

Ельшанский, Игорь Витальевич.

Е56 Амбулаторная хирургия, флебология, артрология для врачей и пациентов : учебное пособие / И.В. Ельшанский. — Москва : КНОРУС, 2021. — 290 с. — (Специалитет).

ISBN 978-5-406-02523-9

Посвящено заболеваниям, с которыми сталкивается врач-хирург на амбулаторном приеме. Амбулаторному хирургу традиционно приходится заниматься не только собственно хирургическими заболеваниями, но и заболеваниями вен и суставов, поэтому в книге имеются соответствующие разделы. Подробно описаны основные операции и манипуляции, выполняемые врачом в амбулаторных условиях.

Соответствует ФГОС ВО последнего поколения.

Для студентов медицинских вузов, врачей поликлиник, клинических ординаторов и пациентов, проявляющих интерес к медицине.

Ключевые слова: хирургия; флебология; артрология; амбулаторная хирургия.

**УДК 617(075.8)
ББК 54.5я73**

Ельшанский Игорь Витальевич
**АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ, ФЛЕБОЛОГИЯ, АРТРОЛОГИЯ
для врачей и пациентов**

Изд. №569112. Формат 60х90/16. Гарнитура «Petersburg».

Усл. печ. л. 18,5. Уч.-изд. л. 17,3.

ООО «Издательство «КноРус».

117218, г. Москва, ул. Кедрова, д. 14, корп. 2.

Тел.: +7 (495) 741-46-28.

E-mail: welcome@knoirus.ru www.knoirus.ru

Отпечатано в АО «Т8 Издательские Технологии».

109316, г. Москва, Волгоградский проспект, д. 42, корп. 5.

Тел.: +7 (495) 221-89-80.

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. Эризипеллоид	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. Паранекроз	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 (пережимающаяся 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 кольцо	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. Тромбозмболия легочных артерий	228
10.4. Посттромбофлебитическая болезнь	229
10.5. Профилактика тромбоза и тромбозмболии 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. Синовиит 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

ПРЕДИСЛОВИЕ

Все течет и все меняется. Прогресс не стоит на месте. Меняется и амбулаторная хирургия. Накапливаются новые знания, меняются традиционные представления о подходах к лечению, появляются новейшие диагностические и лечебные методики.

Автор занимается хирургией более 25 лет, и это дало ему возможность в данной работе обобщить свой значительный личный опыт и подробно осветить различные стороны амбулаторной практики. В книге показаны современные подходы к лечению известных хирургических заболеваний и продемонстрированы новые возможности с учетом традиционных подходов и новых технологий.

Книга написана в научно-популярном стиле и хорошо иллюстрирована собственными клиническими наблюдениями. Она будет интересна и полезна не только для врачей хирургических специальностей, ординаторов, студентов, интернов, но и для пациентов.

*Кандидат медицинских наук
А.Ш. Гармаев.*

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	– артериальное давление
АСЛО	– антистрептолизин О
БПВ	– большая подкожная вена
ГКС	– глюкокортикостероиды
ДПС	– дренажно-промывная система
ЖКТ	– желудочно-кишечный тракт
КТ	– компьютерная томография
ЛПВП	– липопротеиды высокой плотности
ЛПНП	– липопротеиды низкой плотности
МНО	– международное нормализованное отношение
МПВ	– малая подкожная вена
МРТ	– магнитно-резонансная томография
НПВС	– нестероидные противовоспалительные средства
ОАСНК	– облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей
ПТФБ	– посттромбофлебитическая болезнь
ПХО	– первичная хирургическая обработка раны
РВГ	– реовазография
РХПГ	– эндоскопическая ретроградная холангио-панкреатография
РЧА	– радиочастотная абляция
СОЭ	– скорость оседания эритроцитов
СПС	– сафено-подколенное соустье
СФС	– сафено-фemorальное соустье
ТГВ	– тромбоз глубоких вен
ТЭЛА	– тромбоэмболия легочных артерий
УЗАС	– ультразвуковое ангиосканирование
УЗИ	– ультразвуковое исследование
ХАНК	– хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей
ХВН	– хроническая венозная недостаточность
ЦОГ	– циклооксигеназа
ЭВЛО	– эндовазальная лазерная облитерация
ЭГДС	– эзофагогастродуоденоскопия
ЭКГ	– электрокардиограмма
ЭПСТ	– эндоскопическая папиллосфинктеротомия

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 концентрациях 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 «путовку» из лидокаина под бородавкой инсулиновым шприцем с тонкой иглой, чем ждать полчаса, пока действует 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);

- эндуральную 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, выждать перед вмешательством (как, например, при проводниковой анестезии) не нужно. Для инфильтрационной анестезии обычно применяют новокаин или лидокаин в концентрации 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 толщину 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.

Анестезия в нижней трети предплечья по Брауну. При данной анестезии блокируются срединный, локтевой и лучевой нервы. Применяется для операций на кисти.

Техника анестезии в нижней трети предплечья. В проекции срединного нерва на 1 см ниже линии лучезапястного сустава, у локтевого края сухожилия локтевого сгибателя кисти производят вкол иглы. Иглу продвигают вглубь до 1 см, совершая всевозможные пробные движения. При получении эффекта парестезии (пациент сообщает, об ощущении «прострела» во второй–третий пальцы) в иглу вводят 10 мл 1%-ного новокaina. Далее переходят к анестезии локтевого нерва. Иглу вводят на 2 см выше линии лучезапястного сустава по лучевому краю сухожилия локтевого сгибателя кисти. Всевозможными движениями иглы получают парестезию в четвертый–пятый пальцы, после чего вводят 5 мл 1%-ного новокaina. В последнюю очередь блокируют кожную ветвь лучевого нерва. Для этого под кожу анатомической табакерки вводят 5 мл 1%-ного новокaina. Далее на предплечье накладывают артериальный жгут в средней трети и выжидают 10–15 мин, после чего наступает полная анестезия всей кисти.

1.4. Регионарная внутривенная анестезия

Применяется в основном при операциях на кисти. Особенно показана при гнойно-воспалительных заболеваниях, переходящих с кисти на дистальную часть предплечья, что не позволяет провести проводниковую анестезию в области запястья.

Техника регионарной внутривенной анестезии кисти и нижней трети предплечья. Накладывают венозный жгут на плечо, после чего пунктируют кубитальную вену (иглу направляют от центра к периферии). Жгут снимают, накладывают там же артериальный жгут, после чего ожидают, пока не прекратится активное поступление крови из иглы в кубитальную вену (опорожняется венозное русло). Далее в иглу вводят 30–40 мл 0,5%-ного раствора новокaina. Критерием правильности проведения анестезии является резкое побледнение дистальных отделов конечности при введении анестетика. Полная анестезия ниже места наложения жгута наступает через 5–10 мин после введения препарата.

2.1. Атерома

Атерома — доброкачественное образование из сальных желез кожи. Наиболее частая локализация — волосистая часть головы (рис. 2.1), туловище (особенно спина). Реже — лицо, конечности. Немедицинское название, которое часто употребляют пациенты, — жировик.



Рис. 2.1. Атерома волосистой части головы

Этиология. Основная причина — закупорка протока сальной железы. Секрет (отделяемое) железы накапливается, растягивает капсулу, постепенно формируется образование. Проток железы может закупориваться вследствие микротравмы, а чаще без видимых причин. При множественных атеромах можно думать о наследственной предрасположенности (возможно, врожденная узость протоков желез, либо нарушение обмена секрета).

Клиническая картина, диагностика. Атерома определяется в виде небольшого (от 0,5 до 2–3 см и более) безболезненного образования, которое всегда несколько возвышается над кожей и всегда спаяно с ней (то есть кожа над атеромой не смещается), может медленно расти. В центре атеромы почти всегда можно разглядеть устье выводного протока (рис. 2.2).

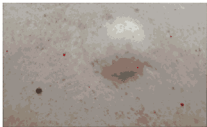


Рис. 2.2. Атерома

Атерома имеет капсулу, содержит атероматозные массы, напоминающие измельченное сало. Нередко при надавливании на атерому атероматозные массы выделяются через проток в виде белых «червячков». В сомнительных случаях уточнить диагноз помогает УЗИ.

На волосистой части головы встречаются множественные атеромы, которые со временем могут достигать довольно крупных размеров (рис. 2.3), в отдельных случаях формируя конгломераты (рис. 2.4).



Рис. 2.3. Множественные атеромы волосистой части головы



Рис. 2.4. Конгломерат из атером на волосистой части головы

Так как атерома соединена с внешней средой протоком, всегда есть угроза, что через проток она инфицируется, и произойдет нагноение. В этой ситуации в области ранее «спокойной» атеромы появляются умеренные боли, образование быстро (за несколько дней) увеличивается в размерах, над ним появляется покраснение (рис. 2.5), при выраженном воспалении может повышаться температура тела. Нагноение атеромы требует срочной операции.



Рис. 2.5. Нагноившаяся атерома затылка

Нередко атеромы нагнаиваются в области мочки уха (рис. 2.6).



Рис. 2.6. Нагноение атеромы в области мочки уха

Лечение. Лечение — только хирургическое. Никакими «народными» методами избавиться от атеромы нельзя. В своей практике я встречал пациентов, которые пытались применять агрессивные вещества — чистотел и т.п., нанося себе химические ожоги в ряде случаев с некрозом кожи (рис. 2.7).



Рис. 2.7. Отторгающийся некроз кожи после самолечения чистотелом

Показанием к плановой операции служит косметический дефект или просто желание пациента избавиться от образования. Срочная операция показана в случае нагноения атеромы.

На голове можно широко не сбривать волосы, сбривая их только над фрагментом кожи, который будет удален при операции (рис. 2.8).



Рис. 2.8. Экономное сбривание волос перед операцией

Чтобы длинные волосы не «лезли» в рану, их можно развести и заколоть по краям маленькими заколками-невидимками. При удалении атером на голове возможна сильная кровоточивость тканей. Чтобы избежать этого, можно добавить в анестетик адреналин (0,1 мл адреналина на 2 мл анестетика, но не более 0,3 мл адреналина на всю операцию, в противном случае может быть повышение АД, тахикардия). Можно также использовать анестетики, применяемые в стоматологии, — они уже идут в смеси с сосудосуживающим препаратом. Чтобы не превышать допустимую дозу, любые анестетики можно разводить физраствором.

Атерому удаляют под местной анестезией. Делают два окаймляющих разреза, чтобы удалить образование вместе с фрагментом кожи, с которым она спаяна, и устьем протока. После этого тонким зажимом выделяется капсула, и образование удаляется. Легче всего капсула выделяется при атеромах волосистой части головы (рис. 2.9—2.13).

На других частях тела, особенно на спине, капсула бывает плотно спаяна с окружающими тканями. При затруднении выделения капсулы можно просто иссечь образование в пределах подкожной клетчатки, хотя при этом будет более большой разрез и более выраженная кровоточивость тканей при операции. При удалении крупных атером возможно довольно значительное натяжение краев раны, поэтому для ушивания лучше использовать нить толщиной 3/0, чтобы избежать разрывов при затягивании узла.



Рис. 2.9. Атерома волосистой части головы. Этап удаления



Рис. 2.10. Атерома волосистой части головы. Этап удаления



Рис. 2.11. Атерома волосистой части головы. Этап удаления



Рис. 2.12. Ушивание раны



Рис. 2.13. Вид раны после ушивания

При значительном натяжении краев раны швы нужно снимать не ранее 12, а лучше 14 дней после операции, в противном случае высока вероятность расхождения краев раны. На голове кожа срастается быстрее, поэтому там можно снимать швы на 9–10 сутки даже при значительном натяжении.

При нагноении атеромы лучше вскрывать гнойник из линейного разреза и не ушивать рану, заживление происходит вторичным натяжением. Дело в том, что в случае нагноения атерома значительно увеличивается в размере, и если делать окаймляющий разрез, он получается неоправданно большим. К тому же из-за нагноения не получается ушить рану, что в итоге ведет к неудовлетворительному косметическому результату. Лучше вскрыть гнойник из небольшого разреза, опорожнить и санировать его, попытаться убрать капсулу. Если капсулу удалить не получилось (часто на фоне нагноения она бывает плотно спаяна с окружающими тканями), то после заживления раны и стихания воспаления можно сделать это из небольшого разреза в «холодном» периоде с наложением швов и хорошим косметическим результатом. К тому же капсула нередко лизируется гноем или вовлекается в рубец при заживлении, тогда повторного вмешательства не потребуется. В любом случае разрез при нагноившейся атероме должен быть такого размера, чтобы можно было адекватно санировать рану при перевязках (рис.2.14, 2.15).



Рис. 2.14. Нагноившаяся атерома



Рис. 2.15. Гнойник вскрыт из небольшого линейного разреза

При нагноившейся атероме в послеоперационном периоде показано назначение антибиотика, коротким курсом, на пять дней. Чаще всего назначают амоксицилав или ципрофлоксацин.

2.2. Гемангиома

Это доброкачественная опухоль, развивающаяся из стенки кровеносных сосудов. Может носить врожденный или приобретенный характер.

Локализация гемангиомы — чаще всего на коже или слизистых. Может располагаться в печени, селезенке, других внутренних органах.

Клиническая картина, диагностика. Чаще всего гемангиомы небольшие, размером от просяного зерна, но могут достигать и довольно больших размеров. Крупные гемангиомы обычно врожденные (рис. 2.16).

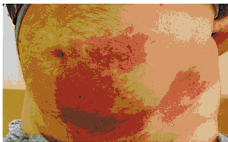


Рис. 2.16. Врожденная гемангиома кожи живота

Различают капиллярные и кавернозные гемангиомы.

Капиллярная гемангиома представляет собой пятно красного или синюшно-багрового цвета, немного возвышающееся над поверхностью кожи с гладкой поверхностью (рис. 2.17).

