УДК 616-056.96-089

Д.Б. Домбровський

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

ЛІКУВАННЯ ТЯЖКИХ ФОРМ ЕЛЕФАНТІАЗУ

Ключові слова: *лімфедема, аутодермопластика.*

Резюме. *Повідомляється про досвід хірургічного лікування хворих на лімфедему верхніх і нижніх кінцівок. Запропонований пластичний для аспіраційної резекції метод лікування важких форм лімфедеми кінцівок, який припускає першим етапом резекцію фіброзний-змінених тканин із збереженням ділянок малозмінених шкірно-підшкірних клаптів і ділянок в проекції розташування основних лімфатичних колекторів, під якими виконують аспіраційну ліпектомію. Раневу поверхню резекції вкривають спеціальною синтетичною тканиною. Наступним етапом, після появи грануляційної тканини, виконують аутодермопластику. Двохетапне здійснення шкірної пластики і повторної аспіраційної ліпектомії забезпечує те, що оптимальне приживлення шкірних трансплантатів, зменшення об'єму кінцівки, поліпшення транспортної функції лімфатичної системи.*

Вступ

Лікування III-IV стадій лімфедеми ("слоновості", елефантіазу) кінцівок є складною проблемою сучасної хірургії. Аналіз даних літератури свідчать про істотний прогрес у лікуванні лімфедеми у стадії інтермітуючого і лабільного набряку (I - II стадія захворювання) на основі комплексного підходу і виконання лімфодренуючих операцій. Проте, основним методом лікування хворих елефантіазом III-IV стадії залишаються радикальні операції резекцій часткової дерматофасціоліпектомії (типу операції Thompson, Homans), або найбільш радикальна операція Charles [1,2].

Основним недоліком операцій часткової дерматофасціоліпектомії є виникнення рецидиву набряку і прогресування захворювання у більшості пацієнтів у віддаленому післяопераційному періоді. Операція Charles включає видалення всієї зміненої шкіри, підшкірної основи і фасції з подальшим здійсненням шкірної пластики. Висічену шкіру використовують як аутодермотрансплантат. Вільний трансплантат шкіри поміщають безпосередньо на м'язи або глибокі тканини у ділянці суглобів стопи. При цьому частковий некроз клаптя виникає майже у всіх хворих. Стійкий позитивний ефект таких операцій полягає у відсутності збільшення кінцівки. Проте, у віддаленому періоді у більшості хворих формуються спотворюючі рубці, з яких - 25-35% келоїдні рубці [1]. Нерідко виникає рецидив захворювання (набряк, фіброз), як правило, дистального сегменту (стопи) або також проксимальних відділів кінцівки, лімфорея, трофічні виразки, бородавчасті розростання шкіри, рецидивуюче бешихове запалення. Лікувати ці ускладнення значно складніше, ніж до виконання первинної операції. Висока травматичність, часте виникнення ускладнень, висока частота інвалідизації хворих обмежують покази до виконання подібних операцій. Хірурги відмовляються їх виконувати і відмовляють пацієнтам у медичній допомозі [3,4].

Консервативне лікування пацієнтів у цій стадії захворювання безперспективне і, як наслідок, виникає тільки одна альтернатива виконання високої ампутації нижньої кінцівки. Разом із тим, здійснення ампутації і формування кукси кінцівки, придатної для протезування, також нерідко складне завдання.

У 80-і роки XX століття розроблені і застосовані в клініці поєднані етапні операції, що включають лімфодренуючі і резекційні втручання. Застосування вказаних поєднаних операцій дозволило підвищити їх ефективність і поліпшити віддалені результати лікування. У хворих при переважно дистальному типі (стопа - гомілка), фіброзі і трофічних розладах тканин застосований метод хірургічного лікування, в основі якого лежить видалення фіброзно-змінених тканин гомілки, мікросудинна пересадка шкірно-м'язового клаптя і лімфодренування через шкіру клаптя (по типу тканинного шунта) [1,3].

Вказані методи застосовані в окремих хворих і адекватно оцінити їх ефективність не можливо. Вони не можуть бути широко застосовані із-за складності, трудомісткості, необхідності оволодіння хірургами мікросудинної техніки і пересадки тканинних комплексів із формуванням мікросудинних анастомозів. Обмежені також можливості використання клаптів, що містять лімфатичні судини і/або лімфатичні вузли [1].

