficiency of tuning the left lower limb was generally 10.2%. **Conclusions.** The use of therapy in case of lymphedema of the extremities of the II degree after the rise of uterine cancer can reduce the progression of lymphostasis and, as a result, reduce the development of disability among patients at risk of developing a group of diseases.

**Key words:** lymphedema, lymphostasis, compression hosiery, complex decongestive therapy, CDT.

## **ВВЕДЕНИЕ**

Лимфедема представляет собой проявление недостаточности лимфатической системы и нарушенного транспорта лимфы. Некоторые участники международного общества лимфологов согласно последней редакции 2020 года консенсусного документа 1995 года по оценке и лечению периферической лимфедемы предпочитают определять периферическую лимфедему как симптом или признак, возникающий в результате основного лимфатического заболевания [1]. В настоящее время по данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) более 300 млн. людей страдают от лимфатических отеков различной этиологии. В Российской Федерации (РФ) статистика пациентов с лимфедемой не ведётся, но опираясь на данные ВОЗ Ассоциация лимфологов РФ полагает, что число больных лимфедемой в нашей стране составляет порядка 10 млн. человек [2].

Лимфедема прогрессирующее заболевание, которое при отсутствии терапии может привести к полной инвалидизации больного. Прогессирующее течение заболевания оказывает влияние на качество жизни и трудоспособность пациентов — от эстетических проблем до стойкой потери трудоспособности при декомпенсированных формах. В России на момент написания статьи нет единых стандартов по ведению пациентов с периферической лимфедемой, в следствие чего возникает явная необходимость обмена опытом между специалистами по лечению пациентов, страдающих лимфедемой.

**Цель исследования** — описание клинического случая пациентки с вторичной лимфедемой левой нижней конечности II степени с оценкой клинико-лабораторной картины заболевания.

## **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

В статье представлены данные ЗАО «Центр Флебологии» г. Екатеринбург. Протокол исследования включал: данные анамнеза жизни и заболевания, исследование локального статуса в динамике, данные лабораторно-инструментальных методов обследования.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ**

Пациентка, 1959 года рождения, пенсионерка. С ноября 2019 года жалобы на отёчность левой нижней конечности, эстетический дискомфорт. По мере прогрессирования отёчности жалобы на болезненность не появлялись.

## **Анамнез заболевания.**

Считает себя больной в течение двух лет, когда впервые в ноябре 2019 года появилась отёчность левой нижней конечности, локализованная в области тыла стопы. Связывает состояние с операцией - нервосберегающей расширенной экстирпацией матки с придатками от 25.04.2019 с последующим курсом полихимиотерапии. Отечность носила постоянный прогрессирующий характер и к февралю 2020 года отек доходил уже до голени. По поводу отека левой нижней конечности, самостоятельно носила гольф – без эффекта.

19.02.2020 г. прошла консультацию врача-хирурга флеболога в ЗАО «Центр Флебологии» г. Екатеринбург, где был поставлен диагноз «Вторичная лимфедема левой нижней конечности II ст.» и назначена терапия – активный режим, диета стандартная, ношение компрессионного трикотажа, чулков II класса компрессии плоской вязки, диосмин по 1 таблетке 600мг 1 раз в день утром натощак за 30 минут до еды (схема приёма: от 1,5 до 2 месяцев, курсами 2 раза в год), гель в тубе с гепарином натрия, декспантенолом и троксерутин 2 раза в день утром и вечером в течение 2 недель с нанесением на отёчную область. Предшествующее лечение по поводу варикозной болезни не проводилось. Тромбозов, тромбозов в анамнезе не было.

В ходе терапии прослеживался незначительный положительный терапевтический эффект. Однако отек продолжал прогрессировать и в январе 2022 года перешёл на бедро. С февраля 2022 года пациентке была назначена комплексная противоотечная терапия (complex decongestive therapy) - КПТ, включающая в себя мануальный лимфодренаж, прерывистый пневмокомпрессионный бандаж на левой нижней конечности, уход за кожей для профилактики рожистого воспаления и лечебные физические упражнения.

**Лабораторные и инструментальные методы исследования.** В ходе ультразвукового исследования (УЗИ) вен нижних конечностей от 19.02.2020 выявлены УЗ-признаки отека мягких тканей на левой нижней конечности в проекции голени на всех уровнях, повышение эхогенности подкожной клетчатки на уровне бедра и голени — признаки лимфедемы левой нижней конечности. На момент исследования тромботических масс в обследованных поверхностных и глубоких венах нижних конечностей не выявлено. На момент исследования ультразвуковых признаков патологии магистральных подкожных и глубоких вен нижних конечностей не выявлено.

На магнитно-резонансной томографии органов малого таза от 18.01.2022, выполненной на аппарате GE Optima MR 450w GEM видны изменения в области крестцово-подвздошных суставов: медиальный стресс-перелом подвздошной кости справа, стресс-перелом латеральной массы крестца слева, склеротический очаг в теле левой подвздошной кости слева, прилегающий к краю суставной поверхности крестцово-подвздошного сустава, размерами до 14x11 мм, склеротический очаг по передненижнему краю тела L5. Также отмечается выраженная жировая конверсия костного мозга.

