

*С. А. Жидков<sup>1</sup>, В. Е. Корик<sup>1</sup>, С. И. Перепелица<sup>1</sup>, Д. А. Ключико<sup>1</sup>, С. В. Федоренко<sup>2</sup>,  
К. Я. Пелькин<sup>2</sup>, А. Н. Ярохович<sup>3</sup>*

## **НАДКОЛЕННАЯ АМПУТАЦИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГАНГРЕНЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Кафедра военно-полевой хирургии военно-медицинского факультета  
в УО «Белорусский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>,  
Учреждение здравоохранения «2-я городская клиническая больница»<sup>2</sup>*

*Лечебный факультет УО «Белорусский государственный медицинский университет»<sup>3</sup>*

---

**Х**ронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей составляют более 20% всех видов сердечно-сосудистых заболеваний, что соответствует 2–3% общей численности населения. Гангрена конечности при этом возникает у 15–20% больных, что требует проведения различных ампутаций. В 70–80% случаев это ампутации на различных уровнях бедра (надколенные). Послеоперационная летальность при этом достигает 40%.

Нами проведен анализ выполнения надколенных ампутаций за 2 года 116 пациентам с гангреной нижних конечностей у пациентов в возрасте от 42 до 93 лет.

Из них лица в возрасте 20–60 лет составили 20 человек (17,2%); 61–74 – 49 (42,2%); 75–89 – 45 (38,8%); 90 лет и старше – 2 (1,8%). Мужчин было 80 (68,9%), женщин – 36 (31,1%). У 88 (75,7%) причиной гангрены был атеросклероз, у 28 (24,3%) – сахарный диабет.

89 больных (76,7%) поступили позже 3 суток от момента возникновения четких признаков гангрены пальцев и стопы.

Все поступившие имели сопутствующие заболевания, при чем у 100% это была патология сердечно-сосудистой системы (ИБС, АГ, аритмия). Причем, если в возрасте 40–60 лет на одного больного было 1,8 сопутствующих заболеваний, то в 61–74 года – 2,2; 75–89 лет – 2,6; 90 лет и старше – 3,0.

При поступлении все пациенты осматривались терапевтом (в 68,6% случаев – кардиологом) с назначением соответствующего лечения. Ампутация бедра производилась в сроки от 1 до 5 дней с момента поступления. В первые сутки, после интенсивной предоперационной подготовки, с участием анестезиолога, оперировались лица с влажной гангреной и нарастающими симптомами интоксикации. Остальные оперировались по мере коррекции нарушения функции жизненно важных органов (в первую очередь – сердца).

110 пациентов (94,8%) оперированы под спинно-мозговой анестезией; 6 (5,2%) – под эндотрахеальным наркозом. Продолжительность операции до 40 минут была в 75 случаях (64,6%); 40–60 мин – в 33 (28,5%); 1–1,5ч – 8 (6,9%).

В послеоперационном периоде более суток в отделении реанимации находились 21 па-

циент (18,1%) с нарушением гемодинамики, из них 15 (83,3%) были 75 лет и старше по возрасту. В послеоперационном лечении всех оперированных принимал активное участие кардиолог. Гемотрансфузии в этот период производились 43 больным (37,2%), независимо от возраста.

В послеоперационном периоде в 100% случаев наблюдались боли в культе, продолжительностью от 2 до 10 суток, которые купировались по стандартной методике. Нагноение швов культи наблюдались в 2 (1,3%) случаях. Из общих осложнений в 13 случаях (11,2%) развилась пневмония; в 5 (4,3%) – желудочно-кишечное кровотечение; в 5 (4,3%) – ТЭЛА; в 5 (4,3%) – острый коронарный синдром; в 4 (3,4%) – сепсис.

Средняя длительность лечения составила 27,6 суток. В послеоперационном периоде умерло 9 (7,7%) больных. Основная причина смерти – развитие полиорганной (в основном сердечно-сосудистой) недостаточности.

Таким образом, одними из главных условий успешного выполнения надколенных ампутаций является пред- и послеоперационная коррекция гомеостаза, длительность операции до 1 часа и лечение больных по показаниям в отделении реанимации в послеоперационном периоде.