Кавернозные гемангиомы представляют собой выступающие над кожей бугристые образования ярко-красного или вишневого цвета, иногда дольчатого строения, бывают довольно больших размеров.

Характерный признак любой гемангиомы — при надавливании на образование пальцем оно бледнеет, при прекращении давления принимает свою обычную окраску.

Лечение. Хирургическое, образование иссекают или удаляют путем электрокоагуляции, криодеструкции. При обширных гемангиомах применяют склеротерапию, иногда — лучевую терапию, возможно хирургическое лечение. После операций по поводу обширных гемангиом нередко требуются пластические операции.



Рис. 2.17. Капиллярная гемангиома

2.3. Гигрома (ганглий)

Гигрома (ганглий) — доброкачественное образование в виде кисты со светлым желеобразным содержимым. Ганглий связан с сухожилиями или капсулой сустава ножкой, но не сообщается с полостью сустава или сухожильным влагалищем.

Наиболее частая локализация — тыльная и ладонная поверхность лучезапястного сустава (рис. 2.20), ладонная поверхность межфаланговых и пястно-фаланговых суставов, голеностопный сустав, иногда гигромы встречаются на тыльной поверхности ногтевых фаланг (рис. 2.18), встречаются и другие локализации (рис. 2.19).

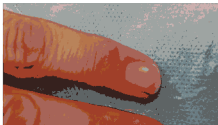


Рис. 2.18. Гигрома тыльной поверхности ногтевой фаланги



Рис. 2.19. Гигрома области I межпальцевого промежутка стопы

Этиология. Физические перегрузки (нередко встречается у спортсменов), травма, иногда причину появления установить не удается.

Клиническая картина, диагностика. Пациенты жалуются на наличие образований. В некоторых случаях могут быть боли при нагрузке.

Гигрома определяется в виде довольно плотного подкожного округлого образования величиной от 2–3 мм до 2–3 см (см. рис. 2.20). Кожа над ним не изменена, пальпация, как правило, безболезненна. Образование обычно подвижно (иногда подвижность ограничена), кожа над ним легко смещается.



Рис. 2.20. Гигрома ладонной поверхности лучезапястного сустава

Гигрома может медленно увеличиваться в размерах, иногда исчезает сама, затем обычно появляется вновь. На гигрому бывают похожи липомы, атеромы, другие доброкачественные образования. В сомнительных случаях делают УЗИ, рентгеновское исследование.

На фото ниже остеохондрома тыльной поверхности лучезапястного сустава внешне походила на гигрому. При УЗИ выяснилась нежидкостная структура образования. Рентген помог поставить правильный диагноз (рис. 2.21).



Рис. 2.21. Остеохондрома тыльной поверхности лучезапястного сустава

Лечение. Наиболее простым и малоинвазивным методом является пункция, после чего содержимое гигромы эвакуируется шприцем, а при размерах образования более 0,5 см в его полость через ту же иглу вводят динпроспан или кеналог без разведения (в количестве, равном примерно половине полученного отделяемого). Пункцию нужно выполнять толстой иглой 18G, так как содержимое гигромы может не пойти в иглу более тонкого диаметра. Иногда содержимое бывает настолько густым, что не идет даже в иглу 18G. В этом случае можно попробовать немного сжать гигрому, одновременно пытаться тянуть содержимое шприцем. После пункции рекомендуется ограничение физических нагрузок один месяц и эластическое бинтование две недели (если гигрома расположена в области лучезапястного или голеностопного сустава).

Наиболее надежный способ лечения гигромы — хирургический. Операцию рекомендуют, если после двух—трех пункций гигрома продолжает рецидивировать. Вмешательство проводят под местной анестезией. Из небольшого разреза тщательно выделяется оболочка, вплоть

до места сообщения ее с суставом (это место называют «ножкой»), после чего «ножку» перевязывают и гигрому отсекают. Момент перевязки «ножки» очень важен, так как если этого не сделать, сообщение с суставом не устранится, и риск рецидива будет довольно высок. Чтобы выделить и перевязать «ножку» гигромы требуется высокая квалификация хирурга, поэтому такую операцию должны делать хирурги, имеющие соответствующий опыт. Тем не менее, даже после операции возможен рецидив.

Существует метод «раздавливания» гигромы, лечение этим способом высокотравматично и применяется редко.

2.4. Гломусная опухоль

Гломусная опухоль (синонимы — ангионеврома, болезнь Барре—Массона) — образование из артерио-венозных анастомозов. Окружено соединительнотканной капсулой и содержит нервные окончания.

Наиболее частое место расположения опухоли — ногтевое ложе.

Клиническая картина, диагностика. Опухоль просвечивает через ногтевую пластинку в виде пятна темно-красного цвета, характерна острая боль, которая нередко отдает в плечо и даже шею. Боль обычно носит приступообразный, жгучий характер, может вызывать потоотделение, эмоциональные расстройства. Сама опухоль небольших размеров, плотная, имеет округлую форму, иногда может оказывать компрессирующее действие на кость фаланги, что бывает видно на рентгенограммах.

Лечение. Хирургическое. Под проводниковой анестезией по Лукашевичу—Оберсту отодвигают околоногтевой валик и приподнимают проксимальный край ногтевой пластины, после чего опухоль вылучивается, ногтевая пластинка ставится на место. При расположении опухоли более дистально от ногтевого валика можно сделать скальпелем «окно» в ногтевой пластинке. Сроки заживления — различные.

2.5. Кожный рог

Это доброкачественное образование на коже, состоящее из роговых масс.

Этиология. Точно не выяснена. Появляется преимущественно у пожилых пациентов.

Клиническая картина, диагностика. Кожный рог представляет собой образование конической или цилиндрической формы, растущее из кожи, желтовато-серого цвета, с ороговением. Может достигать размеров до 1 см.

Лечение. Образование удаляют электрокоагулятором, лазером или радиоволновым скальпелем под местной анестезией. Место удаления ежедневно обрабатывают фукорцином до формирования сухого струпа. Через некоторое время струп самопроизвольно отторгается.

2.6. Ксантома

Это образование, чаще возникающее при нарушениях липидного обмена, по сути, не является опухолью.

Клиническая картина, диагностика. Ксантома представляет собой небольшое (до нескольких мм) образование желтоватого цвета в виде папулы на коже. Локализуется чаще всего на коже ладоней, стоп, век, возможна и другая локализация. Гистологически ксантома состоит из макрофагов со скоплениями липидов внутри их цитоплазмы.

Лечение. Образование удаляют хирургическим путем либо лазером или радиоволновым скальпелем. Удалять ксантому имеет смысл только по косметическим соображениям — они не склонны к росту или озлокачествлению.

При обнаружении ксантомы обязательно нужно назначить анализ крови для определения липидного профиля, так как высокий уровень холестерина может явиться причиной атеросклероза артерий.

2.7. Липома

Липома — одно из наиболее часто встречающихся в практике амбулаторного хирурга доброкачественных новообразований. Представляет собой опухоль из жировой ткани. Немедицинское название, которое часто употребляют пациенты, — жировик.

Заболевание встречается у всех возрастных категорий, но чаще болеют мужчины и женщины от 25 до 50 лет. Наиболее распространенная локализация — на туловище (живот, спина, поясница), на руках (плечи, предплечья) и ногах (бедро). Реже они локализуются на голове, лице, шее. Почти никогда не встречаются на кистях, голенях и стопах. Чаще всего липомы располагаются подкожно, но встречаются и более глубоко расположенные образования — межмышечные, а также липомы внутренних органов. Глубина расположения оказывает влияние на технику удаления.

Образование характеризуется медленным ростом, хорошей подвижностью (практически никогда не спаяно с окружающими тканями и кожей). Рост липомы непостоянный. Образование может не расти годами,

но затем по непонятным причинам начать прогрессивно увеличиваться, достигая иногда значительных размеров — с куриное яйцо и более. На практике изредка встречаются гигантские липомы — размером с голову ребенка (рис. 2.22).



Рис. 2.22. Гигантская липома спины

Известны разновидности липом.

Липофиброма — в ней, наряду с жировой, присутствует соединительная ткань, что делает ее более плотной, соединительнотканными тяжами она может соединяться с окружающими тканями, что нередко технически затрудняет удаление.

Миолипома — частично состоит из мышечной ткани, часто располагается межмышечно или внутри мышц.

Ангиолипома — содержит большое количество сосудов, может находиться во внутренних органах и внутрикожно.

Липома Биша (горб Биша) — располагается в виде диффузного отложения жировой ткани в области седьмого шейного позвонка, оптимально удаление путем липосакции.

Редкие виды липом — миелолипома, оссифицированная липома (с элементами костной ткани).

Этиология. Точные причины появления неизвестны. Существуют несколько теорий (нарушение регуляторных белков, наследственность и др.), но ни одна из них достоверно не объясняет причин появления липом. Есть семьи, где можно достоверно отследить наследственный характер, когда множественные очаги наблюдаются сразу в нескольких поколениях.

Клиническая картина, диагностика. Липома представляет собой подвижное мягкоэластическое (иногда плотноеэластическое) на ощупь образование, размерами от 0,5 до 5 см (наиболее часто). В отдельных случаях ее размеры могут достигать 10, 20 см и более. Мелкие липомы могут быть незаметны и определяться только пальпаторно. Более крупные образования возвышаются над поверхностью кожи в виде бугров (рис. 2.23). Новообразование практически всегда безболезненно, никогда не воспаляется и не нагнаивается. Если имеющаяся «липома» воспалилась, то это заставляет думать о другом образовании — атероме или эпидермальной кисте.



Рис. 2.23. Липомы плеча

В сомнительных случаях диагноз помогает поставить ультразвуковое исследование, а при подозрении на липомы внутренних органов — МРТ. УЗИ помогает отличить липому от атеромы, гигромы, лимфоузла.

Лабораторная диагностика имеет малое значение — в анализе крови существенных изменений нет. В дифференциальной диагностике применяется биопсия — образование пунктируют тонкой иглой, полученный материал направляют в лабораторию. Это может позволить выявить липосаркому до операции. Для выяснения целесообразности пункционной биопсии пациента следует направить к онкологу.

Лечение. Консервативная терапия практически не применяется. За рубежом существуют методики введения в липому гормональных препаратов, но это чаще позволяет остановить рост и немного уменьшить образование в размерах. В России эти методы широкого распространения пока не получили.

Основной метод лечения — хирургический. Показанием к удалению служит рост липомы, косметический дефект, а также желание пациента (мелкие липомы можно не удалять, но если пациент хочет от них избавиться — это служит показанием к операции).

Противопоказанием к удалению липомы в амбулаторных условиях может быть ее большой размер (более 10 см), глубина расположения (межмышечно, во внутренних органах), непосредственная близость к крупным сосудам и нервам. В этой ситуации операцию нужно проводить в условиях стационара, с участием анестезиолога и бригады хирургов, возможностью послеоперационного наблюдения в палате.

В амбулаторных условиях удаление производят под местной анестезией. Применяются традиционные анестетики (лидокаин, новокаин в концентрации 0,25–1,0%). Для удаления липом на голове, где отмечается повышенная кровоточивость тканей, можно применять анестетики, используемые в стоматологии (они содержат сосудосуживающий препарат), не превышая рекомендуемых доз. Для понижения процента анестетика и получения большего объема, можно разводить его физиологическим раствором. Для анестезии при подкожных липомах достаточно обезболить только кожу в зоне разреза «лимонной коркой», инфильтрировать анестетиком всю окружающую образование подкожную клетчатку не требуется. Для уменьшения болевых ощущений от анестезии и экономии анестетика можно использовать иглу 26–27G (от инсулинового шприца) (рис. 2.24).



Рис. 2.24. Анестезия при удалении поверхностной мелкой липомы

Если образование расположено подкожно, его можно удалить из небольшого разреза. Разрез делают примерно в половину длины липомы. Когда находят образование в ране, его аккуратно выделяют из окружающих тканей москитом (рис. 2.25).



Рис. 2.25. Выделение липомы москитом

Затем, обхватив липому пальцами вместе с кожей или нажимая с двух сторон от раны (рис. 2.26), выдавливают липому наружу (рис. 2.27).



Рис. 2.26. «Выдавливание» липомы через небольшой разрез



Рис. 2.27. Липома извлечена из раны

Благодаря эластическим свойствам она обычно легко выходит через маленький разрез (рис. 2.28).



Рис. 2.28. Сравнительные размеры разреза и удаленной липомы

Гемостаз нужно выполнять только при активном кровотечении из раны — остановка кровотечения из совсем мелких сосудов в ране не требуется, к тому же это бывает затруднительно при небольшом разрезе. Это, конечно, несколько увеличивает риски послеоперационных гематом, но зато позволяет убрать липому из маленького разреза, что дает хороший косметический результат, который особенно актуален при липоматозе — множественных липомах. К тому же гематомы если

и возникают, то редко бывают обширными и бесследно проходят в течение 10—14 дней. На рану накладывают швы. Можно наложить как обычные узловые швы, швы по Донати, по Альговеру, так и внутрикожные (косметические). Косметические швы характеризуются отсутствием поперечных «полосок» на рубце. Шов по Альговеру является чем-то средним между швом по Донати и внутрикожным швом. При удалении больших липом остаточную полость в зависимости от размера дренируют или перчаточным выпускником, который вводит между швами, или дренажом в виде трубки от системы для внутривенного вливания, которую выводят через отдельную апертуру. Дренаж убирают на следующие сутки после операции. Для более хорошего косметического результата нужно использовать тонкие нити на atraumaticкой игле, из материалов, которые дают меньшую реакцию тканей, например полипропилен 5/0. Обычные швы снимают на восьмые—девятые сутки, а косметические — на 12—14-е.