В общем анализе крови, гемостазиограмме и по основным показателям биохимическом анализе крови отклонений от нормальных значений не было выявлено: АЛТ 16,5 Ед/л, АСТ 16,7 Ед/л, ЩФ 100 МЕ/л, СРБ 2,60 мг/л, альфа-амилаза 51,9 МЕ/л, билирубин общий 4,6 мкмоль/л, мочевины 8,2 ммоль/л,

креатинин 80 мкмоль/л, глюкоза 4,78 ммоль/л. При исследовании липидного спектра крови были выявлены повышение уровня триглицеридов крови (2,39 ммоль/л), общего холестерина (7,9 ммоль/л), холестерина липопротеинов низкой и высокой плотности (4,5 ммоль/л и 2,15 ммоль/л соответственно), что свидетельствует о наличии дислипидемического заболевания и необходимости дальнейшей консультации у врача-липидолога.

При определении натрийуретического пептида В (BNP) определяемый уровень не превышал 10 пг/мл, что свидетельствует о малой вероятности развития отёка на фоне сердечной недостаточности и подтверждает верность поставленного диагноза.

**Локальный статус.** Кожные покровы левой нижней конечности чистые, бледные с розовым оттенком. Тургор сохранён, влажность умеренная. Левая нижняя конечность увеличена в объёме за счёт отека мягких тканей. Прослеживается изменение физиологического контура левой нижней конечности – сглажен контур голеностопного и коленного суставов. Региональные лимфоузлы не были увеличены, подвижные, безболезненные при пальпации. При осмотре нижних конечностей пальпаторно болезненности, уплотнений по ходу вен не было выявлено. Нарушений чувствительности в области левой нижней конечности не прослеживалось. Симптом Stemмера положительный слева.

**Диагноз.** Основное заболевание: Злокачественное новообразование тела матки. T4N1M0R0, Стадия IIIС. Невосберегающая расширенная экстирпация матки с придатками от 25.04.2019, 6 курсов полихимиотерапии. Осложнения основного заболевания: Постлучевой кольпит, послеоперационный цистит. Вторичная лимфедема левой нижней конечности II ст. по М. Foeldi. Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь II степени, риск 4. Сердечная недостаточность I функциональный класс по NYHA. Дислипидемия. Ожирение II степени, риск 4. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки вне обострения.

**Лечение.** Была проведена следующая терапия: мануальный лимфодренаж №14, компрессионная прескотерапия и прерывистый пневмокомпрессионный бандаж на левой нижней конечности №14, а также уход за кожей, регулярная лечебная физкультура. С течением терапии отмечалось улучшение общего самочувствия, уменьшение деформации контура левой нижней конечности, увеличение амплитуды движения в коленных и голеностопных суставах левой нижней конечности. В зоне отека положительная динамика в виде размягчения фиброза, уменьшения отека левой нижней конечности от 3,0 до 9,5 см. После курса лечения следовала подборка компрессионного трикотажа круглой вязки 3 класса компрессии, изготовленного по индивидуальным меркам.

### **ОБСУЖДЕНИЕ**

В сравнении со здоровой правой нижней конечностью, окружность левой стопы в начале терапии была увеличена на 18,6%, к 14 дню мануального лимфодренажа и пневмокомпрессионного бандажирования разница была отрицательной - окружность стопы левой нижней конечности была на 7,0% меньше (20,0 см), чем здоровой правой (21,5 см). Окружность левой голени в

нижнем замере (НЗ) в начале терапии была увеличена на 30,4%, в среднем замере (СЗ) на 24,3%, в верхнем замере (ВЗ) на 18,4%; к 14 дню КПТ разница размеров голени составляла НЗ 8,7% (на 21,7% меньше, 25 см), СЗ 7,5% (на 16,8% меньше, 40 см), ВЗ 6,7% (на 11,7% меньше, 40 см). Окружность левого бедра НЗ в начале терапии была увеличена на 13,1%, в СЗ на 6,3%, в ВЗ на 11,3%; к 14 дню КПТ разница размеров бедра составляла НЗ 4,3% (на 8,8% меньше, 47,5 см), СЗ 1,8% (на 4,5% меньше, 55,5 см), ВЗ 1,6% (на 9,7% меньше, 60,5 см) (Табл. 1).

