

АМПУТАЦИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Ш.Ш. ДЖУМАГЕЛДИЕВ, И.Б. МУСТАФАКУЛОВ, Х.К. КАРАБАЕВ, К.Р. ТАГАЕВ,
М.Х. МУХАММАДИЕВ

1 - Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

2 - Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи

ОҒИР ДАРАЖАЛИ КУЙИШЛАРДА АМПУТАЦИЯНИНГ ЎРНИ

Ш.Ш. ДЖУМАГЕЛДИЕВ, И.Б. МУСТАФАКУЛОВ, Х.К. КАРАБАЕВ, К.Р. ТАГАЕВ,
М.Х. МУХАММАДИЕВ

1 – Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

2 – Республика шошилинич тез тиббий ёрдам илмий Маркази Самарканд филиали

AMPUTATION OF LIMBS IN HEAVY-BURNED

SH.SH. DZHUMAGELDIEV, I.B. MUSTAFAQULOV, H.K. KARABAEV, K.R. TAGAEV,
M.H. MUKHAMMADIEV

1 - Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

2 - Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Aid

Мақолада оёқ ва қўлларнинг чуқур даражали термик куйишлар билан жарахатланган 15 ёшдан 65 ёшгача бўлган 34 та беморнинг даволаш натижалари келтирилган. Кузатилган беморлар орасида 28 та ҳолатда ампутация амалиёти бажарилган. Мақолада кўрсатиб ўтилган ампутация операциясига кўрсатмаларни, бажариш техникасини ва операциядан кейинги даврларда олиб бориш тактикаларини қўллаш даво натижаларини яхшилланишига, зарарланган аъзонинг функциясини максимал даражада сақлаб қолишга ва комбустиологияда даволаш самарадорлигини ошириш имконини беради.

Калим сўзлар: Куйиш травмаси, ампутация, хирургик даво.

The article analyzes the results of treatment of 34 patients with deep thermal lesions of the upper and lower extremities, aged 15 to 65 years. Among the observed patients with deep burns limb amputations were performed in 28 patients on 32 extremities. The indications, the technique of operations, the introduction of the postoperative period, which allows to significantly improve the results of treatment, maximally preserve the function of the affected limbs, will increase the healing possibilities of combobustology for saving the life of doomed patients with uncompensated loss of skin.

Key words: burn injury, amputation, surgical treatment.

Актуальность. Ожоговый травматизм является одной из важных медико-социальных и экономических проблем современного общества. По данным ВОЗ, термическая травма занимает 3 место среди прочих травм (Руднов В.А. с соавт., 2016; George A. et al., 2001).

Пристальное внимание к ожоговой травме до сих пор обусловлено её частотой, неудовлетворительными исходами и высокой летальностью при обширных повреждениях, а также высоким уровнем инвалидности пациентов (Вихриев Б.С., Бурмистров В.М., 1981; Andrzejewska et al., 2000).

Ожоги, являясь одним из частых видов травм мирного и военного времени, характеризуются универсальностью поражения всех органов и систем. В обширном комплексе лечебных воздействий на организм обожженного ампутации конечностей занимают не последнее место, однако, упоминания в многочисленной литературе по ожоговой патологии об этой операции встречается

редко (Арьев Т.Я., 1966; Карабаев Х.К. с соавт., 2015).

Среди термических поражений различных участков тела ожоги конечностей занимают первое место. Однако часто термические ожоги вызывают необратимые изменения в тканях пораженной конечности, что приводит к нарушениям функции внутренних органов и обменных процессов в организме пострадавших, к развитию сепсиса, обусловленного наличием гнойно-некротического очагов. Поэтому иногда с целью уменьшения интоксикации, предотвращения развития сепсиса, спасая жизнь больных, приходится прибегать к ампутации поражённой конечности (Козинец Г.П. с соавт., 2005; Алексеев А.А. с соавт., 2010).

Цель исследования. Изучить исходы ампутации конечностей при глубоких ожогах.

Материалы и методы. С 1999 по 2017 годы на лечении в ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП находились 34 пострадавших с глубокими термическими поражениями

верхних и нижних конечностей. Глубокие ожоги были у 10 (29,4%) пациентов с ожогами пламенем, электроожоги – у 13 (38,2%), контактные ожоги – у 11 (32,4%) пострадавших, из них – 29 (85,3%) мужчин и 5 (14,7%) женщины, в возрасте от 15 до 65 лет, с площадью глубоких ожогов от 15 до 50% поверхности тела, при общей площади ожога до 65% поверхности тела.