Последнее время в интернете активно пропагандируются так называемые лазерный и радиоволновой методы удаления липомы. Таким способом коммерческие клиники привлекают наивных пациентов, оперируя красивыми терминами. На самом деле эти «методы» ничем не отличаются от обычного иссечения. Лазер и радиоволну применяют не для кожного разреза, а для рассечения глубжележащих тканей и гемостаза, по сути, используя как электрокоагулятор. Выполнение кожного разреза радиоволновым скальпелем или лазером, хотя и возможно, но вызывает ожог краев раны и только ухудшает заживление. Существуют мифы, что применение радиоволны и лазера позволяет не оставлять рубцов, не накладывать швы — все это не соответствует действительности.

При так называемом пункционно-аспирационном методе удаления липомы в проекции образования делают небольшой разрез, через который вводят отсос, напоминающий толстую иглу. Специальным вакуумным прибором липома «высасывается» через отсос. По своей сути процедура является липосакцией. Проблема в том, что липосакция хорошо подходит для удаления неизмененной жировой клетчатки. Липома является опухолью. Для ее полноценного удаления нужен визуальный контроль, который пункционно-аспирационный метод обеспечить не может. Если же после «высасывания» вслепую под кожей останется хотя бы небольшой фрагмент образования, это даст неизбежный рецидив. Так что большинство хирургов этот способ не применяют. Пункционно-аспирационный метод хорошо подходит только для лечения липомы Биша (распологающейся в области седьмого шейного позвонка). Это связано с тем, что клетки этого образования, по сути, не являются опухолевыми, и даже при неполном удалении каких-либо негативных последствий не будет. Такие операции чаще выполняют пластические хирурги.

При выявлении межмышечной липомы амбулаторный хирург должен оценить свои возможности, прежде чем браться за операцию. Нужно понимать, что для удаления таких липом требуется значительно большее количество анестетика, а также участие в операции ассистента. В некоторых случаях местной анестезии может быть недостаточно, и требуется наркоз. Особенно осторожно нужно подходить к удалению липом, расположенных в области лопаток, — нередко они уходят глубоко в мышечный массив. При сомнениях лучше направить пациента в стационар. Удаление межмышечных липом из небольших разрезов недопустимо. Нужен хороший обзор раны и доступ для выделения липомы и тщательного гемостаза в процессе операции (рис. 2.29–2.33).



Рис. 2.29. Удаление межмышечной липомы. Разрез



Рис. 2.30. Удаление межмышечной липомы. Этап выделения образования



Рис. 2.31. Удаление межмышечной липомы. Образование выделено



Рис. 2.32. Удаление межмышечной липомы. Ушивание раны швом по Донати



Рис. 2.33. Удаленная липома

Удаленную липому обязательно нужно направлять на гистологическое исследование.

После операции проводит перевязки через день, обрабатывая швы раствором бетадина или йода. Обычно пациенты делают такие перевязки самостоятельно после получения инструкций от хирурга. Если пациент перевязывается сам, его нужно предупредить, что в случае появления признаков осложнений (обширная гематома, отек, покраснение кожи в области раны и др.) нужно прийти на прием к врачу.

Осложнения после удаления липомы.

Гематомы. При удалении поверхностных липом из маленьких разрезов встречаются довольно часто, практически всегда небольшие гематомы, которые проходят самостоятельно в течение 10–14 дней. Для ускорения исчезновения можно применять троксевазин-гель местно. Наиболее крупные гематомы бывают после удаления межмышечных липом при несоблюдении тщательного гемостаза (рис. 2.34).

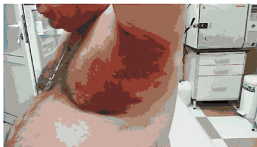


Рис. 2.34. Гематома после удаления липомы подмышечной области

Серома — скопление лимфы в зоне операции, встречается редко. Причина — повреждение лимфатических сосудов при вмешательстве. Проявляет себя припухлостью в области операции без отека и покраснения кожи. Уточнить диагноз позволяет УЗИ. Лечение — пункции. При глубоко лежащих серомах целесообразно проводить пункции под ультразвуковым контролем. При упорном накоплении сером можно применять давящие повязки и физиотерапию.

Нагноение послеоперационной раны. Встречается довольно редко. Проявляет себя отеком, болями, покраснением кожи в зоне операции,

повышением температуры тела. Лечение — в зависимости от локализации и обширности воспаления, снимают один или несколько швов, разводят края раны, saniруют ее антисептиками и дренируют марлевой салфеткой, пропитанной левомеколем, или перчаточным выпускником (при локальном поверхностном нагноении). Накладывают повязку с мазью «Левомеколь». Пациенту назначают антибиотик и делают ежедневные перевязки. Сложнее дело обстоит при воспалении под внутрикожным (косметическим) швом по Холстеду. Его приходится снимать либо полностью, либо распускать с одного края раны. При локальном поверхностном воспалении можно попытаться ввести перчаточный выпускник между стежками, но такая мера не всегда эффективна из-за плохого оттока, и чаще всего все же приходится распускать шов.

2.8. Липоматоз

Понятие липоматоз подразумевает наличие под кожей большого числа липом. В подавляющем большинстве случаев липомы при липоматозе располагаются подкожно, межмышечные липомы при этом заболевании встречаются крайне редко. Различают несколько видов липоматоза.

Липоматоз Роша—Лери. Это наиболее часто встречающаяся разновидность липоматоза, при которой опухоли располагаются преимущественно на верхних конечностях, туловище, реже — в верхней трети передней поверхности бедер. Доказана наследственная предрасположенность к заболеванию. В некоторых случаях отмечается наличие липоматоза Роша—Лери в нескольких поколениях, чаще у мужчин.

Болезнь Маделунга, или симметричный липоматоз, встречается редко. Наиболее часто локализуется на задней и боковых поверхностях шеи в виде разрастаний, напоминающих воротник. Встречается и системный симметричный липоматоз с поражением верхних конечностей, бедер, грудной клетки, живота.

Болезнь Деркума, или болезненный липоматоз. Довольно редкое заболевание, которому наиболее часто подвержены женщины после 45 лет. Характеризуется наличием множественных плотных липом, болезненных при пальпации. Как правило, сочетается с нервно-психическими нарушениями и заболеваниями эндокринной системы (гипофиз, щитовидная железа, надпочечники), поэтому требует системного лечения у соответствующих специалистов.

Этиология. Точные причины неизвестны, однако многими авторами отмечены предрасполагающие факторы. К ним относят наследственность, стрессы, неблагоприятное воздействие окружающей среды.

Клиническая картина, диагностика. При липоматозе под кожей конечностей (рис. 2.35), туловища образуются липомы. При пальпации они бывают разной плотности — от мягкоэластической до умеренно плотной, всегда подвижные и, как правило, безболезненные (исключение составляет липоматоз Деркюма). Кожа над ними легко смещается. Образования могут расти, достигая размеров куриного яйца и более. Иногда располагаются группами, формируя конгломераты.



Рис. 2.35. Липоматоз верхних конечностей

Лечение. Консервативной терапии не существует. Лечение — хирургическое. Не следует стремиться удалить все имеющиеся липомы. Основными показаниями к удалению являются быстрый рост образований, неудобства, причиняемые ими (трение об одежду, косметический дефект и др.). Существует миф, что удаление липом при липоматозе провоцирует рост новых образований. На самом деле это не так, новые липомы могут появляться вне зависимости от проведенных вмешательств.

Операция по удалению липом при липоматозе проводится так же, как при поверхностных липомах. Для косметического результата особенно важно удаление образований из маленьких разрезов. На удаление одной липомы уходит 5—10 мин. За одно посещение можно удалить до 10—15 образований. Для более хорошего результата вмешательство можно завершить наложением внутрикожного (косметического) шва. Это уве-

личиает время проведения операции, но дает лучший косметический результат. Чтобы не превышать дозу анестетика при удалении большого количества липом за один раз, рекомендуется применять 0,5–1%-ный раствор лидокаина (для этого 2%-ный раствор можно разводить физраствором до соответствующих концентраций). Анестетик можно вводить только в кожу, формируя «лимонную корку» в проекции разреза, этого обычно достаточно для безболезненного удаления поверхностной липомы. Для минимизации расхода анестетика можно использовать шприц 2 мл с инсулиновой (26–27G) иглой. Действуя таким образом, можно израсходовать не более 4–5 мл 2%-ного лидокаина для удаления 10–15 небольших липом и, таким образом, не приближаться к максимально допустимой дозе анестетика.

После операции пациент не испытывает каких-либо неудобств. Болевой синдром крайне мало выражен. Швы снимают на десятые сутки после операции.

2.9. Меланома

В данной книге мы не рассматриваем злокачественные образования, однако доброкачественные новообразования кожи настолько часто приходится дифференцировать с меланомой, что я счел необходимым написать про это заболевание. Итак, меланома — это опухоль из пигментных клеток. Является одной из самых злокачественных опухолей.

В целом меланома встречается довольно редко, составляя чуть более 1% всех злокачественных новообразований.

Этиология. Чаще всего меланома развивается из уже имеющихся невусов (родинки) на туловище, нижних конечностях, но возможно ее появление на любом участке кожи. Озлокачествление родинок чаще всего связано с травмой, чрезмерным воздействием солнечной радиации, некоторыми гормональными нарушениями.

Есть определенные виды невусов, которые чаще других трансформируются в меланому. Это синий невус Отта, пигментный пограничный невус, гигантский пигментный волосяной невус.

Клиническая картина, диагностика. На ранних стадиях диагностика меланомы бывает сложна.

Основными признаками озлокачествления невуса (родинки) являются:

- быстрое увеличение родинки в размерах, особенно с одновременным появлением рядом «дочерних» пигментных узелков;
- изменение цвета к более темному;
- неровность, «изрезанность» краев;

- неравномерная окраска — беспорядочное расположение черных, более светлых, розовых, белых участков;
- зуд, изъязвление в области родинки;
- появление «лучистых» разрастаний пигмента от родинки.

При появлении хотя бы одного из этих признаков следует немедленно направить пациента к онкологу. Чем раньше начато лечение меланомы, тем больше шансов на благоприятный исход, вплоть до полного выздоровления. При отсутствии у врача должного опыта диагностики меланомы следует направлять пациента к онкологу при обращении по поводу любого доброкачественного новообразования кожи.

Нужно помнить о том, что встречаются беспигментные меланомы в виде узлов на коже с шероховатой поверхностью. На подошвенной поверхности стоп беспигментная меланома чаще встречается в виде маленькой длительно незаживающей язвы.

В прогностическом плане большое значение имеет глубина инвазии меланомы — в начальных стадиях опухоль находится в самых поверхностных слоях кожи. По мере роста и проникновения в более глубокие слои дермы увеличивается риск появления регионарных и отдаленных метастазов, что значительно ухудшает прогноз.

Наиболее часто метастазирование происходит в регионарные лимфатические узлы, печень, легкие, кости.

Лечение. Широкое иссечение первичного очага, лучевая терапия, химиотерапия. Лечение проводится в специализированных онкологических стационарах.

2.10. Неврома послеоперационного рубца

Это разрастание в зоне травмированного нерва, состоящее из соединительной ткани периневрия и эндоневрия, срастающееся с разрастаниями из центральной части пересеченного нерва.

Этиология. Неврома послеоперационного рубца появляется после частичного либо полного пересечения нерва. Причиной ее появления может быть травма, хирургическое вмешательство (чаще всего ампутации). Иногда возникает после операций по поводу паховой грыжи.

Клиническая картина, диагностика. Основным проявлением заболевания является боль различной интенсивности в зоне операции. Боли могут появиться как сразу после операции, так и через один—три месяца и даже позже. Боль носит довольно стойкий характер, уменьшается при применении анальгетиков, но после их отмены возобновляется опять. Боль в ампутационной культе называется фантомной. При паль-

пацин можно нащупать болезненное уплотнение в зоне операции. Если болевой синдром вызван микроневромами, уплотнения может и не быть. В некоторых случаях помогает УЗИ.

Лечение. На ранних стадиях, в свежем рубце, возможно консервативное лечение — физиотерапия, блокады с дипроспаном, применение нестероидных противовоспалительных средств внутрь и местно.

Если неврома сформировалась, не поддается консервативному лечению, она подлежит хирургическому удалению.

2.11. Невус (родинка)

Родинка (невус) представляет собой четко очерченное гиперпигментированное пятно, может немного возвышаться над поверхностью кожи. Цвет — от светло- до темно-коричневого (рис. 2.36).

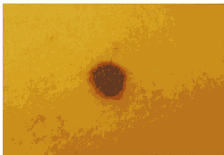


Рис. 2.36. Невус (родинка)

Размеры — от 1–2 мм до 1 см и более. Невусы бывают разных типов — папилломатозные, голубые, невус Отта и др. На родинке могут расти волоски — это считается признаком «доброкачественности» образования.

Удаление родинок. По сути, родинка не является заболеванием и не требует какого-либо лечения. Родинки имеет смысл удалять, только если они постоянно травмируются (например, одеждой, при бритье) или создают выраженный косметический дискомфорт.

Обычно родинки иссекают в пределах здоровых тканей, отступая от края 2–3 мм, на рану накладывают швы. Удаленное образование обязательно направляют на гистологическое исследование для исключения меланомы. Перед удалением необходима консультация онколога. При расположении невуса на лице для хорошего косметического результата, при наличии заключения онколога о доброкачественной природе образования, допустимо удалить его радиоволной или лазером вровень с кожей, а лучше немного «минусе ткань» без гистологии.

В редких случаях родинка может трансформироваться в злокачественное образование меланому. Факторы риска — светлая кожа, обилие родинок, семейный анамнез, отягощенный по меланоме. Перерождению может способствовать постоянная травматизация родинки.

2.12. Папиллома

Папиллома — доброкачественное образование, развивающееся из плоского или переходного эпителия.