© *Д.Б. Домбровський, 2007*

У хворих при поширеному фіброзі дистальних і проксимальних відділів кінцівки (IV стадія) необхідним елементом операції є видалення зміненої шкіри і підшкірної основи. Ця концепція є основою тактики хірургічного лікування хворих у стадії елефантіазу. Для покращання віддалених результатів лікування необхідна мінімізація операційної травми і площі резекції, максимальне збереження малозміненої шкіри, а також шкіри в області суглобів стопи або кисті, створення умов для дренування лімфи і інтерстиціальної рідини, забезпечення оптимальних умов для повноцінного приживлення трансплантатів шкіри [1-4].

Мета дослідження

Розробити такий спосіб лікування форм лімфедеми кінцівок, використання якого забезпечувало б оптимальні умови для приживлення повношарових трансплантатів шкіри і попереджало рубцеву трансформацію покривних тканин.

Матеріал і методи

Нами розроблено новий спосіб лікування форм лімфедеми кінцівок (рис. 1, 2), який включає виконання резекції фіброзний-змінених шкіри і підшкірної основи з наступною аутодермопластикою.

Першим етапом резекцію фіброзний-змінених тканин виконують із збереженням ділянок помірно змінених шкірно-підшкірних клаптів і ділянок в проекції розташування основних лімфатичних колекторів, під якими здійснюють аспіраційну ліпектомію.

Раньову поверхню резекції спеціальною синтетичною тканиною (рис. 3, 4), а при проведенні наступного етапу, не раніше чим через 7-14 діб, появою грануляційної тканини виконують аутодермопластику (рис. 5, 6). На всіх етапах лікування здійснюють активне дренування інтерстиціальної рідини і лімфи за допомогою дренажів. Збереження незміненої і помірно зміненої шкіри і лімфатичних колекторів сприяє лімфовідтоку, зменшенню площі видалення тканин, травматичності операції, зменшенню частоти післяопераційних ускладнень у вигляді некрозу трансплантатів шкіри, утворення грубих рубців, сприяє виконанню відстроченої аутодермопластики. Разом з тим, поява грануляційної тканини, зниження або припинення лімфореї з рани, оптимізація стану раньової поверхні