Таблица 1

Замеры левой нижней конечности в рамках КПТ, см

Дата	Массаж	Бандаж	Стопа	Н/З голени	С/З голени	В/З голени	Н/З бедра	С/З бедра	В/З бедра	АД, мм.рт.ст.
1.02	+	+	25,5	30,0	45,5	46,0	52,0	59,0	69,0	143/73 76
2.02	+	+	24,5	29,5	44,5	45,0	52,0	58,0	67,0	144/70 72
3.02	+	+	24,5	29,0	42,5	45,0	49,0	57,0	65,0	140/70 76
4.02	+	+	25,0	29,0	43,0	45,0	49,0	57,0	65,0	137/75 72
5.02	+	+	25,0	30,0	45,5	46,0	49,0	57,0	65,0	156/76 68
6.02	+	+	25,0	29,0	43,5	46,5	48,5	57,0	64,0	147/77 70
7.02	+	+	24,5	28,5	43,3	46,0	48,0	56,4	63,5	140/70 64
8.02	+	+	24,5	28,5	43,0	46,0	48,0	56,0	63,5	155/75 76
9.02	+	+	23,5	29,0	43,5	45,0	48,0	57,0	63,5	152/77 75
10.02	+	+	23,5	29,0	42,0	42,5	48,0	56,5	61,0	140/77 76
14.02	+	+	23,0	28,7	43,0	42,5	47,5	55,5	60,5	140/70 76
17.02	+	+	22,0	27,0	42,0	41,5	47,5	55,5	60,5	152/77 75
19.02	+	+	21,0	26,0	41,0	41,0	47,5	55,5	60,5	140/77 76
21.02	+	+	20	25	40	40	47,5	55,5	60,5	144/71 72

Используя формулу для расчета объема усеченного конуса, были посчитаны объемы разных частей нижней конечности в сравнении до и после КПТ для оценки динамики прогресса. В интенсивную фазу КПТ удалось добиться снижения объема на левой нижней конечности в целом на 14,3% от исходного уровня (Табл. 2).

Таблица 2

Динамика изменения объемов левой нижней конечности.

Часть тела	Объем до начала КПТ	Объем после 14 сеансов КПТ	Разница объемов
Стопа, левая	386,5 мл	286,5 мл	100,0 мл
Голень, левая	4554,4 мл	3378,3 мл	1176,1 мл
Бедро, левая	11154,9 мл	10134,9 мл	1020,0 мл
<b>Сумма</b>	<b>16095,8 мл</b>	<b>13799,7 мл</b>	<b>2296,1 мл</b>

**ВЫВОДЫ**

Использование КФПТ при лимфедеме нижних конечностей II степени после радикального лечения рака тела матки позволяет: (1) достоверно снизить прогрессирование лимфостаза, (2) добиться стойкой ремиссии заболевания, (3) снизить риск развития инвалидности среди пациентов группы риска.

**СПИСОК ИСТОЧНИКОВ**

1. Executive Committee of the International Society of Lymphology. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema / Consensus Document of the International Society of Lymphology. Lymphology. – 2020; 53(1): 3-19.
2. Юдин В. А., Савкин И. Д. Лечение лимфедемы конечностей // Российский медико-биологический вестник. – 2015. –Т.23 № 4. – С. 145-153.

### Сведения об авторах

Е.С. Приезжева — студентка 4 курса Уральского государственного медицинского университета

Н.Ю. Коробова — кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней, сердечно-сосудистой хирургии, реконструктивной и пластической хирургии Уральского государственного медицинского университета

### Information about the authors

E.S. Priezzheva — 4th year student of the Ural State Medical University

N.Yu. Korobova — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Surgical Diseases, Cardiovascular Surgery, Reconstructive and Plastic Surgery, Ural Medical University

УДК: 617.55

### ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Антон Григорьевич Рамков<sup>1</sup>, Николай Анатольевич Приходько<sup>2</sup> Жидков Алексей Сергеевич<sup>3</sup>

<sup>1-3</sup>Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Беларусь

<sup>1</sup>anton.ramkov@gmail.com

### Аннотация

**Введение.** За последние несколько лет значительно изменилась структура острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, методы обследования и лечебная тактика, что позволило улучшить результаты лечения и снизить летальность. Тем не менее, трудности диагностики атеросклеротического поражения мезентериальных артерий обуславливают актуальность данной патологии в абдоминальной хирургии. **Цель исследования** – провести ретроспективный анализ случаев летального исхода среди пациентов с атеросклеротическим поражением мезентериальных артерий. **Материалы и методы.** Отобраны медицинские карты 29 пациентов, находившихся на стационарном лечении в период 2015-2019 гг. **Результаты.** Среди пациентов преобладали мужчины – 17 (58,6%). Возраст варьировал в пределах от 48 до 92 лет (средний возраст  $78,6 \pm 10,7$  года). Точность диагноза составила 17,2% (5 пациентов). Ведущим симптомом была абдоминальная боль, которая встречалась у 28 (96,7%) пациентов. Наличие сосудистых факторов риска приводит к сочетанному поражению нескольких сосудистых бассейнов. **Обсуждение.** Типичным пациентом с атеросклеротическим поражением мезентериальных артерий является пожилой пациент (средний возраст  $78,6 \pm 10,7$  года) с рядом сопутствующих патологий. Наиболее часто эти пациенты жалуются на боль в животе и потерю массы тела. Низкая точность диагностики при поступлении определяет использование скрининговых методов выявления атеросклероза мезентериальных артерий. **Выводы.** Атеросклеротическое поражение сосудов брюшной полости характерно для мужчин пожилого возраста. Постановка диагноза вызывает трудности.