Этиология. Появление папиллом может вызывать вирус папилломы человека (бородавки). Другая причина — нарушение обменных процессов в коже, чаще всего связанных со старением (сенильные папилломы).

Клиническая картина, диагностика. Образование на коже имеет форму сосочка (рис. 2.37).



Рис. 2.37. Папиллома

Может быть как на широком основании, так и на ножке. Для бородавок характерно наличие черных точек на поверхности образования — это тромбированные капилляры. Сенильные папилломы всегда на ножках, множественные, располагаются на шее, в зоне декольте, в подмышечных областях (рис. 2.38). Другое их название — мягкие фибромы.

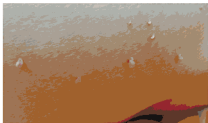


Рис. 2.38. Сенильные папилломы

Мелкие папилломы обычно не причиняют пациентам каких-либо неудобств, за исключением косметического дефекта. Крупные папилломы на ножке могут изъязвляться (рис. 2.39).



Рис. 2.39. Изъязвление крупной фибропапилломы на ножке

Папилломы также могут травмироваться одеждой, при бритье.

Может быть как на широком основании, так и на ножке. Для бородавок характерно наличие черных точек на поверхности образования — это тромбированные капилляры. Сенильные папилломы всегда на ножках, множественные, располагаются на шее, в зоне декольте, в подмышечных областях (рис. 2.38). Другое их название — мягкие фибромы.

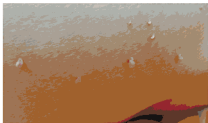


Рис. 2.38. Сенильные папилломы

Мелкие папилломы обычно не причиняют пациентам каких-либо неудобств, за исключением косметического дефекта. Крупные папилломы на ножке могут изъязвляться (рис. 2.39).



Рис. 2.39. Изъязвление крупной фибропапилломы на ножке

Папилломы также могут травмироваться одеждой, при бритье.

онухолей. Вирус, вызывающий появление подошвенных бородавок, не относится к таковым. Они никогда не становятся злокачественными, но могут причинять другие неудобства — боль, косметический дефект.

Клиническая картина, диагностика. Подошвенная бородавка представляет собой уплотнение на подошвенной поверхности стопы диаметром от 2 до 10 мм (иногда больше). Образование напоминает небольшую ороговелость, которая может быть как вровень с кожей, так и немного возвышаться над ней. Характерным считается наличие микроскопических темных точек на поверхности (тромбированные капилляры). Цвет — от бело-желтого до коричневого (рис. 2.40).



Рис. 2.40. Подошвенная бородавка

На ощупь бородавка плотная, нажатие на нее вызывает боль. От обычных бородавок и папиллом отличается более высокой плотностью, а также болезненностью при нажатии. Это связано с тем, что благодаря расположению подошвенные бородавки всегда подвержены давлению, нагрузке, что вызывает их ороговение, по виду они иногда напоминают маленькие ороговелости. Этим же фактором обусловлена и болезненность — при нажатии плотная бородавка давит на глубже лежащие ткани, вызывая боль (тут уместно сравнение с камушком в ботинке).

Лечение. При множественных подошвенных бородавках лечение следует начинать с консервативной терапии и удалять их уже после курса лечения. Назначают мазь Оксолин 3%, два—три раза в день три—четыре недели. На ночь желательно наносить мазь под повязку. На фоне применения мази кожа стоп может приобрести синеватый оттенок, это

нормально. Внутри назначают ликоид по 10 мг один раз в день 10 дней. При множественных бородавках часть из них, наиболее мелкие, исчезнет сама на фоне такого лечения. Те же, которые останутся, можно будет удалить.

Единичные бородавки можно удалять сразу.

Существуют некоторые особенности удаления подошвенных бородавок.

- Расположение на подошве увеличивает время заживления раны (за счет постоянного механического воздействия, потоотделения и др.).
- Удаляют подошвенные бородавки всегда глубоко, с формированием «кратера». Поверхностное удаление чревато оставлением «корней» бородавки и рецидивом.

Существует несколько методов удаления подошвенных бородавок. Все они сводятся к разрушению бородавки, но достигается это различными способами воздействия, которые можно разделить на три группы:

- 1) деструкция (разрушение с помощью лазера, радиоволны, электрокоагуляции);
- 2) химическое разрушение с помощью различных веществ (жидкий азот, салициловая кислота, щелочи и др.);
- 3) хирургическое иссечение.

Рассмотрим подробнее эти методы.

Наиболее эффективными являются методы деструкции, так как они полностью и с высокой точностью разрушают бородавку. Наиболее оптимальным следует признать удаление радиоволной и лазером. При них происходит наиболее бережное и в то же время глубокое удаление бородавки. При удалении электрокоагулятором происходит избыточное повреждение окружающих тканей, что ведет к более длительному заживлению раны и формированию более грубого рубца.

Химическое разрушение малоэффективно при лечении подошвенных бородавок, оно больше подходит для удаления мелких папиллом на других участках тела (то есть тех небольших образований, которые возвышаются над поверхностью кожи). Подошвенные бородавки располагаются почти вровень с кожей и довольно глубоко распространяются внутрь. Поэтому воздействие на них химического вещества либо недостаточно, чтобы полностью разрушить бородавку, либо, наоборот, слишком обширно и вызывает химические ожоги окружающих тканей, иногда с формированием длительно незаживающих язв.

Хирургическое иссечение применяется редко по двум причинам. Во-первых, обширное иссечение с захватом здоровых тканей тут просто не нужно и необоснованно увеличивает объем и травматичность вме-

пательства. Во-вторых, подошвенная поверхность стопы подвержена постоянному механическому воздействию (плюс выделение пота, ограниченная «вентиляция» раны из-за обуви). Все это в разы увеличивает риск нагноения под швами. Хирургическое удаление целесообразно, когда бородавка подозрительна на злокачественное образование и требуется гистологическое исследование удаленного материала.

Удаление проводят под местной анестезией. Следует помнить, что инъекция в область бородавки на подошве довольно болезненна. Поэтому желательно использовать инсулиновый шприц. После анестезии образование широко удаляют радиоволновым или лазерным методом, обязательно на достаточной глубине, с формированием «кратера». В ране коагулируют мелкие сосуды и обрабатывают ее фукоцином или 5%-ным раствором пермарганата калия, накладывают асептическую повязку. В послеоперационном периоде пациенту рекомендуют обрабатывать ранку теми же средствами до формирования сухого струпа. Пока в ранке сохраняется отделяемое, она должна находиться под повязкой. После формирования струпа повязку можно не носить, струп отторгается через три–шесть недель.

3.1. Артериальный тромбоз и эмболия

Артериальный тромбоз — острая закупорка просвета артерии, вызванная формированием тромба на измененной стенке сосуда. Изменения стенки могут быть вызваны облитерирующим атеросклерозом, травмой сосуда. На поврежденной стенке формируется тромб, который быстро закупоривает просвет сосуда.

Этиология. При артериальной эмболии просвет сосуда закупоривается оторвавшимся в другом артериальном сосуде или в полости сердца тромбом. Очень высок риск артериальной эмболии при мерцательной аритмии. При неравномерных сокращениях сердца в его полостях могут сформироваться тромбы, при отрыве и миграции которых по аорте и далее происходит эмболия сосудов, находящихся «по ходу следования тромба» — мозговых, артерий верхних конечностей, артерий кишечника (мезентериальные артерии), артерий нижних конечностей и др.

В результате артериального тромбоза или эмболии мгновенно прекращается доступ крови в ткани, за кровоснабжение которых отвечает закупоренный сосуд. Возникает острая ишемия тканей, которая вызывает сильную боль в пораженном органе (конечности, животе при тромбозе артерий кишечника) и ведет вначале к нарушению функций органа, а потом к омертвлению тканей — развивается гангрена. Тяжесть расстройств зависит от возможных путей обходного кровотока. Например, при тромбозе или эмболии общей бедренной артерии ишемия конечности тяжелая, так как альтернативных магистральных сосудов, поставляющих кровь в конечность, нет. При тромбозе же задней большеберцовой артерии на голени нарушения не столь тяжелы, так как кровь к ишемизированным тканям поступает из ветвей коллатеральных артерий — передней большеберцовой артерии и малоберцовой артерии голени.

Клиническая картина, диагностика. Заболевание начинается остро. Пациент жалуется на внезапную острую боль в конечности. Боль бывает очень сильной, может быть холодный пот и даже кратковременная потеря сознания. Конечность становится бледной, иногда мраморного цвета, холодной, пульсация артерий ниже места закупорки отсутствует. Позд-

нее развивается нарушение чувствительности, формируются контрактуры (ограничения движений). Сперва ограничиваются активные движения, когда пациент не может сам сделать движение, но при помощи другого человека движение возможно, а затем и пассивные, невозможно любое движение в конечности. При тромбозе или эмболии артерий конечности развивается острая ишемия (кислородное голодание) конечности, которая делится на следующие степени.

I степень — боль, легкие нарушения чувствительности в покое или при малейшей нагрузке.

II степень — делится на три подгруппы. Такое деление позволяет выбирать тактику ведения пациента в зависимости от отношения к подгруппе:

- *ПА степень* — парез конечности — снижение мышечной силы, активные движения сохранены с некоторым уменьшением их объема,
- *ПБ степень* — паралич конечности — активные движения отсутствуют, пассивные сохранены,
- *ПВ степень* — субфасциальный отек — на фоне сохраняющегося паралича появляется отек мышц под их оболочкой — фасцией. Отличительная особенность субфасциального отека — отек только на голени, стопа не отекает.

III степень — контрактура — невозможность активных и пассивных движений:

- *ША степень* — контрактура в дистальных суставах — пальцах, голеностопном суставе,
- *ШБ степень* — тотальная контрактура конечности.

Уточнить диагноз помогает УЗИ артерий, ангиография.

Лечение. Лечение проводится только в стационаре. При подозрении на острый тромбоз или эмболию пациент должен быть немедленно госпитализирован. В зависимости от степени ишемии возможно консервативное (тромболитизис, антикоагулянты, антиагреганты, ангиопротекторы, внутриаартеральный медикаментозный блок) или(и) оперативное лечение — удаление тромба, эндартерэктомия, шунтирующие операции.

При I степени возможна консервативная терапия, при неэффективности которой выполняют операцию. При ПА степени еще возможна консервативная терапия, но чаще предпочтение отдается операции. При ПБ степени — только оперативное лечение. При ПВ степени, когда мышцы сжаты отеком под фасцией, помимо операции на сосудах выполняют разрез на фасции (фасциотомия), чтобы освободить сжатые мышцы. III степень ишемии означает, что развитие гангрены конечности неизбежно. При ША степени еще возможны операции на сосудах, но только с целью

улучшения кровотока в еще жизнеспособных тканях, что в ряде случаев позволяет снизить уровень ампутации. IIIБ степень — однозначное показание к высокой ампутации (на уровне бедра).

3.2. Атеросклероз сонных артерий

Атеросклероз — поражение артерий, при котором на внутренней их стенке появляются плотные разрастания (атеросклеротические бляшки), которые сужают просвет артерии и ухудшают кровоток по ней. Заболевание обычно развивается после 40 лет, особенно у пациентов с высоким уровнем холестерина в крови, а также у курильщиков. Сонные артерии не являются исключением. При развитии атеросклероза в них также появляются бляшки, просвет сосуда сужается, и при стенозе более 60% высок риск развития такого грозного осложнения, как инсульт.

При атеросклерозе сонных артерий и повышении артериального давления бляшки могут отрываться от стенки сосуда и с током крови попадать в мозговые сосуды. При закупорке крупных сосудов прекращается кровоснабжение определенного участка мозга и развивается ишемический инсульт. При закупорке мелких сосудов происходит микроинсульт (его также называют транзиторной ишемической атакой).

При небольших, менее 50% просвета сосуда, стенозах возможно проведение консервативной терапии, направленной на понижение уровня холестерина в крови, улучшение мозгового кровообращения, улучшение обменных процессов в мозговой ткани. При более значительных стенозах, а особенно при наличии неврологической симптоматики, консервативной терапии недостаточно, и, чтобы избежать инсульта, требуется хирургическое лечение — каротидная эндартерэктомия или эндоваскулярные вмешательства.

Каротидная эндартерэктомия. Каротидная эндартерэктомия — операция, при которой удаляется внутренняя оболочка артерии вместе с атеросклеротическими бляшками. Кровоток по сосуду полностью восстанавливается, что служит надежной профилактикой инсульта.

Операция показана пациентам со стенозом просвета сонной артерии 60% и более.

По своей сути вмешательство представляет собой удаление атеросклеротической бляшки из сонной артерии.

Операцию делают под местным обезболиванием, но возможен и наркоз. Предпочтительнее местная анестезия, при которой бывает меньше осложнений, а реабилитация проходит быстрее.

При операции производится небольшой разрез артерии с «выскабливанием» ее внутренней стенки вместе с атеросклеротическими

блинками. На сосуд накладывают шов, кровоток восстанавливается. В некоторых случаях требуется замещение поврежденной стенки сосуда, которое выполняется из фрагмента вены, взятой у пациента.

Наиболее серьезным осложнением операции является инсульт, но частота его не превышает 3%. Риск развития инсульта немного выше у пациентов, у которых он уже был ранее. Но если операцию не делать, то вероятность развития инсульта несравнимо больше — до 80% в течение ближайших двух—трех лет.

Эндоваскулярные вмешательства на сонных артериях. К таким манипуляциям относят баллонную ангиопластику и стентирование. При баллонной ангиопластике просвет сосуда расширяют изнутри с помощью специального катетера, вводимого через подключичную артерию. При стентировании в просвет сосуда в зоне стеноза ставят специальный металлический стент, который расширяет просвет сосуда и не дает ему сужаться.

