

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	7
Список сокращений.....	8
ЧАСТЬ I. ХИРУРГИЯ	9
Глава 1. Анестезия в амбулаторной хирургии.....	9
1.1. Аппликационная анестезия.....	11
1.2. Инфильтрационная анестезия.....	11
1.3. Проводниковая анестезия.....	11
1.4. Регионарная внутривенная анестезия.....	14
Глава 2. Доброкачественные новообразования кожи и подкожной клетчатки.....	15
2.1. Атерома.....	15
2.2. Гемангиома.....	24
2.3. Гигрома (ганглий).....	25
2.4. Гломусная опухоль.....	28
2.5. Кожный рог.....	28
2.6. Ксантома.....	29
2.7. Липома.....	29
2.8. Липоматоз.....	39
2.9. Меланома.....	41
2.10. Неврома послеоперационного рубца.....	42
2.11. Невус (родинка).....	43
2.12. Папиллома.....	44
2.13. Подошвенная бородавка.....	46
Глава 3. Заболевания артерий.....	50
3.1. Артериальный тромбоз и эмболия.....	50
3.2. Атеросклероз сонных артерий.....	52
3.3. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей.....	53
3.4. Облитерирующий эндартериит нижних конечностей.....	62
3.5. Облитерирующий тромбангиит (болезнь Бюргера).....	63

Глава 4. Гнойная хирургия	64
4.1. Абсцесс	64
4.2. Вросший ноготь (онихокриптоз)	66
4.3. Гангрена конечности	86
4.4. Гидраденит.....	87
4.5. Диабетическая стопа	90
4.6. Карбункул	92
4.7. Лактостаз	93
4.8. Лигатурный свищ.....	94
4.9. Лимфаденит.....	96
4.10. Лимфангит	97
4.11. Мастит.....	98
4.12. Остеомиелит	100
4.13. Панариций	101
4.14. Пиогенная гранулема	106
4.15. Рожистое воспаление	107
4.16. Трофические язвы	110
4.17. Флегмона	117
4.18. Фурункул	119
4.19. Эризипелоид.....	121
Глава 5. Маммология	122
5.1. Общие правила обследования пациенток с заболеваниями молочных желез	122
5.2. Заболевания молочных желез	126
Глава 6. Проктология	131
6.1. Анальная трещина	131
6.2. Анальный зуд	132
6.3. Геморрой.....	133
6.4. Киста копчика (эпителиальный копчиковый ход)	136
6.5. Парaproктит	137
Глава 7. Заболевания органов брюшной полости	139
7.1. Боль в животе	139
7.2. Желудочно-кишечное кровотечение	140
7.3. Механическая желтуха	142
7.4. Острый аппендицит.....	143
7.5. Острый панкреатит	145
7.6. Острый холецистит.....	147
7.7. Паховая грыжа	149
7.8. Перфорация полого органа брюшной полости	151
7.9. Пупочная грыжа	152

Глава 8. Другие заболевания и состояния, встречающиеся в практике амбулаторного хирурга, а также некоторые общие вопросы	154
8.1. Ангиопротекторы	154
8.2. Антибиотики	155
8.3. Биопсия	156
8.4. Инородное тело	157
8.5. Кожная пластика	159
8.6. Кровотечение	161
8.7. Лимфедема (лимфостаз)	163
8.8. Лимфопресс (перемежающаяся компрессия)	166
8.9. Межреберная блокада	167
8.10. Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)	167
8.11. Ожоги	169
8.12. Осумкованная гематома	173
8.13. Отморожения	174
8.14. Первичная хирургическая обработка раны	176
8.15. Плоскостопие	177
8.16. Подногтевая гематома	178
8.17. Полуспиртовая повязка	180
8.18. Пункция	180
8.19. Пункция сустава	181
8.20. Ректальное исследование	182
8.21. Укушенные раны	183
8.22. Ущемление пальца в кольце	185
8.23. Хирургические швы	186
ЧАСТЬ II. ФЛЕБОЛОГИЯ	192
Глава 9. Варикозная болезнь	192
9.1. Варикозная болезнь нижних конечностей	192
9.2. Варикозное расширение вен малого таза	205
9.3. Флебопатия	206
9.4. Склеротерапия	207
Глава 10. Венозный тромбоз и его осложнения	223
10.1. Тромбоз, тромбофлебит вен нижних конечностей	223
10.2. Тромбоз, тромбофлебит вен верхних конечностей	227
10.3. Тромбоэмболия легочных артерий	228
10.4. Посттромбофлебитическая болезнь	229
10.5. Профилактика тромбоза и тромбоэмболии при операциях	232