Результаты и их обсуждение. Показанием к ампутации явилось тотальное обугливание всех тканей конечности. Среди наблюдаемых больных с глубокими ожогами ампутации конечностей произведены у 28 больных на 32 конечностях. Ампутации были выполнены в первые 5-10 дней после травмы у 19 больных и позже 20 дней – у 9. Из них 7 больных поступили на 10-15-й день после травмы. Из 19 поступивших в более ранние сроки у 15 ампутации предшествовала некротомия. У 27 пациентов ампутации нижней конечности произведены на уровне с/3 бедра (1), с/3 и в/3 голени, у 2 больных ампутирована верхняя конечность на уровне н/3 плеча.

Формирование ампутационной культи производилось у 18 пациентов через обожженную поверхность при сохранении жизнеспособности глублежащих тканей. Лишь у 4 больных разрез мягких тканей проводился на границе между обожженной и здоровыми тканями. Обработке опиала кости при формировании ампутационной культи уделяли особое внимание, срезали острые края опиала и придавали ему округлую форму. Во всех случаях лечение ампутированной культи производилось без наложения швов и кожный покров на культе восстанавливался с помощью свободной кожной пластики спустя 1,5-2 недели. При этом торец культи закрывали сплошным кожным лоскутом толщиной 0,25-0,3 мм, взятым при помощи дерматома.

Экзартикуляция пальцев правой стопы осуществлена у 4 больных (13 пальцев), у 1 – пальцев левой стопы (3 пальца) и у 1 больного – правой и левой кисти (7 пальцев).

У 5 пациентов экзартикуляции предшествовала некротомия в проксимальных участках голени на месте циркулярного ожога. Восстановление кожного покрова торца культи пальцев производилось отдельно для каждого пальца дерматомным лоскутом. Летальных исходов не отмечена.

Наш опыт показывает, что при выборе уровня усечения следует руководствоваться правилом максимального сбережения длины сегмента конечности. Если удастся сохранить хотя бы небольшой участок стопы, кисти, предплечья или плеча, оставшийся рычаг будет весьма ценным для протезирования и самообслуживания инвалида без протеза. Опыт ожогового отделения основан не только на анализы исходов у 34 больных на критическом обсуждении тех тактических оши-

бок, которые были сделаны при лечении погибших крайне тяжелых больных. Некоторых из них, по нашему мнению, можно было спасти при помощи ранних ампутаций.

Ампутацию нельзя считать простой операцией, так как будущий орган-культя должен обладать определенными качествами, необходимым для пользования протезом.

Ампутации производилось по следующим показаниям:

Возникшее или угрожающее аррозивное кровотечение из крупного артериального ствола, если перевязка этой артерии повлечет за собой некроз конечности.

Омертвление конечности, связанное с тромбозом магистральных сосудов. В этих случаях ампутации проводятся по типу сегментарных некрэктомий с перевязкой сосуда на протяжении.

Первичный некроз конечности в результате обугливания.

Глубокие тотальные ожоги конечностей в сочетании с обширными ожогами туловища, если имеется опасность проникновения некроза в полость крупных суставов.

Например, если площадь поражения достигает при глубоких ожогах 40-50% всей кожи, летальный исход, как правило, предрешен. Ампутация с интервалом в 2-3 дня обе ноги (30-35% поверхности тела), можно сократить критическую площадь глубокого ожога до корабельных величин (15-20%), исключив одновременную реальную опасность возникновения гнойных артритов коленных и голеностопных суставов. По нашим данным, это наиболее, частое показание к ампутации у обожженных. Результаты подобных операций в значительной степени зависят от сроков проведения ампутаций и интенсивности общей и местной терапии. Наиболее благоприятны 3-5 дни после травмы, когда шок прошел, а дегенеративные изменения внутренних органов еще не столь велики. В связи с вышеизложенным важен вопрос ранней диагностики глубины поражения конечностей. К сожалению, ни один из ныне существующих методов не может дать достоверного ответа о глубине ожоговой раны. Мы заметили, что если поражена вся конечность, и ожог располагается на подошвах или ладонях, то оставшая поверхность раны поражена глубоко. Обратной силы это правило не имеет.