Данные вмешательства применяют у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, которым невозможно провести стандартную каротидную эндартеректомию, которая всегда предпочтительна. Это связано с тем, что при баллонной ангиопластике высок риск разрыва сосуда, а при стентировании срок службы стента обычно составляет не более 5 лет, после чего требуется более сложная операция.

3.3. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей

По данным различных авторов облитерирующему атеросклерозу сосудов нижних конечностей (ОАСНК) подвержено до 2% населения различного возраста и около 15–20% населения старше 60 лет. Первичное обращение пациентов с этим заболеванием происходит обычно на ранних стадиях и именно к амбулаторному хирургу.

Этиология. Основные этиологические моменты поражения атеросклерозом артерий нижних конечностей существенно не отличаются от механизмов формирования атеросклероза любых других локализаций. Основное значение придается нарушениям липидного обмена. На фоне повышенного содержания холестерина в крови происходит инфильтрация холестерином сосудистой стенки. При этом наибольшее значение имеет преобладание липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) по сравнению с липопротеидами высокой плотности (ЛПВП), которые также называют антиатерогенными липидами. Показатель, отражающий баланс между уровнем атерогенных и антиатерогенных липидов, получил

название индекса (коэффициента) атерогенности и является важным показателем предрасположенности к развитию атеросклероза.

Другим немаловажным этиологическим фактором является повреждение сосудистой стенки — курение, гипертония, иммунологические нарушения и др.

Значительно осложняет течение ОАСНК наличие сопутствующего сахарного диабета, мерцательной аритмии.

Патоморфология. Основные изменения развиваются в интиме артерий. Выделяют следующие 5 морфологических стадий атеросклероза.

Долипидная — характеризуется повышением проницаемости эндотелия, деструкцией базальной мембраны, деструкцией эластических и коллагеновых волокон.

Стадия липоидоза — происходит очаговая инфильтрация интимы артерий липидами.

Стадия липосклероза — в интиме артерии формируется фиброзная бляшка.

Стадия атероматоза — происходит деструкция бляшки с образованием язвы.

Стадия атерокальциноза — происходит кальцификация бляшки.

По типу поражения сосудистого русла различают сегментарный и диффузный атеросклероз. В первом случае процесс развивается на ограниченном участке сосуда от единичных бляшек до полной окклюзии просвета. Данный тип более благоприятен в плане потенциальной возможности выполнения шунтирующих реконструктивных операций на сосудах. Диффузный тип предполагает распространенное атеросклеротическое поражение преимущественно дистального русла, не оставляющего хирургу «окна» для наложения шунта или протеза. Удел таких пациентов — консервативная терапия с целью максимально оттянуть время возникновения гангрены.

Клиническая картина, диагностика. Клиническая картина заболевания зависит от стадии хронической артериальной недостаточности нижних конечностей (ХАНК). Основным субъективным проявлением заболевания является боль в икроножных мышцах, первое время связанная с ходьбой на различные дистанции, а затем и в покое. На поздних стадиях заболевания боли беспокоят не только в голених, но и в стопах, пальцах. Следует иметь в виду, что при поражении бифуркации аорты и подвздошных артерий боли могут возникать и в мышцах бедер, пояснице, нередко развивается импотенция (синдром Леринга). На болевом синдроме основано большинство клинических классификаций ХАНК.

Наиболее подходящей для клинического применения представляется классификация Фонтейна с некоторыми модификациями.

I стадия — пациенты жалуются на боли в икроножных мышцах при ходьбе около 1 км. Боль заставляет пациента хромать (перемежающаяся хромота), после отдыха хромота проходит. Указанные боли связаны с ишемией мышц, обусловленной затрудненным доступом к ним артериальной крови. На этой стадии симптомы носят преходящий характер, пульс на нижних конечностях сохранен на всех уровнях (может быть ослаблен), цвет нижних конечностей не изменен, атрофии мышц нет, однако может иметь место гипотрихоз (уменьшение оволосения дистальных отделов конечностей) и изменения ногтей в виде ломкости, склонности к грибковым заболеваниям.

IIa стадия — боли появляются при ходьбе на дистанцию от 200 до 500 м.

IIb стадия — перемежающаяся хромота возникает при ходьбе менее 200 м. На этой стадии можно наблюдать гипотрихоз, изменения ногтей, гипотрофию мышц голени, бледность кожных покровов дистальных отделов нижних конечностей. Пульс на стопе, как правило, отсутствует, выше — может быть сохранен в зависимости от уровня поражения. Следует обратить внимание на то, что многие пациенты обращаются к врачу именно на этой стадии, так как она существенно снижает качество жизни больных.

III стадия характеризуется выраженными нарушениями гемодинамики в конечности, основной ее признак — боли при ходьбе менее 50 м и боли в покое. Боли в покое в основном беспокоят пациентов ночью, так как горизонтальное положение конечности в постели уменьшает приток артериальной крови к дистальным участкам. Для увеличения притока крови, а следовательно, и уменьшения боли, пациентам приходится опускать ноги с кровати до нескольких раз за ночь. Основываясь на этом признаке, некоторые авторы выделяют IIIa и IIIb стадии заболевания.

IIIa стадия — пациенты опускают ноги с кровати до пяти раз за ночь.

IIIb стадия — опускают ноги более пяти раз за ночь или спят полусядя с опущенными ногами.

На третьей стадии заболевания все вышеуказанные расстройства (гипотрихоз, атрофия и др.) нарастают, присоединяются нарушения психической сферы, вызванные постоянной болью, недосыпанием. Пациенты становятся раздражительными, снижается вера в успех лечения, многие пытаются прибегнуть к «народным» средствам, что зачастую ухудшает течение заболевания, вызывая появление трофических расстройств, а иногда и гангрену. Пульс на стопе не определяется, на подколенной артерии — редко, на бедренной артерии чаще всего сохранен, но в случае более высокой окклюзии — не определяется.

IV стадия — развитие гангрены. Между третьей стадией и появлением гангрены в последнее время выделяют фазу критической ишемии конечности (*critical limb ischemia*), которая характеризуется интенсивными болями в покое с формированием поверхностных дистальных некрозов и трофических язв.

Гангрена проявляется появлением синюшных очагов на пальцах стоп или пятках, впоследствии приобретающих черный цвет. Очаги имеют тенденцию к распространению, слиянию, вовлечению в процесс проксимальных отделов стопы и голени.

Традиционно выделяют сухую и влажную гангрену. Основное их различие — в отграниченности (демаркации) участка некроза от других тканей. При сухой гангрене имеется участок черной кожи, четко отграниченный от окружающих неизмененных тканей, не имеющий тенденции к распространению. Общее состояние пациентов при этом не страдает (за исключением сохраняющихся болей), нет признаков интоксикации, отсутствует гипертермия. Такой тип гангрены при небольшом участке поражения (например, сухая гангрена дистальной фаланги пальца стопы), можно длительное время вести консервативно, не выставляя показаний к операции, в отдельных случаях возможно самоотторжение некротизированного участка. Поспешность с операцией в такой ситуации за счет операционной травмы может вызвать прогрессирование некротического процесса.

При влажной гангрене демаркация отсутствует, на стопе имеются участки как черного, так и синюшного цвета, проксимальнее очага некроза кожа гиперемирована, из-под некрозов имеется гнойное отделяемое с неприятным запахом. Имеются признаки интоксикации (жажда, тахикардия и др.), гипертермия до субфебрильных и фебрильных значений. Влажному процессу свойственно быстрое прогрессирование, с распространением некроза в проксимальном направлении.

В IV стадии ХАНК некоторые авторы различают *стадию IVA* — когда есть перспектива сохранения опорной функции конечности (например, если есть возможность выполнить ампутацию по Шарпу или Шопару с сохранением опорной функции пятки) и *стадию IVB* — когда пациенту показана высокая ампутация на уровне бедра или голени.

Наличие у пациента сопутствующей мерцательной аритмии может вызывать быстрый переход одной стадии артериальной недостаточности в другую. При мерцательной аритмии в левом желудочке сердца могут скапливаться тромботические массы, отрыв которых и миграция по большому кругу в нижние конечности может усугубить уже имеющийся стеноз артерий с переходом в более тяжелую стадию ишемии, вплоть до развития гангрены.

В диагностике ишемии конечности могут помочь некоторые пробы, например симптом прижатия пальца, симптом плантарной ишемии Оппеля, проба Гольдфлама, коленный феномен Панченко и др.

Симптом прижатия пальца — исследующий первым и вторым пальцами сжимает ногтевую фалангу первого пальца стопы пациента от подушечки к ногтю до ее побеления и удерживает так 10 с, затем резко отпускает. В норме происходит быстрое (в течение 1–2 с) обратное заполнение кровью и порозовение белого пятна. При артериальной ишемии конечности заполнение кровью идет значительно медленнее.

Для проведения **пробы Гольдфлама** пациента, лежащего на спине, просят приподнять ногу под углом примерно 45 градусов, после чего производить сгибательно-разгибательные движения в голеностопном суставе. Появление усталости или болей в икроножных мышцах через 15–20 движений или ранее говорит об ишемии конечности. Можно также проводить эту пробу на обеих нижних конечностях, что позволяет уточнить, с какой стороны ишемия выражена в большей степени.

Симптом плантарной ишемии Оппеля — исследующий поднимает ногу лежащего пациента на 45–50°. Быстрое (в течение нескольких секунд) побледнение подошвенной поверхности стопы говорит об ишемии конечности. Чем быстрее наступает побледнение, тем больше выражена ишемия.

Коленный феномен Панченко — пациент в положении сидя кладет согнутую в коленном суставе больную ногу на здоровую (как бы «ногу на ногу»). При артериальной ишемии быстро появляются онемение, боли, парестезии в голени и стопе.

Лабораторное обследование позволяет выявить пациентов с группами риска развития атеросклероза (повышение холестерина крови, индекса атерогенности), выявить пациентов с сахарным диабетом (повышенные уровни глюкозы в крови), который значительно осложняет течение заболевания, оценить состояние свертывающей системы крови (коагулограмма). Посев из трофической язвы позволяет выявить возбудители инфекции и назначить рациональную антибиотикотерапию.

Из инструментальных методов диагностики наиболее доступным и информативным методом, с успехом применяющимся в амбулаторных условиях, в настоящее время признано ультразвуковое дуплексное ангиосканирование артерий нижних конечностей (УЗАС) — метод ультразвукового исследования, позволяющий оценить состояние сосудистой стенки, выявить атеросклеротические бляшки, определить уровень и протяженность окклюзии артерии, оценить тип кровотока, измерить важные показатели (плече-лодыжечный индекс и др.). Исследование нужно проводить всем больным с подозрением на любую стадию ХАНК.

Реовазографию (РВГ) в настоящее время практически не применяют в диагностике ОАСНК, так как она позволяет определить только ухудшение артериального кровоснабжения нижних конечностей, что легко диагностируется по клиническим признакам и данным УЗАС.

Ангиография — рентгеноконтрастный метод исследования, применяется в условиях стационара, для уточнения локализации процесса и выбора метода оперативного вмешательства. Метод высокоинформативен, но так как в амбулаторной практике он не применяется, подробно останавливаться на нем мы не будем.

Нарушения микроциркуляции определяются с помощью капилляроскопии, транскутанного определения напряжения кислорода в поверхностных тканях и лазерной доплерографии — данные методы представляют больше научный, чем практический интерес.

Лечение. ОАСНК — хроническое, непрерывно прогрессирующее заболевание, требующее постоянного лечения и наблюдения за пациентом. Тактика лечения зависит от стадии заболевания, непосредственных клинических проявлений, сопутствующей патологии.

Всем пациентам, у которых выявлен ОАСНК, необходимо немедленно и навсегда отказаться от курения. Крайне важным представляется контроль уровня холестерина крови и его коррекция, которая может проводиться совместно с кардиологом. Всем пациентам необходима ЭКГ и консультация терапевта (кардиолога) для выявления таких факторов риска атеросклероза, как мерцательная аритмия, гипертоническая болезнь. При выявлении сахарного диабета пациент должен наблюдаться у эндокринолога.

На I и IIa стадии заболевания пациенту показано курсовое лечение сосудистыми препаратами (антиагрегантами, ангиопротекторами, средствами, улучшающими микроциркуляцию, и др.), например трентал, аспирин, никотиновая кислота, реополиглюкин, актовегин и др.

Можно рекомендовать следующую схему лечения.

1. Трентал 400 мг три раза в день — один месяц.
2. ТромбоАСС 100 мг/сут постоянно, пожизненно.
3. Никотиновая кислота 1,0 мл три раза в день в/м (можно по одной таблетке три раза в день) — три недели.
4. При возможности внутривенных капельных вливаний (например, при наличии дневного стационара):
5. Реополиглюкин 400,0 в/в капельно, № 10, через день.
6. Актовегин 10,0 на физрастворе 200,0 в/в капельно, № 10, через день.

Таких курсов необходимо до двух в год. Эффект оценивается по увеличению дистанции ходьбы, улучшению показателей кровотока по УЗАС. Если, несмотря на проводимую терапию, положительно-

го эффекта не наблюдается, имеет смысл госпитализировать пациента в плановом порядке для стационарного обследования и лечения.

I и II стадии ХАНК всегда подлежат консервативному лечению. При наличии III стадии, а также при ХАНК IV стадии, пациента следует направить на консультацию к ангиохирургу для решения вопроса о целесообразности хирургического лечения. В настоящее время применяются шунтирующие и протезирующие операции, а также поясничная симпатэктомия (эффективность последнего метода в последнее время оспаривается многими авторами). При непротяженных ограниченных стенозах возможно стентирование.

При ХАНК IV стадии больного желательно госпитализировать в плановом порядке для проведения лечения в условиях стационара. При отказе пациента от госпитализации целесообразно провести следующий курс лечения.