ЧАСТЬ III. АРТРОЛОГИЯ	234
Глава 11. Общие принципы диагностики и лечения воспалительных заболеваний суставов и околоуставных тканей	234
Глава 12. Заболевания суставов.....	237
12.1. Артрит	237
12.2. Артрит гнойный.....	246
12.3. Артроз	247
12.4. Синовит коленного сустава.....	255
Глава 13. Заболевания околоуставных тканей.....	257
13.1. Болезнь де Кервена	257
13.2. Болезнь Дюпюитрена (контрактура Дюпюитрена).....	260
13.3. Болезнь Нотта (щелкающий палец)	262
13.4. Бурсит.....	262
13.5. Киста Бейкера (подколенная киста).....	264
13.6. Периартрит	265
13.7. Плечелопаточный периартрит	267
13.8. Пяточная шпора	270
13.9. Синдром карпального канала	274
13.10. Стилоидит	277
13.11. Тендовагинит.....	279
13.12. Энтезиопатия	280
13.13. Эпикондилит.....	281
Заключение	283
Библиографический список	284
Предметный указатель	287

ЧАСТЬ I

ХИРУРГИЯ

Глава 1

АНЕСТЕЗИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

В амбулаторной хирургии чаще всего применяется местная анестезия. Другие методы обезболивания (наркоз, эпидуральная анестезия) возможны только при наличии в учреждении стационара одного дня. Местная анестезия — блокада болевых импульсов на различных уровнях (кроме головного мозга) во время операций или манипуляций — не требует «выключения» сознания и выполняется при помощи фармакологических препаратов — анестетиков.

Для местной анестезии применяют шприцы от 1 до 10 мл, иглы различной длины и диаметра. Наиболее часто применяемые анестетики — лидокаин и новокаин в концентрации от 0,25 до 2%.

При введении анестетиков нужно стараться применять минимально достаточную концентрацию препарата и вводить его минимальное количество. Важно достичь полной анестезии при вмешательстве. Если по каким-то причинам предполагается, что полного обезболивания достигнуть не получится (например, при флегмоне или большом абсцессе), пациента следует направить в стационар.

Важно — перед применением нужно всегда осматривать не только упаковки с препаратом, но и каждую ампулу. Это нужно, чтобы убедиться в том, что будет применяться препарат нужной концентрации. Пример: для амбулаторных операций применяют ампулы с 2%-ным (20 мг/мл) лидокаином, максимально допустимая доза которого составляет 20 мл у взрослого пациента. Однако существует еще 10%-ный (100 мг/мл) лидокаин, максимальная доза которого будет, соответственно, 4 мл. К сожалению, в операционную иногда попадает 10%-ный лидокаин, применение которого по ошибке вместо 2%-ного может вызвать тяжелые осложнения и даже смерть пациента. По моему мнению, подавляющее большинство

случаев смерти при применении лидокаина наступало именно при ошибочном применении 10%-ной концентрации препарата.

Форма выпуска лидокаина — ампулы по 2 мл 2%-ного раствора. При необходимости применения более низких концентраций препарата (например, 1, 0,5%), 2%-ный раствор лидокаина (как и любых других анестетиков) можно разводить физиологическим раствором. Так, если 2%-ный лидокаин развести с физраствором 1:1, то получаем 1%-ный раствор и т.д.

В зонах с высокой кровоточивостью (волосистая часть головы, область бикини) в новокаин и лидокаин можно добавлять адреналин — он вызывает спазм сосудов и уменьшает кровоточивость тканей. Чтобы получить выраженный сосудосуживающий эффект, достаточно добавить в шприц с анестетиком 0,1 мл адреналина. Суммарная доза на одного пациента не должна превышать 0,3 мл, в противном случае возможна тахикардия, повышение артериального давления. Адреналин следует с большой осторожностью применять у пациентов с гипертонией, нарушениями ритма и другой сердечной патологией. Не следует применять его при анестезии под жгутом (например, на пальцах по Лукашевичу — Оберсту) — сосудистый спазм в сочетании со жгутом может вызвать ишемию и даже гангрену пальца.

Вместо сочетания адреналина с новокаином или лидокаином можно воспользоваться анестетиками, которые применяют в стоматологии (например, убистезин). В них обычно уже есть сосудосуживающий препарат. Такие анестетики также можно разводить физраствором. Важно следить, чтобы не было превышения максимально допустимой дозы, так как для всех препаратов она разная.