Рис. 1, 2. Лімфедема лівої ноги IV стадії

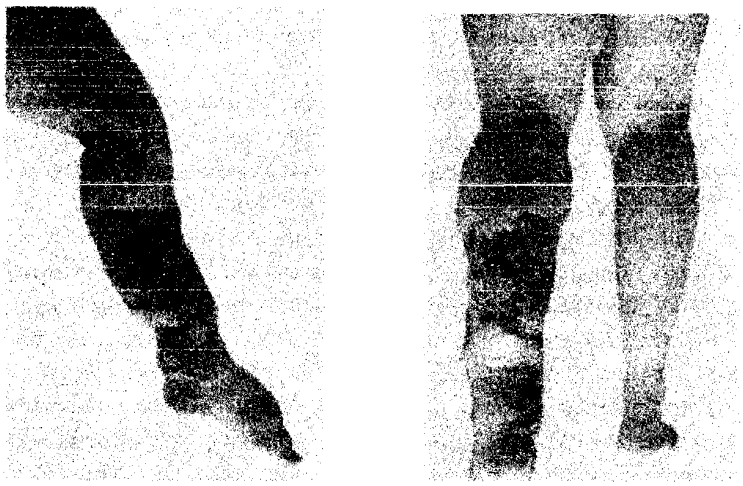

Рис. 3, 4. Видалення змінених тканин зі збереженням мало змінених ділянок шкіри

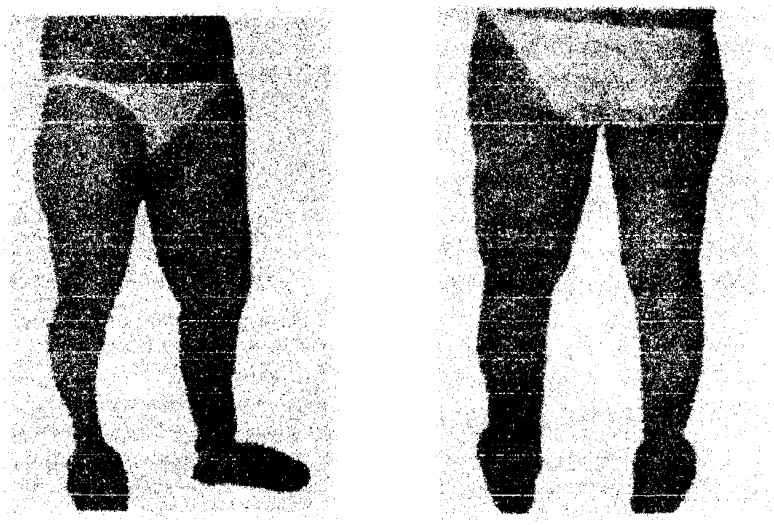

Рис. 5, 6. Аутодермопластика, поєднана з аспіраційною ліпектомією

сприяють повноцінному і неускладненому приживленню трансплантата шкіри. Це дозволяє використовувати повношарові трансплантати шкіри, оскільки забезпечує оптимальний стан раньової поверхні для пересадки і приживлення шкіри після видалення синтетичної тканини. При потребі трансплантатів меншої площі можливим є використання незміненої шкіри передньої стінки живота, або помірно зміненої шкіри проксимальних сегментів кінцівки (стегна, плеча), де виникає її надлишок.

Важливим компонентом хірургічного лікування є аспіраційна ліпоектомія. Лімфоліпосакцію виконують впродовж всієї кінцівки. У проксимальних по відношенню до ділянки ліпосакції зонах - проксимальні відділи стегна (плеча) з незміненими тканинами і проксимальніше тазостегнового і плечового суглобів - здійснюють тунелювання підшкірної основи і її дренування. Виконання аспіраційної ліпектомії сприяє мінімізації об'єму субстрату між шкірою і фасцією, зменшенню об'єму кінцівки. Додаткове проведення фасціотомії або фасціоектомії сприяє дренуванню лімфи у глибокі субфасціальні лімфатичні судини, відтоку інтерстиціальної рідини і лімфи.

Запропонований спосіб застосовували для лікування лімфедеми нижньої і верхньої кінцівки. У хворих лімфедемою верхньої кінцівки грубу фіброзну трансформацію шкіри і підшкірної основи спостерігали рідко. Тому, основним методом є лімфоліпосакція і дренування. Показами до здійснення резекції тканин є наявність надлишку шкіри, її перерозтягнення, зниження еластичності і здатності до скорочення, а також наявність лімфоцелє значного об'єму, як правило, у ділянці плеча і ліктьового суглоба. На нижній кінцівці резекцію шкіри і підшкірної основи з ознаками грубої фіброзної трансформації або виразково-трофічних змін тканин проводили переважно у ділянці гомілки.

Обговорення результатів дослідження

Хірургічне лікування хворих на лімфедему IV стадії було спрямоване на зменшення або усунення набряку, шляхом проведення лімфоліпоаспірації і лімфодренуючих операцій, резекції фіброзно- і трофічно-змінених тканин із виконанням аутодермопластики.

При лімфедемі III стадії основними методами лікування є ліпоаспірація і лімфодренуючі операції. Виконання резекції показано при наявності значного надлишку перерозтягнутої шкіри, а також обмеженого локального фіброзу підшкірної основи, гіперкератозу, папіломатозних змін шкіри дистальних відділів кінцівки.

У розробленому нами пластичному для аспіраційної резекції методі хірургічного лікування лімфедеми (елефантіазу) кінцівки основною складовою є аспіраційна ліпектомія. У хворих з лімфедемою III, IV стадії, особливо при відсутності компресійної терапії, пневмомасажу, адекватної медикаментозної терапії, виникає блок відтоку інтерстиціальної рідини. Це проявляється напруженим набряком тканин проксимального сегменту кінцівки, скупчення рідини у вигляді безлічі кістозних утворень (лімфоцелє). У той же час фіброз тканин проксимального сегменту кінцівки, як правило, не виникає. Використання ліполімфосакції, тунелювання підшкірної основи, зовнішнє дренування рідини тканин протягом тривалого часу після операції (7-10 доба), проведення ефективної компресійної терапії дозволяють зменшити або усунути набряк, досягти субкомпенсації порушень лімфовідтоку і розірвати "хибне

коло". За наявності гігантського набряку, як правило, необхідним є повторне виконання операції з метою дренування рідини і аспірації жирової тканини. Перерозтягнута шкіра поступово скорочується, надлишок її, в подальшому, при стабілізації стану можна резеціювати. Зменшення об'єму кінцівки дозволяє застосовувати інтермітуючий пневмомасаж, спеціальну лікувальну компресійну білизну, ефективніше проводити консервативне лікування (детралекс і інші венотоніки).