1. Трентал 400 мг три раза в день — один месяц.
2. Ксантинола никотинат 1,0 мл два раза в день в/м — три недели.
3. ТромбоАСС 100 мг/сут — постоянно, пожизненно.
4. Аевит одно драже три раза в день — десять дней.
5. Нейромультивит одна таблетка три раза в день — две недели.
6. Реополиглюкин 400,0 в/в кап. — ежедневно № 10.
7. Аливастин 100 мкг на 250 мл физраствора в/в кап., медленно раз в сутки, № 14, или Вазавастин 20 мкг на 250 мл физраствора в/в кап. не менее двух часов один раз в сутки, № 14.

Аливастин и вазавастин следует вводить с осторожностью, под контролем АД, из-за возможности его понижения у пожилых и ослабленных пациентов.

В комплексной терапии ОАСНК с успехом применяются также такие препараты, как Веспел Дуэ Ф, Танакан.

В последние годы появились сообщения об успешном применении нового российского геннотерапевтического препарата Неоваскулген, который стимулирует ангиогенез на генном уровне и таким образом улучшает коллатеральное кровообращение в пораженной конечности. На одну конечность флакон препарата разводят в 10 мл физиологического раствора и вводят по 1 мл в мышцы по ходу передней и задней большеберцовых артерий (по пять точек по ходу каждой артерии). Процедуру повторяют через 14 дней. По сообщениям авторов препарат вызывает значительное улучшение кровообращения в пораженных конечностях. Пока препарат не получил широкого распространения, возможно, из-за высокой стоимости и недостаточного количества клинических исследований.

При болевом синдроме необходимо назначение анальгетиков внутрь или парентерально (в зависимости от выраженности боли). Применяются

как ненаркотические анальгетики (кеторол, пенталгин и др.), так и препараты центрального действия (трамал) или комбинированные (зальдиар).

У пациентов с сопутствующим сахарным диабетом в схему лечения целесообразно включить препараты тиазидовой кислоты, улучшающие углеводный и липидный обмен (например, Эспа-липон или Берли-тион по 600 мг на 250 мл физиологического раствора в/в капельно две недели, затем в таблетках по 200 мг три—четыре раза в день три месяца).

При IIБ—III стадии ХАНК пациентам желательно избегать физических нагрузок, особенно связанных с ходьбой (за исключение тренировочной ходьбы на беговой дорожке под наблюдением врача (см. ниже), переохлаждения или, наоборот, перегрева нижних конечностей. Особенно опасно парить ноги в горячей воде, так как нарушение артериального притока крови к конечности при перегреве вызывает появление трофических расстройств, вплоть до развития гангрены.

Критическая ишемия, развитие гангрены являются показанием к госпитализации пациента.

На фоне медикаментозной коррекции желательны тренировки для развития коллатерального кровообращения. Дело в том, что при облитерирующем атеросклерозе поражаются магистральные сосуды. При этом кровообращение начинает осуществляться по мелким обходным (коллатеральным) сосудам. При хорошем развитии коллатерального кровообращения ишемия конечности может сводиться к минимуму даже при полном закрытии просвета магистральной артерии. Наряду с лекарственными средствами, способствующими улучшению коллатерального кровообращения, применяют тренировочную ходьбу по специальным методикам на беговой дорожке и просто пешком.

Рекомендации по тренировочной ходьбе: пациентам рекомендуют ходить по два—три часа в день пешком, не быстрым шагом, чтобы в ногах не возникало болей. Одновременно занимаются на беговой дорожке. Начинают с того, что подбирают скорость ходьбы по дорожке, при которой не возникает усталости в голенях на протяжении как минимум 10 мин непрерывной ходьбы. Далее увеличивают скорость на 0,5 км/ч. На этой скорости начинают ходьбу, при появлении усталости и боли в голени отдыхают до полного исчезновения неприятных ощущений, затем ходьбу возобновляют опять до появления дискомфорта. Среднее время ходьбы на дорожке — 30—40 мин в день. Цель — увеличить дистанцию безболевой ходьбы до 1,5 км, после чего скорость ходьбы увеличивают еще на 0,5 км/ч и т.д. Тренировки нужно производить под наблюдением врача.

Лечение трофических расстройств. Особую сложность представляет лечение трофических расстройств в виде язв на фоне IIIА—Б стадии ХАНК или критической ишемии нижней конечности. У таких пациентов

постоянно присутствует болевой синдром, язвы плохо очищаются, зачастую при самом адекватном и настойчивом лечении отмечается прогрессирование некротического процесса, в конце концов приводящее к гангрене и ампутации. Все пациенты с трофическими расстройствами должны быть проконсультированы ангиохирургом для решения вопроса о возможности выполнения реконструктивной операции на сосудах или стентирования. Если такую операцию удастся выполнить, это существенно улучшает гемодинамику в конечности, что значительно ускоряет заживление язвенных дефектов. Противопоказаниями к реконструктивным операциям обычно являются: поражение дистального сосудистого русла, исключающее возможность наложения шунта, тяжелая сопутствующая патология, дающая высокий операционно-анестезиологический риск вмешательства. В последней ситуации при наличии соответствующих условий (небольшая протяженность стеноза и др.) может быть выполнено стентирование как малоинвазивный и достаточно безопасный метод.

Консервативная терапия трофических расстройств сводится к двум следующим направлениям.

1. Проведение медикаментозной терапии, направленной на улучшение микроциркуляции в пораженной конечности и купирование болевого синдрома по приведенным выше схемам. В начале лечения гнойно-некротических язв необходимо проведение антибактериальной терапии, из раны нужно взять посев на чувствительность микрофлоры к антибиотикам. До получения результатов посева можно назначить антибиотик широкого спектра действия из группы фторхинолонов или цефалоспоринов. Дальнейшая антибактериальная терапия проводится по результатам посева. Предпочтителен парентеральный путь введения антибиотика, однако при отсутствии возможности проведения инъекций (например, при лечении пациента на дому), можно назначить таблетированные формы.

2. Местное лечение — перевязки. При лечении некротического язвенного дефекта нужно вначале добиваться его очищения от некротических масс. Для этого проводятся ежедневные перевязки с ферментами (Химотрипсин, Химопсин, салфетки «Дальцекс-трипсин» и др.) или мазями на водорастворимой основе (Левомеколь, Левосин). При выраженном болевом синдроме в области язвы предпочтительнее применение Левосина, который содержит в себе местный анестетик.

Неплохо очищают язвы раневые покрытия *Hydro-clean* фирмы Пауль Хартманн, действие которых основано на постоянной циркуляции в них раствора Рингера и абсорбции микроорганизмов и тканевого детрита.

После очищения язвы для перевязок можно применять средства на мазевой основе — Солкосерил, Актовегин, Пантенол-ратиофарм и др.

Для лечения практически чистых, вялогранулирующих язв хорошо зарекомендовал себя препарат «Куриозин» в каплях — 1–2 капли на 1 см² раневой поверхности.

Если рана очистилась, но плохо гранулирует и эпителизируется, к терапии можно добавить Солкосерил по 2 мл в/м, ежедневно, № 14.

Перевязки проводят следующим образом: хирург обрабатывает раневую поверхность шариком на пинцете, смоченным 3%-ным раствором перекиси водорода, добиваясь максимального вымывания из раны тканевого детрита и остатков лечебных субстанций. Затем рана осушается сухим марлевым шариком, кладется лечебное вещество, рана закрывается стерильными марлевыми салфетками, которые фиксируются марлевым бинтом. Бинт не следует накладывать туго, чтобы не ухудшать кровообращение в конечности.

В начальных стадиях (ХАНК I–II стадии) заболевания больным показано санаторно-курортное лечение — сероводородные ванны, а также физиотерапия.

Следует помнить, что при облитерирующем атеросклерозе противопоказана эластическая компрессия — она может усугубить ишемию конечности.

3.4. Облитерирующий эндартериит нижних конечностей

Заболеванию подвержены преимущественно мужчины в возрасте 20–30 лет. Болезнь характеризуется развитием дистрофического процесса в стенках артерий дистального русла конечностей, приводящего к сужению их просвета и последующей ишемии.

Этиология. Основными этиологическими факторами считаются курение, длительное переохлаждение, стресс, а также другие факторы, вызывающие длительный спазм сосудов.

При длительном спазме артерий на фоне симпатических влияний происходит разрастание соединительной ткани в сосудистой стенке, ее утолщение, потеря эластичности. На этом фоне возникает склонность к тромбообразованию, ишемии, что обуславливает клинические проявления заболевания.

Клиническая картина, диагностика. Клиническая картина облитерирующего эндартериита мало чем отличается от таковой при облитерирующем атеросклерозе. Характерно исчезновение пульса на дистальных отделах конечности (стопа) и сохранение его на бедренных артериях.

РВГ выявляет ухудшение артериального притока к конечностям. В начальных стадиях заболевания проба с нитроглицерином дает

улучшение кровотока, что свидетельствует о преобладании функциональных нарушений.

УЗАС выявляет диффузное утолщение стенки артерий, особенно в дистальном сегменте, снижение скоростных показателей кровотока. Отсутствие атеросклеротических бляшек позволяет надежно дифференцировать процесс от облитерирующего атеросклероза.

Лечение. Важным моментом является устранение этиологических факторов — курение, переохлаждение и др.

В комплексную терапию включаются спазмолитики (Но-шпа по две таблетки три раза в день или Галидор по 200 мг два раза в день), десенсибилизирующие препараты — например, Кларитин одна таблетка один раз в день.

В остальном консервативная терапия заболевания практически не отличается от таковой при облитерирующем атеросклерозе. Курсовое лечение следует проводить не реже двух раз в год.

При облитерирующем эндартериите шире применяется поясничная симпатэктомия, которую в настоящее время проводят малоинвазивными методами. Проведение реконструктивных операций на сосудах, как правило, невозможно в связи с диффузным поражением артериального русла.

Более широки возможности физиотерапии — УВЧ-терапия, токи Бернара, электрофорез.

Санаторно-курортное лечение показано в виде радоновых и сероводородных ванн.

3.5. Облитерирующий тромбангиит (болезнь Бюргера)

Заболевание встречается довольно редко. По течению и клиническим проявлениям сходно с облитерирующим эндартериитом, однако отличается более агрессивным течением с поражением сосудов внутренних органов. Одним из основных симптомов, отличающих болезнь Бюргера от других облитерирующих заболеваний конечностей, является мигрирующий тромбофлебит преимущественно поверхностных вен. Заболеванию свойственно хроническое течение с периодическими обострениями и ремиссиями.

Лечение облитерирующего тромбангита мало чем отличается от терапии при облитерирующем эндартериите. При возникновении венозных тромбозов их лечат по общим правилам (см. лечение венозных тромбозов).

4.1. Абсцесс

Абсцесс — синонимы — гнойник, апостема — скопление гноя, отграниченное от окружающих тканей так называемой пиогенной оболочкой. Оболочка состоит из грануляционной ткани и препятствует всасыванию токсинов в кровоток, а также распространению гнойного процесса.

Этиология. Абсцессы вызывают микроорганизмы. Попаданию их в ткани способствуют разнообразные травмы, инородные тела, сепсис (при сепсисе абсцессы носят метастатический характер), гнойные процессы в органах (например, при абсцессе легкого). Довольно распространенными причинами абсцесса являются инъекции, особенно внутримышечные. Появлению постинъекционного абсцесса способствуют введение препарата не в мышцу, а под кожу, несоблюдение гигиенических требований, неправильно выбранное место инъекции.

Клиническая картина, диагностика. Пациента беспокоят боли в месте абсцесса, повышается температура тела. При крупных, глубоко расположенных абсцессах может быть общая интоксикация. Под кожей пальпируется инфильтрат, кожа над ним может быть покрасневшей (чем ближе абсцесс к коже, тем более выражено покраснение), пальпация болезненна (рис. 4.1).

В сомнительных случаях делают УЗИ мягких тканей, диагностическую пункцию. При глубоко расположенных абсцессах (легких, брюшной полости) диагностика может быть затруднена, почти во всех случаях требуется применение дополнительных исследований (УЗИ, рентген, компьютерная томография и др.). В анализах крови может быть умеренный лейкоцитоз, повышение СОЭ.

Лечение. В фазе инфильтрации, когда есть уплотнение (инфильтрат), но гноя еще нет, возможно консервативное лечение — антибиотик, полуспиртовые повязки, физиотерапия. При абсцедировании показана операция — вскрытие гнойника, иссечение некротизированных тканей, дренирование. Небольшие абсцессы, которые могут быть оперированы под местной анестезией, можно вскрывать в условиях амбулатории. Крупные гнойники, которые требуют наркоза при вмешательстве, должны быть оперированы в стационаре. В стационаре также целесообразно

оперировать абсцессы, расположенные в проекции крупных сосудов (например, постинъекционные абсцессы в паховой области, которые встречаются у наркоманов).



Рис. 4.1. Постинъекционный абсцесс левой ягодичной области

Техника операции. Под местной анестезией (предпочтительнее 0,5–1%-ный лидокаин) делают разрез в проекции гнояника до получения гноя. После этого рану немного расширяют зажимом для возможности оценки величины полости пальцем или инструментом (при маленьких абсцессах). Далее разрез необходимо расширить до величины полости или чуть меньше (главное, чтобы была возможность адекватной санации полости при последующих перевязках). Из полости эвакуируют гной и выполняют некрэктомию (удаление нежизнеспособных тканей). Обычно это делается острой ложкой. При крупных некрозах возможно их аккуратное иссечение ножницами. Полость промывают антисептиками. Перед завершением операции необходимо визуально и пальпаторно убедиться в отсутствии затеков гноя — при пальпации с умеренным усилием по краям раны при наличии затека в нее поступает гной. Если выявлен затек, его необходимо дренировать — по ходу затека вводят зажим и раскрывают его, таким образом расширяя ход, ведущий к затеку. Затем данный «карман» промывают салфетками с антисептиком на зажиме. При крупных и протяженных затеках может потребоваться их вскрытие путем продления основной раны или из отдельного разреза.