Перечисленные показания к ампутациям отвечают принципам активной превентивной хирургии ожогов. Основное противопоказание к ампутации – сверхкритический уровень термической травмы, сочетающейся с ожогами дыхательных путей, когда риск операции превышает жизненных сил обожженного. Спасительный эффект операций уменьшается пропорционально времени, прошедшему с момента травмы. Юридические

нормы решаются консилиумом врачей. Техника ампутаций при ожогах имеет особенности. Естественное стремление хирурга отодвинуть как можно дистальное уровень ампутации нередко ограничено линией глубокого поражения тканей, но не кожи. Если линия ампутации проходит через зону глубокого ожога кожи, производят одномоментную аутодермопластику или формируют кожный покров культи после гранулирования раны. При ампутациях по поводу ожогов отсутствует этап выкраивания кожно-фасциального лоскута, а ампутации по технике приближаются к гильотинным. Существует реальная опасность нагноения культи, поэтому наложение первичных швов противопоказано, а рана должна быть тщательно дренирована. При ампутациях по поводу гнойных артритов возможно использование кожи удаленной конечности для пластических целей. При нагноении культи возникает опасность вторичных поздних кровотечений из аррозивных сосудов культи. Поэтому при ампутации артерия перевязывается как можно выше, иногда на протяжении. В послеоперационном периоде показано применение провизорного жгута.

Если операция производилась по поводу гнойных артритов, то за 2-3 дня до ампутации проводится широкая артротомия. В послеоперационном периоде увеличивается интенсивность общей терапии, производится аутопластическое замещение утраченного кожного покрова. Если при обычной ампутации возможно ранее протезирование, то здесь полностью исключается такой вариант, а протезирование откладывается на долгий срок.

После ампутации на уровне бедра трудно предупредить сгибательную контрактуру тазобедренного сустава т.к. длительное нахождение больного в постели диктуется наличие ожоговых ран, а иммобилизация гипсовой повязкой не всегда применима из-за локализации ожоговой раны.

Выводы. Ампутация при термических ожогах коренным образом отличается от подобной операции при других заболеваниях и повреждениях по показаниям, по технике операции, так и поведению послеоперационного периода. Рациональное расширение показаний к ампутациям при обширных глубоких поражениях, несомненно, увеличит лечебные возможности комбустиологии для спасения жизни обреченным больным с некомпенсированной утратой кожного покрова.

Литература:

1. Арьев Т.Я., Термические поражения, издательство «Медицина», Ленинградское отделение. 1966, 704 с.

2. Вихриев Б.С., Ожоги (руководство врачей), издательство «Медицина» Ленинград 1981, 32 с.
3. Алексеев А.А., Крутков М.Г., Яковлев В.П., Ожоговая инфекция. Этиология, патогенез, диагностика, профилактика и лечение. Москва «Вузовская книга», 2010, 413 с.
4. Руднов В.А., Мищневич Е.В. Клинические рекомендации по введению взрослых пациентов с острой ожоговой травмой. «Методическая рекомендация» 2-ое издание. Екатеринбург, 2016, 53 с.
5. Карабаев Х.К., Хакимов Э.А., Ампутация конечностей – как вынужденная операция после термической травмы. «Научно-практический журнал». 2012, №4, 33 с.
6. Козинец Г.П., Самаренко С.В., Раздихевич А.П., Ожоговая интоксикация. Патогенез, клиника, профилактика и лечение. Москва «Медицинская информация», 2005, 183 с.
7. Andrejewska E., Niewadomska H., Nawzot E. Mechanism a impaired immunology response to bacterial antigens in burn wontho in children «pediatr. Surg. Intern. 2000. vol. 1b. Jssne. ½. P. 85-88.
8. George A. Bont R.L. Lari A.R. Gang R.K. Aknte Hrom bacytopenic crisis Following burns Complicated by staphylococcal septicemia Burns 2001. vol.27. P 84-88.

АМПУТАЦИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Ш.Ш. ДЖУМАГЕЛДИЕВ,
И.Б. МУСТАФАКУЛОВ, Х.К. КАРАБАЕВ,
К.Р. ТАГАЕВ, М.Х. МУХАММАДИЕВ

1 - Самаркандский Государственный
медицинский институт, Республика Узбекистан,
г. Самарканд

2 - Самаркандский филиал Республиканского
Научного Центра Экстренной медицинской
помощи

В статье проведен анализ результатов лечения 34 пострадавших с глубокими термическими поражениями верхних и нижних конечностей, в возрасте от 15 до 65 лет. Среди наблюдаемых больных с глубокими ожогами ампутации конечностей произведены у 28 больных на 32 конечностях. Представлены показания, техника операций, введение послеоперационного периода, которое позволяет существенно улучшить результаты лечения, максимально сохранить функцию пораженных конечностей, увеличит лечебные возможности комбустиологии для спасения жизни обреченным больным с некомпенсированной утратой кожного покрова.

Ключевые слова: ожоговая травма, ампутация, хирургическое лечение.