

секции у онкологически больных, лучевой терапии), вызывает стаз лимфатической жидкости в тканях и проявляется стойким, не исчезающим за ночь отеком, подкожной клетчатки конечности.

Лимфостаз, нарушая обмен белковых веществ, существенно затрудняет заживление ран на пораженной конечности. При дополнительном воздействии, например, переохлаждении, инфицированных макро- и микротравмах, он ведет к достаточно тяжело протекающим осложнениям в виде септического целлюлита – рожистого воспаления. В ряде случаев последнее является первым проявлением лимфостаза и должно индуцировать врача к диагностике данной патологии. Важно отметить, что рожистое воспаление практически не встречается при нормальном лимфоток.

Клинически лимфостаз можно распознать по плохо купирующемуся отеку подкожной клетчатки. При этом цвет кожных покровов не меняется или становится бледным. Однако при сочетанном поражении лимфатической и венозной системы возникает синюшность кожных покровов.

Лечение лимфостаза является достаточно трудным делом и должно быть комплексным, пожизненным и достаточно настойчивым. Одним из наиболее эффективных способов лечения является компрессионная терапия, которая может постоянной в виде ношения компрессионного трикотажа повышенной степени компрессии (3 или 4 степени) и прерывистой (аппараты пневмомассажа). Положительный результат дает такая повторяемая процедура, как отсасывающий массаж пораженной конечности. В числе немногих препаратов, эффективно воздействующих на нарушенный лимфоток, в настоящее время является детралекс, курсы которого должны быть продолжительностью несколькими месяцами (от 3 до 6). Среди топических средств могут применяться гепаринсодержащие мази (лиотон).

В случае уродующих ногу гигантских отеков при слоновости возможно применение хирургического вмешательства – дерматолипофасциопластики. Цель последнего – максимальное удаление склерозированной отечной клетчатки вместе с фасцией и одновременной кожной пластикой. С этой же целью возможно использование липосакции.

4.3. Трофические расстройства при сосудистых заболеваниях

Выраженные нарушения кровотока, будь-то связанные с нарушением артериального, будь-то венозного кровотока, прогрессируя, неизбежно вызывают глубокие нарушения микроциркуляции и трофические расстройства. Проявляются они в виде язв (ограниченного поражения поверхностных слоев) или гангрены (с тотальным поражением тканей).

Характер трофических расстройств конечности во многом определяется тем, имеется ли поражение венозного или артериального кровотока.

Язвой называется дефект кожи, открывающийся после отторжения некротизированных тканей, когда деструктивные процессы преобладают над регенеративными. Трофические язвы устойчивы к лечебным воздействиям, склонны к прогрессированию и рецидивированию. Края язв могут быть ровными и неровными, подрытыми, различной плотности.