В зависимости от блокирования болевого уровня различают:

- терминальную, или аппликационную, анестезию (воздействие только на периферические болевые рецепторы) — в амбулаторной хирургии практически не применяется из-за недостаточной глубины воздействия. Может ограниченно применяться в виде анестезирующих гелей при удалении мелких поверхностных папиллом, да и то, проще сделать «пуговку» из лидокаина под бородавкой инсулиновым шприцем с тонкой иглой, чем ждать полчаса, пока подействует гель;
- инфильтрационную анестезию (воздействие на ткани в зоне операции);
- проводниковую анестезию (блокада периферических нервов выше зоны вмешательства);
- регионарную внутривенную анестезию (за счет заполнения анестетиком венозного русла обеспечивается анестезия в дистальном отделе конечности);

- эпидуральную и спинальную анестезию (болевые импульсы блокируются на уровне спинного мозга) — в амбулаторной хирургии не применяется, так как необходимо участие анестезиолога и послеоперационное наблюдение.

1.1. Аппликационная анестезия

Применяется для радиоволнового и лазерного удаления небольших папиллом и невусов. Для аппликационной анестезии используют гели, действующим веществом которых чаще всего является лидокаин. Гель наносят на кожу, закрывают специальной пленкой и выжидают 20–30 мин. Широкого распространения этот вид анестезии в амбулаторной хирургии не получил, так как не всегда наступает полная анестезия места манипуляции, требуется довольно много времени для достижения анестезии. Аппликационную анестезию чаще применяют в косметологии.

1.2. Инфильтрационная анестезия

Широко применяется в амбулаторной хирургии (например, для вскрытия абсцессов, удаления доброкачественных новообразований). После введения анестетика действие его наступает сразу, выжидать перед вмешательством (как, например, при проводниковой анестезии) не нужно. Для инфильтрационной анестезии обычно применяют новокаин или лидокаин в концентрациях от 0,25 до 2%. Для анестезии кожи на шприц можно надевать инсулиновую иглу 26–29G — это позволяет уменьшить болевые ощущения от введения и снизить расход анестетика.

1.3. Проводниковая анестезия

При проводниковой анестезии анестетик вводят в область прохождения нервного ствола, который иннервирует зону операции. Например, при операциях на пальцах анестетик вводят в основание пальца. Для проводниковой анестезии применяют более высокие концентрации анестетиков (1–2%-ные растворы лидокаина и новокаина). После введения анестетика для полного обезболивания нужно время (5–10 мин), за которое препарат проникает на всю толщу нерва. Типичной ошибкой является недостаточное ожидание и раннее начало операции — вмешательство нужно начинать только при достижении полной анестезии.

Анестезия по Лукашевичу—Оберсту. Чаще всего в амбулаторной хирургии применяется проводниковая анестезия по Лукашевичу—Оберсту.



Рис. 1.1. Инъекция при анестезии по Лукашевичу—Оберсту



Рис. 1.2. Жгут при анестезии по Лукашевичу—Оберсту

Техника анестезии по Лукашевичу—Оберсту. По боковой поверхности основной фаланги производится вкол иглы и продвижение ее в сторону кости фаланги (рис 1.1). После упора в кость иглу отодвигают на себя на 1—2 мм и вводят 2 мл 2%-ного раствора новокаина или лидокаина. Такую же манипуляцию проделывают с другой стороны пальца.

При анестезии второго—пятого пальцев стопы возможно введение по 1 мл анестетика с каждой стороны. Для уменьшения боли при самой анестезии можно применять шприцы объемом 1—2 мл и тонкую иглу 26G, а лучше — 30G. Тонкая игла и маленький шприц снижают скорость нагнетания анестетика, что уменьшает болезненность при его введении.

После введения анестетика на основание пальца накладывают жгут из аптекарской резинки с фиксацией зажимом (рис. 1.2).

Жгут накладывают больше для обескровливания зоны операции, чем для «удержания» анестетика. Анестезия наступает через 5—10 мин и держится более 1 ч.

Анестезия по Брауну—Усольцевой. Применяется при операциях на кисти, при вмешательствах на средних и основных фалангах пальцев кисти, когда невозможно применить анестезию по Лукашевичу—Оберсту (например, при вовлечении в гнойный процесс основной фаланги пальца).

Техника анестезии по Брауну-Усольцевой. В межпальцевые промежутки на уровне между головками пястных костей с тыльной поверхности кисти вводят 1%-ный новокаин (рис. 1.3). На один промежуток расходуется от 5 до 10 мл новокаина. Анестезия наступает через 5—10 мин и длится до полутора часов.



Рис 1.3. Анестезия по Брауну—Усольцевой

Недостатки:

- большое количество анестетика может вызвать побочные эффекты;
- для обескровливания зоны операции приходится накладывать жгут на предплечье, что может быть довольно болезненно, так как проксимальная часть кисти и нижняя треть предплечья не обезболены.



Рис. 2.9. Атерома волосистой части головы. Этап удаления



Рис. 2.10. Атерома волосистой части головы. Этап удаления