

ЗБЕРЕЖЕННЯ КОЛІННОГО СУГЛОБА ПРИ ВИСОКИХ АМПУТАЦІЯХ У ХВОРИХ З ТРОФІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Вступ

Ампутації гомілки є невід’ємною частиною лікування хворих з трофічними розладами стопи, коли поширення гнійно-некротичного процесу робить проблематичним збереження опороздатності нижньої кінцівки або загрожує життю. Найчастішою причиною ампутацій нижньої кінцівки є цукровий діабет (ЦД), через що лікарі намагаються проводити ампутацію на рівні стегна, що є певною гарантією для первинного загоєння кукси та ліквідації хірургічної інфекції. Проте ампутація на рівні гомілки має ряд незаперечних переваг для подальшої реабілітації пацієнта, від найближчого післяопераційного періоду до протезування включно. Нині в світі загальноприйнятими є методика міофасціопластичної ампутації гомілки з викроюванням більш довгого заднього клаптя, яку запровадив Е.М. Burgess та її модифікація, яку запропонував Л. Вгьскнер. Суть модифікації полягає у видаленні камбалоподібного м’яза, що надає куксі помірно конічну форму. У хворих з трофічними розладами на ґрунті ангіо- та нейропатій подібна модифікація виявилась дуже вдалою, оскільки забезпечує надійне загоєння кукси.

Метою роботи є аналіз результатів лікування хворих з трофічними розладами нижньої кінцівки, котрим виконали ампутації на рівні гомілки за методиками класичної міофасціопластичної ампутації та з видаленням камбалоподібного м’яза.

Матеріали та методи

Матеріалом для роботи стали результати спостереження та лікування 94 хворих, оперованих в клініці ДУ “ІТО НАМН України” з приводу гнійно-некротичних уражень стопи на ґрунті трофічних розладів. Пацієнти були поділені на дві групи. У I групу увійшов 51 пацієнт, що лікувався у клініці до 2000 р., і у котрого була застосована класична техніка міофасціопластичної ампутації гомілки (МФАГ). У II групу увійшли 43 пацієнти, оперованих після 2000 р., у котрих застосували модифіковану операцію L.Brückner – з видаленням камбалоподібного м’яза та інших м’язів кукси гомілки. Вік хворих складав від 21 до 75 років, чоловіків було 51, жінок – 43.

Відбір пацієнтів для ампутації гомілки проводили за відсутності протипоказань до такої техніки. Протипоказання до ампутації гомілки: згинальна контрактура у колінному суглобі; рентгенологічні ознаки руйнування кісток, що утворюють колінний суглоб; поширення гнійно-некротичного процесу на колінний суглоб та стегно; тяжкий соматичний стан пацієнта, що вимагало екзартикуляції у колінному суглобі.

У пацієнтів обох груп вивчали летальність, ускладнення загальні та місцеві, кількість загоєння кукси первинним натягом, кількість реампутацій нижньої кінцівки та їх рівень, строки перебування в стаціонарі після операції. Віддалені результати вивчали в строки не менше 6 міс, враховували рівень освоєння протеза нижньої кінцівки.

Результати

Летальність у стаціонарі в строки до двох тижнів виявилась більшою в I групі (5,8 та 2,3 % відповідно). Серед хворих I групи у двох випадках причиною смерті стала тромбоемболія легеневої артерії, в одному – зупинка серця. У померлого пацієнта II групи причиною смерті стала зупинка серця. У двох пацієнтів I групи смерть настала після реампутації на рівні стегна. Відсоток первинного загоєння кукси гомілки склав 86,3 % (44 випадки) у пацієнтів I групи та 97,7 % (42 випадки) у пацієнтів II групи, що позначилось на строках перебування у стаціонарі після операції – 27,5 днів у I групі та 18,9 днів у II групі. Ускладненнями, що перешкоджали первинному загоєнню, були: некроз шкірних клаптів (4 випадки), гематома, що вимагала дренивання та вторинних швів (3 випадки), нагноєння післяопераційної рани (1 випадок). Переважна більшість ускладнень відмічена у пацієнтів I групи, і лише одне (гематома) у пацієнтів II групи. У трьох випадках серед пацієнтів I групи ці ускладнення спричинили реампутацію на рівні стегна. Серед пацієнтів II групи реампутацій не було.

Віддалені результати в строки від 6 місяців до 5 років простежені у 13 пацієнтів I групи та 24 пацієнтів II групи. Користувались протезом усі пацієнти. Рівень освоєння протеза був різний, але загалом співставимий в обох групах. На жаль,

провести порівняння щодо користування протезом за загальноприйнятим опитувальником РЕQ (prosthesis evaluation questionnaire) ми не змогли як через його відносну новизну, так і практичну відсутність контактів із пацієнтами групи I. Проте аналіз кількості реампутацій та стаціонарного лікування з приводу захворювань кукси показав, що епізодів стаціонарного консервативного лікування у хворих I групи було 7, реампутацій та інших операцій на куксі – 4; у хворих II групи випадків стаціонарного консервативного лікування та реампутацій не було.

Висновки

Ампутація гомілки у хворих з глибокими трофічними розладами стопи виступає фінальним етапом лікування, коли консервативні та хірургічні заходи не можуть забезпечити опороздатності нижньої кінцівки. Класична техніка міофасціопластичної ампутації гомілки має ряд обмежень, ускладнення після яких обумовлюють подовження строків стаціонарного лікування, реамутації на рівні стегна та летальність у стаціонарі на рівні 5,8 %. Модифікована техніка ампутації за L.Brückner, спрямована на видалення камбалоподібного м'яза та м'язів інших футлярів гомілки, знижує кількість ускладнень, зменшує строки стаціонарного лікування, знижує летальність.