Операцию завершают рыхлым дренированием раны салфетками, пропитанными мазью на водорастворимой основе (левомеколь) либо сорбентными средствами (например, «Сорбалгон» фирмы Пауль Хартмани). Затеки также должны быть дренированы отдельными салфетками или выпускниками из перчаточной резины. Швы не накладывают. Рану закрывают салфетками, пропитанными левомеколем. Сверху накладывают сухие салфетки, количество которых зависит от выраженности ожидаемой экссудации.

В послеоперационном периоде необходимо назначение антибиотика, перевязки. При перевязках используют мази или другие средства для перевязок в зависимости от фазы раневого процесса.

4.2. Вросший ноготь (онихокриптоз)

При этом заболевании происходит врастание ногтевой пластинки в околоногтевой валик. Чаще всего поражению подвергается большой палец ноги. Заболевание начинается с какого-либо «провоцирующего» момента — травмы при педикюре, ушибе, ношении узкой обуви и др. Возникает отек валика, он плотнее прижимается к ногтевой пластинке и немного травмируется ей (возникает ссадина, микротрещина). Это, в свою очередь, вызывает усиление отека, появление боли. Почти сразу присоединяется инфекция — в ранку внедряются микроорганизмы. Воспалительные явления постепенно прогрессируют — в области околоногтевого валика появляется покраснение, нарастают боль и отек. Между ногтем и валиком начинает выделяться гной, позднее там же появляются гипергрануляции (так называемое дикое мясо). До присоединения инфекции врастание ногтя еще может остановить консервативное лечение. При нагноении, а особенно при появлении гипергрануляций, консервативное лечение всегда неэффективно, оно может приносить лишь кратковременное уменьшение симптомов. Радикально может помочь только хирургическое вмешательство.

Этиология. Чаще всего вросший ноготь является итогом совокупности нескольких причин.

Травма — может быть получена при педикюре (даже неудачный отрыв небольшого заусенца может вызвать отек валика, а это спровоцирует врастание), прямая травма (удар, ушиб).

Ношение тесной, неудобной обуви, особенно с узким «носом» и высоким каблуком.

Крупный (врожденно) околоногтевой валик — одна из серьезных причин, которая, несмотря на многочисленные операции, может вызывать повторные врастания (рецидивы). Решить проблему помогает пластика околоногтевого валика (будет описана ниже).

Плоскостопие — при отклонении первого пальца кнаружи наблюдается избыточное давление на валик со стороны второго пальца.

Беременность и послеродовой период — по статистике в это время увеличивается вероятность врастания, по-видимому, это связано с временным изменением осанки и установок стопы, увеличением веса.

Грибковые поражения ногтей — деформируют ноготь и увеличивают риски заболевания.

Непосредственной причиной врастшего ногтя может стать как один из предрасполагающих факторов, так и их сочетание.

Клиническая картина, диагностика. Диагностика врастшего ногтя обычно не представляет сложностей. Основной симптом — боль в области околоногтевого валика, которая усиливается при надавливании. Быстро присоединяются отек и покраснение. Между валиком и ногтем вскоре начинает выделяться гной. Покраснение нарастает, на фоне применения различных средств может временно уменьшаться, но почти всегда процесс приобретает хронический характер и может длиться месяцами. Для хронизации заболевания характерно появление гипергрануляций («дикого мяса») (рис. 4.2). В очень редких и запущенных случаях возможен переход воспаления на кость фаланги — остеомиелит.



Рис. 4.2. Гипергрануляции при врастшем ногте

В общем состоянии пациента изменений обычно не наблюдается. В анализе крови возможно небольшое увеличение количества лейкоцитов при остром воспалении и повышение СОЭ. При длительном врастании необходимо выполнение рентгенографии пальца для исключения вовлечения в процесс кости фаланги — остеомиелита.

Редкой и довольно сложной в лечении разновидностью вросшего ногтя является деформация типа «бараний рог» (рис. 4.3).



Рис. 4.3. Вросший ноготь с деформацией ногтевой пластинки по типу «бараний рог»

Почти во всех случаях ноготь врастает на первом пальце стопы, но встречается и врастание на других пальцах (рис. 4.4).



Рис. 4.4. Двухстороннее врастание ногтей на первом—третьем пальцах стопы

Лечение. Лечение вросшего ногтя проводится разными методами. Основным и самым надежным методом является хирургическое вмешательство. Операция проводится амбулаторно, госпитализация не требуется. Существует несколько модификаций операций, в том числе с применением радиоволны и лазера.

Анестезия при операциях на вросшем ногте всегда проводниковая, по Лукашевичу—Оберсту. После введения анестетика необходимо подождать 5—10 мин, и наступает полная анестезия пальца. При этом виде анестезии операция совершенно безболезненна в 100% случаев. Если после 10 мин ожидания сохраняется болезненность, можно дополнительно ввести немного анестетика инсулиновым шприцем в околоногтевой валик на стороне операции.

Основные виды операций при вросшем ногте

Краевая резекция ногтевой пластинки с применением радиоволны или лазера. Этот метод является наиболее распространенным, мало-травматичным и надежным, заключается в удалении врастающего края ногтя (1—2 мм), обработке фрагмента ростковой зоны со стороны врастания радиоволной или лазером, удалении гипергрануляций по краю околоногтевого валика. Следует отметить, что принципиальной разницы между радиоволновым и лазерным воздействием нет, оба этих прибора обеспечивают надежное разрушение нужного фрагмента ростковой зоны при минимальном повреждении соседних тканей.

Преимущества метода:

- малая травматичность;
- быстрая реабилитация — болевой синдром после операции выражен мало, нормально ходить можно уже на следующий день, рана заживает за пять—семь дней;
- низкая вероятность рецидива — за счет обработки фрагмента ростковой зоны радиоволной или лазером ноготь с пораженного края растет меньше, уменьшается вероятность повторного врастания.

Недостатки метода:

- не удаляется избыточный околоногтевой валик при его наличии;
- применим не во всех учреждениях (требуется наличие в операционной радиоволновой или лазерной установки).

При отсутствии в распоряжении хирурга радиоволнового или лазерного прибора выскабливание фрагмента ростковой зоны можно произвести при помощи хирургического инструмента (ложка Фолькмана), но это уменьшает надежность результата.

Техника операции. У основания ногтевой пластинки со стороны врастания выполняется разрез до 0,5 см от околоногтевого валика в проксимальном направлении (рис. 4.5).

Это необходимо, чтобы был доступ к фрагменту ростковой зоны, который планируется разрушить. После этого ножницами с одним острым концом разрезается ногтевая пластинка на всем протяжении от края до основания, отступая 1—2 мм от края околоногтевого валика (рис. 4.6).



Рис. 4.5. Краевая резекция ногтевой пластинки. Разрез кожи



Рис. 4.6. Краевая резекция ногтевой пластинки. Рассечение ногтя у края врастания

Срезание «уголком» только врастающей части ногтя недопустимо. Затем зажимом типа «Бильрот» захватывается и удаляется врастающая часть ногтевой пластинки (при этом нужно следить, чтобы в ране не осталось оторвавшихся фрагментов ногтя) (рис. 4.7).



Рис. 4.7. Краевая резекция ногтевой пластинки. Удаление врастающей части ногтя

После этого ложкой Фолькмана производится выскабливание гипергрануляций (рис. 4.8).



Рис. 4.8. Краевая резекция ногтевой пластинки. Выскабливание гипергрануляций

Далее радиоволновым прибором или лазерным лучом разрушают фрагмент ростковой зоны (рис. 4.9).



Рис. 4.9. Краевая резекция ногтевой пластинки. Разрушение фрагмента ростковой зоны со стороны врастания радиоволновым прибором

Для разрушения применяют радиоволновые приборы с электродом-иглой (рис. 4.10): аппарат «Сургитрон» (рис. 4.11) (мощность 4 в режиме CUT+COAG), аппарат «Фотек» (рис. 4.12) (мощность 20 в режиме Смесь1) или CO₂-лазер (рис. 4.13) с хирургической насадкой (*Pulsemode, Mode-Continuous, Power-1, Pulse-250*) (рис. 4.14).

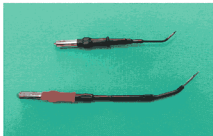


Рис. 4.10. Электроды радиоволнового аппарата «Фотек», применяемые для разрушения фрагмента ростковой зоны



Рис. 4.11. Радиоволновой аппарат «Сургитрон»



Рис. 4.12. Радиоволновой аппарат «Фотек» с настройками для разрушения фрагментаростковой зоны



Рис. 4.13. CO₂-лазер «Космопульс 2»



Рис. 4.14. Настройки лазера для разрушения фрагментаростковой зоны

Воздействие длится около 2–3 с. При более длительном воздействии есть риск повредить соседние участки ростковой зоны, что может вызвать стойкую деформацию всей ногтевой пластинки. После этого рану промывают антисептиками и накладывают асептическую повязку.

В послеоперационном периоде требуется назначение антибиотика курсом пять дней и ежедневные перевязки. Первые три дня перевязки делают с мазью «Левомеколь», потом обрабатывают рану бриллиантовым зеленым до формирования струпа. Для уменьшения послеоперационного отека желательно наложение не сухих повязок, а подсушенных. Заживление раны обычно происходит за семь–десять дней.

Краевая резекция ногтевой пластинки с пластикой околоногтевого валика по Шмидену. Метод однозначно показан пациентам с избыточным околоногтевым валиком (рис. 4.15).



Рис. 4.15. Гипертрофированный околоногтевой валик при вросшем ногте

Если оставить такой валик, то при всех остальных видах операций он все равно будет являться причиной рецидива. Относительное показание — многократные рецидивы после других вмешательств.

Техника операции. Выполняется обычная краевая резекция с применением радиоволны или лазера, которая дополняется клиновидным иссечением околоногтевого валика с закрытием дефекта швами (рис.



Рис. 4.16. Операция Шмидена. Вид пальца до операции

4.16—4.29). Для ушивания применяют полипропилен 3/0. Хотя классическая операция Шмидена не включает в себя применение радиоволны или лазера, я все же настоятельно рекомендую разрушать фрагмент ростковой зоны радиоволной (рис. 4.22). В послеоперационном периоде рану ежедневно обрабатывают йодом и накладывают полусуширные повязки. Первые один—два суток после операции возможен выраженный болевой синдром, что требует приема анальгетиков. Швы снимают на седьмые—восьмые сутки, после чего наступает выздоровление. Рецидивы после операции Шмидена крайне редки.

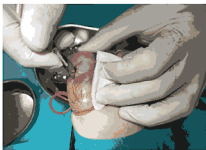


Рис. 4.17. Операция Шмидена. Разрез кожи — так же, как и при простой краевой резекции



Рис. 4.18. Операция Шмидена. Краевая резекция врастающей части ногтевой пластинки — так же, как и при простой краевой резекции



Рис. 4.19. Операция Шмидена. Удаление врастающей части ногтевой пластинки — так же, как и при простой краевой резекции



Рис. 4.20. Операция Шмидена. Клиновидное иссечение околоногтевого валика



Рис. 4.21. Операция Шмидена. Санация раны острой ложкой

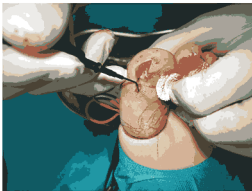


Рис. 4.22. Дополнение к операции Шмидена. Разрушение фрагмента ростковой зоны радиоволной

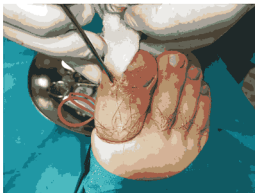


Рис. 4.23. Операция Шмидена. Санация раны перекисью водорода 3%



Рис. 4.24. Операция Шмидена. Вид раны перед ушиванием



Рис. 4.25. Операция Шмидена. Проверка на сопоставляемость краев раны перед ушиванием



Рис. 4.26. Операция Шмидена. Ушивание раны. Первый шов — через ногтевую пластину



Рис. 4.27. Операция Шмидена. Первый шов на рану. Вид после завязывания узла

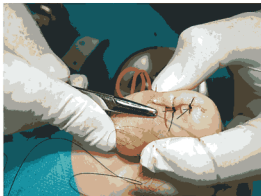


Рис. 4.28. Операция Шмидена. Наложение последнего шва на рану



Рис. 4.29. Операция Шмидена. Вид пальца после операции

Преимущества метода:

- практически 100%-ная гарантия от рецидива;
- быстрая реабилитация — швы снимают на седьмые—восьмые сутки, к этому времени рана полностью заживает;
- может эффективно применяться даже при самых «запущенных» ситуациях.

Недостатки метода:

- выраженный болевой синдром два—три дня после операции (впрочем, боли хорошо снимаются анальгетиками).

Полное удаление ногтевой пластины (операция Дюпюитрена).

В настоящее время этот метод практически не применяется в связи с высокой травматичностью, длительным заживлением раны и отрастанием



Рис. 4.30. Онихогрифоз

ногтя, высокой вероятностью рецидива. Применение его возможно в исключительных случаях, по рекомендации дерматолога (миколога), когда ноготь сильно поражен грибком и почти полностью отслоен от ложа, то есть сохранять его не имеет смысла, а лучше удалить полностью. Полное удаление ногтевой пластинки применяется также при онихогрифозе — патологическом утолщении и деформации ногтевой пластинки в виде «когтя» (рис. 4.30). Правда, удаление ногтя обычно приносит лишь временное облегчение — почти всегда новый ноготь вырастает с такой же деформацией.

