

Анализ случаев применения ампутации у пациентов отделения сосудистой хирургии РНЦ «ВТО» им. Г.А.Илизарова

В.С. Бунов, Г.П. Иванов, В.П. Панов, М.Ю. Речкин

Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова, г. Курган
(Генеральный директор — академик РАМТН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель наук РФ В.И. Шевцов)

В статье приведены результаты анализа случаев применения ампутации дистальных отделов сегментов конечностей в процессе лечения артериальной недостаточности методами, разработанными в РНЦ "ВТО" им. Г.А.Илизарова. Анализ проведен за период с 1994 по 1996 год с учетом возрастных групп. В течение указанного времени было прооперировано 262 пациента, которым выполнены оперативные вмешательства, направленные на стимуляцию периферического кровообращения при облитерирующих заболеваниях артерий конечностей. Необходимость в ампутации возникла у 20 (7,7%) пациентов.

Ключевые слова: артерии, облитерация, возрастные группы, стимуляция кровообращения, осложнения, ампутация.

В течение 1994-1996 года в отделении сосудистой хирургии РНЦ "ВТО" имени Г.А. Илизарова 262 пациентам с облитерирующими заболеваниями артерий конечностей были выполнены оперативные вмешательства, направленные на стимуляцию периферического кровообращения.

У 20 из них (7,7%) в процессе лечения возникла необходимость прибегнуть к ампутации. Для выявления причин применения и обоснованности уровня ампутации был проведен анализ историй болезни.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Были проанализированы истории болезни 20 пациентов. После разделения на возрастные группы изучались тяжесть состояния конечности при обращении, изменения в динамике после проведения медикаментозной терапии и оперативного лечения по методикам, разрабо-

танным в РНЦ "ВТО" им. академика Г.А. Илизарова, причины, вынуждающие прибегнуть к ампутации и обоснованность ее уровней, характер и продолжительность заживления послеоперационных ран, трудоспособность.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Все 20 пациентов обратились по поводу критической ишемии конечности, причем 18 (90 %) при госпитализации уже имели прогрессирующие язвенно-некротические изменения тканей, боли в покое.

В возрасте до 40 лет необходимость в ампутации возникла у двух (10 %) пациентов. Они обратились по поводу быстрого увеличения трофических язв фаланг пальцев, резко выраженного болевого синдрома, явлений флеботромбоза на тыле стопы и отсутствия стойкого эффекта от медикаментозной терапии. Наложение аппарата Илизарова, продольная кортикотомия большеберцовой кости и получение дистракционного костного регенерата в межотломковой зоне способствовали улучшению кровоснабжения конечности. В связи с распространением поражения тканей на тыл стопы была произведена ампутация по суставу Шопара. Раны зажили под струпом. Опороспособность конечностей и трудоспособность пациентов восстановлены.

В возрасте 40 - 49 лет оперировано 5 (25%) человек. С трофическими язвами на фалангах пальцев, явлениями флеботромбоза и резко выраженными болями в покое обратилось 3 пациента. Ремиссия процесса и образование зоны демаркации получены за счет новых, разработанных и апробируемых в клинике способов оперативного лечения артериальной недостаточности конечности. После ампутации переднего отдела стопы по суставу Шопара раны зажили под струпом. Трудоспособность восстановлена.

У 2-х пациентов этой группы поражение тканей тыла стопы распространилось на переднюю поверхность голеностопного сустава, в связи с чем была произведена ампутация голени в средней трети.

Следовательно, при локализации язвенно-некротических изменений тканей в области фаланг пальцев и переднего отдела стопы, применяемые в центре методы лечения артериальной недостаточности конечности позволили

добиться ремиссии процесса и появления зоны демаркации, что обеспечило применение так называемых “малых ампутаций”, восстановление опороспособности конечности и трудоспособности пациентов.

В возрасте 50-59 лет ампутации произведены у 7 (35 %) человек. Язвенно-некротические изменения тканей у 1 пациента были ограничены фалангами пальцев с переходом на тыл стопы, что на фоне проводимого лечения позволило ограничиться ампутацией переднего отдела стопы по суставу Шопара. В 2-х случаях изменения распространились на область голеностопных суставов. Лечение по методикам центра позволило остановить прогрессирование процесса и произвести ампутацию на границе средней и верхней трети голени. Раны зажили первичным натяжением. В настоящее время пациенты пользуются протезами.

Появление очагов некроза тканей в верхней трети голени на фоне интенсивных болей в покое и необходимость постоянно удерживать конечность ниже уровня тела служило причиной выполнения у остальных 4-х пациентов 2-х костнопластических ампутаций бедра по Гритти-

Шимановскому и 2-х миофасциопластических ампутаций бедра в средней трети. Основанием для более высокого уровня ампутации служило распространение демаркационного воспаления, окружающего трофические язвы, на область кожных лоскутов, выкраиваемых при костнопластической операции.

В возрасте от 60 до 70 лет ампутации произведены 6 (30 %) пациентам. Предварительное лечение обеспечило возможность осуществления ампутации переднего отдела стопы в 2 случаях и ампутации голени в 1 случае. У остальных пациентов, несмотря на проводимое лечение, сохранялся резко выраженный болевой синдром и прогрессировали очаговые изменения тканей голени при отсутствии тенденции к образованию демаркационного воспаления. На основании тяжести и локализации поражения тканей, возраста пациентов и их желания закончить лечение были выполнены: 1 костнопластическая ампутация бедра по Гритти-Шимановскому и 2 миофасциопластические ампутации бедра в средней трети. Заживление послеоперационных ран шло медленно под струпом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Всего было произведено 8 (40 %) ампутаций переднего отдела стопы, из них 5 - вследствие облитерирующего тромбангита и 3 - облитерирующего атеросклероза, 5 (25 %) ампутаций голени, из них 3 вследствие облитерирующего тромбангита и 2 - облитерирующего атеросклероза, 7 (35%) - ампутаций бедра, все по причине поражения аорты или подвздошных артерий в совокупности с “этажными” мультифокальными окклюзиями магистральных сосудов конечностей вследствие облитерирующего атеросклероза. С увеличением возраста пациентов нарастало количество обращений с тяжелыми ишемическими изменениями тканей периферических отделов конечностей, что снижало эффективность проводимого лечения. Применение стимуляции периферического кровообраще-

ния по методикам центра в большинстве случаев позволяло снизить уровень ампутации.

Таким образом, необходимость применения ампутации возникала у пациентов с критической ишемией конечностей, обратившихся по поводу прогрессирующих язвенно-некротических изменений тканей в сочетании с изнуряющими болями в покое. Постепенное увеличение очагов первичного поражения и появление новых не являются противопоказанием для применения разработанных в центре методов стимуляции кровообращения, так как эти методы позволяют улучшить кровоснабжение вышележащих отделов конечности, что способствует образованию зоны демаркации и снижению уровня ампутации.

Рукопись поступила 06.05.97 г.