Істотне зменшення об'єму кінцівки, усунення набряку підшкірної основи у зоні розташування лімфатичних колекторів і вузлів, а також транспортної функції лімфатичної системи у деяких хворих створюють умови для накладення лімфовенозних анастомозів і, таким чином, поліпшити лімфовідтік.

Мінімізація об'єму тканинного субстрату між шкірою і фасцією шляхом здійснення аспіраційної ліпектомії без видалення колекторних лімфатичних судин, особливо у проксимальному сегменті кінцівки, проведення фасціотомії і обмеженої фасціоектомії дозволяють поліпшити дренування інтерстиціальної рідини і лімфи.

Висновки

Двохетапне виконання резекційно-пластичної операції (резекція тканин з покриттям ранової поверхні синтетичним замінником шкіри і відстрочена аутодермопластика) забезпечує оптимальні умови для приживлення повношарових трансплантатів шкіри, попереджає рубцеву трансформацію покривних тканин.

Перспективи подальших досліджень

Перспективним є розробка таких методів лікування хворих на лімфедему кінцівок, використання яких забезпечувало б високу якість життя таких пацієнтів протягом тривалого терміну часу.

Література. 1. *Лісайчук Ю.С., Тарапон О.Ю., Гончарук О.О., Павлусь Н.Б.* Нові можливості трансплантації жирової тканини у реконструкційно-відновній хірургії // Acta medica Icopoliensia. - 2003. - Vol.9, Supl II. - С.12-13.

2. *Williams A.F., Franks P.J., Moffatt C.J.* Lymphoedema: estimating the size of the problem // Palliat Med. - 2005. - №4. - P.300-313. 3. *А. А. Малинин.* Современная концепция тактики консервативного и сочетанного лечения лимфедемы конечностей // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2005. - №2. - С.61-70. 4. *Tomczak H, Nyka W, Lass P.* Lymphoedema: lymphoscintigraphy versus other diagnostic techniques a clinician's point of view // Nucl. Med. Rev. Cent. East. Eur. - 2005. - №1. - P.37-43.

ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ЭЛЕФАНТИАЗА

Д.Б. Домбровский

Резюме. Сообщается об опыте хирургического лечения больных с лимфедемой верхних и нижних конечностей. Предложен аспирационно-резекционно-пластический метод лечения тяжелых форм лимфедемы конечностей, который предполагает первым этапом резекцию фиброзно-измененных тканей с сохранением участков малоизменешных кожно-подкожных лоскутов и участков в проекции расположения основных лимфатических коллекторов, под которыми выполняют аспирационную липэктомию. Пострезекционную раневую поверхность укрывают специальной синтетической тканью. Следующим этапом, после появления грануляционной ткани, выполняют аутодермопластику. Двухэтапное осуществление кожной пластики и повторной аспирационной липэктомии обеспечивает оптимальное приживление полнослойных кожных трансплантатов, уменьшение объема конечности, улучшение транспортной функции лимфатической системы.

Ключевые слова: лифедема, аутодермопластика.

TREATMENT OF HARD FORM OF ELEPHANTIASIS

D.B. Dombrovsky

Abstract. The authors had summarized experience of surgical treatment of patients with the lower and upper extremities lymphedema. The aspiration-resectional-plastic method of treatment of severe forms of the limb lymphedema, which intends in the first stage the resection of fibrously changed tissues, preserving the portion of slightly changed cutaneous-subcutaneous flaps and regions in projection of localization of main lymphatic collectors, under which aspiration lipectomy is performed. Postresectional wound surface is covered with special synthetic tissue. In the next stage, after appearance of granulation tissue, autodermoplasty is performed. Two-staged cutaneous plasty and repeated aspirational lipectomy provides for optimal survival of full thickness cutaneous transplants, reduction of the limb volume, improvement of the lymphatic system draining function.

Key words: lymphedema, autodermoplasty.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol.- 2007.- Vol.6, №3.-P.41-44.
Надійшла до редакції 08.08.2007

Рецензент - доц. В.Ю. Соколов