

© Н.Г.Степанов, 2007
УДК 617.582-089.873

Н.Г.Степанов

УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ ТЕХНИКА АМПУТАЦИИ БЕДРА

Отделение гнойной хирургии Главной клинической больницы № 5 (главврач — В.Я.Липатов), г. Нижний Новгород

Ключевые слова: ампутация, техника ампутации, летальность, гнойные осложнения, дренирование раны.

Ампутация, как хирургическая операция, выполняется много веков. Ближайшие послеоперационные результаты усечений конечностей при необратимой ишемии малоутешительные. При ампутации на уровне бедра летальность в 2 раза больше, чем при ампутации голени, и в среднем составляет 20% [2, 3, 5, 6]. Одним из важных факторов снижения послеоперационных осложнений и летальности может стать совершенствование хирургической техники ампутации.

Техника исполнения высокой ампутации на уровне бедра последний век существенно не меняется и состоит из трех основных этапов: выкраивание кожно-фасциальных лоскутов, рассечение мышц, обработка сосудисто-нервного пучка; опил бедренной кости; формирование культи и ее дренирование. Самым частым осложнением со стороны культи является ее нагноение. По данным многих авторов, у каждого второго больного после ампутации имеют место осложнения, обусловленные хирургической инфекцией [2–4]. Причин тому много и главные: травматичность хирургического вмешательства, обширность раневой поверхности, недостаточный гемостаз, лимфоррея, неадекватное дренирование культи, гипопротеинемия, плохое кровоснабжение, госпитальная инфекция и др.

Нередко при снятии швов происходит асептическое расхождение раны с последующим инфицированием. В ближайшем послеоперационном периоде, нередко, при активизации больного, попытке передвигаться на костылях или с помощью ходунков, на коляске ампутант получает травму культи, что приводит к обширной гематоме и расхождению краев раны.

Суть наших предложений по усовершенствованию техники ампутации на уровне бедра сводится к следующим положениям.

1. Перед рассечением мышц бедра ампутационным ножом мы накладываем циркулярный шов толстой капроновой лигатурой. После рассечения мышц, перевязки бедренных артерий, спиртовокаиновой блокады седалищного нерва и его усечения, опилов бедренной кости и ее обработки затягиваем кисетный шов, что позволяет адекватно укрыть культю бедренной кости и одновременно происходит гемостаз. В литературе известен прием — наложения кисетного циркулярного шва на мышцы кетгуттовой нитью [1]. К сожалению, далеко не всегда удается затянуть кетгуттовую нить до соприкосновения усеченных мышц над опилом бедренной кости, нить рвется. С другой стороны, предложенный нами циркулярный шов накладывается до рассечения мышц, все мышцы захватываются в шов, что создает более надежный гемостаз. Таким образом, усеченные мышцы адаптируются с помощью одного шва, который одновременно создает надежный гемостаз.

2. Дренирование культи бедра производим через отдельный разрез на её задней поверхности культи длиной 1,5–2 см, в 5 см от линии шва, в рану вставляем хлорвиниловый расщепленный дренаж. Полагаем, что дренирование культи бедра через кожные швы менее эффективно, так как скопление раневого экссудата происходит в наиболее отлогом месте, которым и является зона усечения мышц-сгибателей. Рана, через которую выполнялось дренирование, заживает, как правило, самостоятельно, без наложения швов.

3. Накладываем внутрикожный шов рассасывающейся нитью, как правило, викрил 3-0. Преимущества внутрикожного шва:

- не надо заботиться о своевременности снятия шва;
- отсутствует контакт нити с «внешним миром» и, следовательно, возможность ее вторичного инфицирования;
- профилактика асептического расхождения раны при стандартном ведении культи бедра, т. е. при снятии узловых швов;
- профилактика возможного расхождения раны при минимальных травмах, которые не столь редки в ближайшем послеоперационном периоде;
- применение внутрикожного шва избавляет больного от повязок культи на 5-е сутки послеоперационного периода, когда возможна обработка линии внутрикожного шва раствором калия марганцевоокислого. Это дает положительный, как экономический, так и психологический эффект.

Больного выписывают на амбулаторное лечение с рассасывающейся нитью, что не мешает

пациенту установить протез в ближайшее время после выписки из хирургического отделения.

По вышеизложенной технике ампутации бедра выполнены первые операции. Послеоперационных осложнений не было, результаты хорошие. Дальнейшее накопление опыта высоких ампутаций по предложенной усовершенствованной технике позволит сделать окончательный вывод и рекомендовать для широкого внедрения в хирургическую практику.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Волошин В.Н. Выбор уровня ампутации и профилактика послеоперационных гнойно-септических и тромбоэмболических осложнений у больных с терминальной ишемией нижних конечностей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—Н. Новгород, 1992.—16 с.
2. Лемнев В.Л., Казаков Э.С., Свинтрадзе Р.Г. Ампутация как метод хирургического лечения терминальной стадии ишемии нижних конечностей // Хирургия.—1986.—№ 5.—С. 76–80.
3. Светухин А.М., Митиш В.А. Ампутация голени при критической ишемии // Хирургия.—2001.—№ 6.—С. 68.
4. Степанов Н.Г. Ампутация голени и бедра (клинический опыт).—Н.Новгород: ДЕКОМ, 2003.—212 с.
5. Степанов Н.Г. Ампутация нижних конечностей (клинические показания, способы и исходы): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.—СПб., 2005.—18 с.
6. Critical limb ischaemia: management and outcome. Report of a national survey. E vascular Surgical Society of Great Britain and Ireland // Eur. J. Vasc/Endovasc. Surg.—1995.—Vol. 10, № 1.—P. 108–113.

Поступила в редакцию 19.12.2006 г.

N.G.Stepanov

IMPROVED TECHNIQUE OF AMPUTATION OF THE FEMUR

The author proposes an improved technique of amputation at the femur level. It consists in using the circular suture up to the intersection of the femur muscles for hemostasis and covering the bone stump, draining the stump through a special puncture in the posterior surface of the femur, and an intracutaneous absorbable suture.