Операция при деформации ногтевой пластинки по типу «бараний рог». При такой деформации происходит гиперэкстензия ногтевой фаланги, приподнятые центр ногтевой пластинки и заворот вниз ее краев с сужением площади ногтевого ложа. Соответственно, чтобы устранить такую деформацию, нужно устранить гиперэкстензию, удалить ногтевую пластинку и обеспечить расширение ногтевого ложа для роста нового ногтя. Самая большая сложность состоит в устранении переразгибания ногтевой фаланги. Для этой цели за рубежом применяют порционную резекцию сухожилия разгибателя. В России эту операцию практически нигде не выполняют, поэтому во многих случаях приходится лечить деформацию только путем расширения ногтевого ложа.

Операция по расширению ногтевого ложа заключается в удалении ногтевой пластинки и клиновидном срезании околоногтевых валиков радиоволновым скальпелем или лазером без наложения швов. Таким образом, увеличивается площадь ложа. Раны после таких операций заживают довольно долго, и не всегда есть гарантия от рецидива деформации.

Другие методы лечения

Самостоятельное лечение в домашних условиях и народными средствами. Такое лечение допустимо лишь в самых начальных проявлениях врастания, когда имеется лишь небольшая болезненность и отек валика. При нагноении, а тем более при появлении гипергрануляций, лечение в домашних условиях неэффективно, может принести временное облегчение, но все симптомы вскоре вернуться. В этих случаях нужна операция.

Из «домашних» методов можно порекомендовать полуспиртовые повязки с мазью «Левомеколь». На область воспаления накладывают полоску мази «Левомеколь», после чего палец оборачивают марлевой салфеткой, пропитанной водкой и фиксируют ее обычным бинтом. Время ношения повязки — до полного высыхания. Можно накладывать два раза в день — утром и на ночь. Если в течение двух—трех дней симптомы не исчезли, нужно делать операцию.

Следует предостеречь от использования таких методов, как применение алоэ, чистотела. Эти средства, как и многие похожие на них, могут вызывать сильное местное раздражение тканей и тем самым вызвать прогрессирование воспаления. К тому же не исключена аллергическая реакция. Мазь Вишневского создает благоприятные условия для развития микрофлоры, поэтому также не рекомендуется к применению.

Практика показывает, что чаще всего после длительного применения всевозможных «домашних» и «народных» методов, пациенты все равно попадают на операцию, но уже в более «запущенном» состоянии.

Консервативные методы лечения. В основном применяются при неосложненном врастшем ногте, когда нет выраженного нагноения, стойкой инвазии ногтевой пластинки в ткани околоногтевого валика. Известно множество методов консервативного лечения — тампонада, наложение корректирующих устройств (пластиковых, металлических, клепящихся на ноготь, в виде одно- и двухсторонних скоб и др.). Во многих случаях лечение всеми этими методами бывает довольно эффективно. Есть и недостатки. К основным из них можно отнести следующие:

- длительность лечения — на коррекцию ногтя скобами уходят недели, а иногда и месяцы, при этом результат на 100% не гарантируется, и не исключено, что в итоге все равно потребуются операция;

- высокая стоимость. Сами по себе корректирующие устройства не очень дорогие, но за ними нужно постоянно наблюдать, что требует неоднократных визитов к специалисту и по совокупности стоит недешево;
- присутствие, заметность скобы на ноге (а ее нужно носить довольно долго и можно убрать только по окончании курса лечения);
- хорошего эффекта можно достичь, только если лечение проводит опытный специалист-подолог, таких специалистов немного, хотя берутся лечить этими методами многие, зачастую не владея должным образом методикой.

Особенности лечения вросшего ногтя у различных категорий пациентов

Вросший ноготь у подростков. В подростковом возрасте происходит рост стопы и пальцев при одновременном постепенном увеличении веса. К тому же в этом возрасте молодые люди начинают надевать модную, но часто неудобную обувь. Все это, часто в сочетании с большими околонугтевыми палицами, может давать врастание ногтя.

При лечении вросшего ногтя у подростков обычно стараются минимизировать объем операции. Как правило, бывает достаточно обычной краевой резекции ногтевой пластинки. Операцию с пластикой околонугтевого валика проводят только при очень больших валиках либо при рецидиве врастания.

Вросший ноготь у пациентов с атеросклерозом артерий нижних конечностей и сахарным диабетом. Обе эти группы объединяет, как правило, пожилой возраст пациентов, а также высокий риск развития послеоперационных осложнений, вплоть до гангрены. Частота осложнений обусловлена плохим кровоснабжением и трофикой зоны операции. После вмешательства всегда в той или иной степени развивается послеоперационный отек, воспаление, что в сочетании с плохим кровоснабжением может вызвать омертвление тканей в зоне операции. При прогрессировании некротического процесса состояние может перейти в гангрену пальца, а затем и стопы.

Боль в первом пальце стопы на фоне III степени ишемии при ХАНК может быть ошибочно принята за вросший ноготь. Если в этом случае выполнить операцию по удалению «вросшего» ногтя, это почти наверняка вызовет гангрену пальца. Поэтому боли в первом пальце стопы у пожилых пациентов должны насторожить хирурга в плане исключения боли, связанной с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей. При облитерирующем атеросклерозе боль беспокоит во

всем пальце, в покое, больше ночью, тогда как при вросшем ногте боль возникает только при пальпации со стороны врастания. При облитерирующем атеросклерозе на стопе отсутствует пульс.

Если диагноз вросшего ногтя на фоне облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей не вызывает сомнений, подходы к лечению должны быть взвешены и осторожны.

На ранних стадиях, когда еще нет гипергрануляций в зоне врастания ногтя, нужно приложить все усилия, чтобы избежать хирургического вмешательства (полуспиртовые повязки с левомеколем, антибактериальная терапия и др.). Если консервативными мероприятиями добиться излечения не удастся, выполняют хирургическое вмешательство, которое должно быть минимально инвазивным, без пластики околоногтевого валика и наложения швов. При расширении объема вмешательства больше выражен послеоперационный отек, что значительно увеличивает риск осложнений.

В случае отсутствия пульса на стопе при облитерирующем атеросклерозе вмешательство желательно выполнять в условиях хирургического стационара, где будет обеспечено наблюдение за пациентом в послеоперационном периоде, адекватная терапия, направленная на улучшение микроциркуляции и процессов заживления.

При сахарном диабете важно следить за сахаром крови в до- и послеоперационном периоде. Сахар должен быть не выше 8 ммоль/л, в противном случае значительно увеличивается риск гнойно-некротических осложнений, чреватых влажной гангреной.

В послеоперационном периоде у пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий и сахарным диабетом обязательно назначение антибиотика и средств, улучшающих микроциркуляцию.

Профилактика

Для профилактики вросшего ногтя нужно соблюдать несколько правил, которые в большинстве случаев помогают избежать проблем.

1. Нужно носить удобную обувь не с узким носком, каблук должен быть высотой не более 4 см.
2. Необходимо правильно подстригать ноготь — край ногтя должен «выйти» из валика, и только потом можно его закруглять. Таким образом, на валик будет приходиться давление не «угла», а «плоскости», что уменьшит вероятность врастания.
3. При наличии плоскостопия нужно носить специальные ортопедические стельки.
4. При наличии грибка ногтей, его нужно вылечить у дерматолога или миколога.

4.3. Гангрена конечности

Это омертвление ее тканей, вызванное внутренними (облитерирующий атеросклероз, сахарный диабет и др.) или внешними (отморожение и др.) причинами.

В зависимости от степени отграничения от живых тканей гангрена бывает сухой и влажной.

При сухой гангрене четко определяется граница между омертвевшей черной кожей и живой кожей обычного цвета (линия демаркации). Сухая гангрена более благоприятна, чем влажная. Это связано с тем, что омертвевшие ткани хорошо отграничены от живых и в кровоток практически не поступают продукты распада, дающие интоксикацию. Сухая гангрена обычно развивается на фоне длительной ишемии, когда успевают образоваться коллатеральные мелкие сосуды, питающие поврежденные ткани, и при усугублении ишемии организм «успевает» отграничить некротический процесс.

При влажной гангрене некротический процесс не отграничен от здоровых тканей. Это более тяжелая форма гангрены, сопровождающаяся интоксикацией, повышением температуры тела, быстрым прогрессированием.

Клиническая картина, диагностика. Обычно гангрене предшествует критическая ишемия, которая проявляет себя болью в дистальных отделах конечности — пальцах, пятке. Это наблюдается при постепенной закупорке сосудов, например при облитерирующем атеросклерозе. Боль усиливается в горизонтальном положении конечности, так как ухудшается приток артериальной крови. При опускании ног с кровати боль уменьшается. Из-за этого некоторые пациенты вынуждены спать сидя, опустив с кровати ноги. При остром артериальном тромбозе боль возникает внезапно, и если не проводить лечение, в течение нескольких часов (дней) начинает формироваться гангрена.

Гангрена начинается с появления на коже пальцев стопы или пятки синюшного пятна, которое постепенно увеличивается в размерах, становится из синюшного темным, затем чернеет. Если гангрена сухая, то она проявляется участком кожи (либо пальца, иногда части стопы с пальцами) черного цвета с четким отграничением от неповрежденных тканей. Общее состояние пациента обычно не страдает, температура, самочувствие нормальное. Степень выраженности болевого синдрома различна. Влажная гангрена проявляется себя почернением кожи пальца или нескольких пальцев и части стопы без отграничения, то есть рядом с черными участками кожи есть багрово-синюшные, выше бывает покраснение, отек. Четкой границы между участками разного цвета нет.

Общее состояние может быть тяжелым (не всегда), обычно повышается температура тела. Влажная гангрена имеет тенденцию к распространению на вышележащие отделы конечности.

Лечение. Основной метод лечения — ампутация. Те ткани, которые омертвели, вернуть к жизни нельзя, поэтому они подлежат удалению. Вопрос обычно стоит об уровне ампутации. Подход здесь неоднозначный. Казалось бы, если гангреной поражен один палец, почему бы не ограничиться его ампутацией? Но если атеросклерозом поражены все артерии голени, подколенная артерия, то после ампутации пальца рана не заживет, швы «развалятся», некротический процесс будет прогрессировать дальше, что потребует более высокой ампутации уже на уровне стопы. Далее рана опять не заживет — ампутация на уровне голени, далее — на уровне бедра, где рана заживает практически всегда, так как на бедре кровообращение обычно хорошее, что связано с поступлением крови из глубокой бедренной артерии и из внутренней подвздошной артерии. Каждая операция — стресс для организма, увеличивает опасность для жизни. Поэтому ампутацию нужно сделать один раз и на том уровне, на котором обеспечено хорошее заживление раны.

«Малыми» ампутациями (пальцев, части стопы) удастся ограничиться при диабетических гангренах, так как общее кровообращение в конечности обычно сохранено (если диабет не сочетается с атеросклерозом артерий). При облитерирующем атеросклерозе ампутации обычно приходится делать «высокими», на уровне бедра. В некоторых случаях возможно выполнить реконструктивную операцию на сосудах (шунтирование, стентирование) — тогда кровообращение в конечности улучшается, что делает возможным «низкую» ампутацию.

Пациентам также проводится терапия, направленная на улучшение микроциркуляции в конечности (ангиопротекторы, антиагреганты), антибактериальная терапия, обезболивание. Лечение гангрены должно проводиться в стационаре.

4.4. Гидраденит

Гидраденит — воспаление апокриновых потовых желез. Локализуется там, где есть такие железы: чаще всего — в подмышечной области, реже — в паховой области и промежности, совсем редко — в области ареол сосков.

Этиология. По разным причинам (избыточное потоотделение, злоупотребление шариковыми дезодорантами, травма при бритье волос подмышками и др.) происходит закупорка протока потовой железы и инфицирование, после чего развивается воспаление.

При гидрадените в подмышечной области появляется внутрикожное уплотнение, которое постепенно становится болезненным, кожа над ним краснеет, образование увеличивается в размерах (рис. 4.31).



Рис. 4.31. Острый гидраденит

При отсутствии лечения происходит нагноение — боль усиливается, нарастает отек, рядом могут появляться новые очаги (рис. 4.32).



Рис. 4.32. Гидраденит подмышечной области, множественные очаги

При отсутствии лечения воспалительные явления нарастают, гнойники самопроизвольно вскрываются с формированием свищей (рис. 4.33).



Рис. 4.33. Гнойный гидраденит. Подтекание гноя из свищевого отверстия

Лечение. На ранних стадиях возможно консервативное лечение — мазь фуцидин или полуспиртовые повязки, антибиотики, антигистамины внутрь. При нагноении лечение хирургическое, гнойник вскрывают под местной анестезией. При выполнении анестезии нужно помнить, что сама инъекция анестетика при гидрадените довольно болезненна. Желательно делать ее инсулиновым шприцем, для анестезии применить 1–2%-ный лидокаин. Анестетик вводить только в кожу в зоне разреза. После анестезии выполняют небольшой разрез в проекции гнойника, опорожняют его от гноя. Можно дополнительно санировать полость ложкой Фолькмана, соблюдая осторожность, так как эта манипуляция может быть болезненна. Полость промывают антисептиками и в зависимости от размера дренируют марлевой турундой или выпускником из перчаточной резины. Далее накладывают повязку с левомеколем. При нескольких рядом расположенных очагах их вскрывают из отдельных разрезов (рис. 4.34).

В некоторых случаях, при множественных гнойниках, область подмышки настолько инфильтрирована, что бывает затруднительно определить локализацию очагов. В этой ситуации можно наметить места разрезов под контролем УЗИ. В послеоперационном периоде пациенту назначают антибиотик, проводят ежедневные перевязки. При ограниченном, рецидивирующем воспалении в одном и том же месте пораженную железу целесообразно не вскрывать, а иссечь в пределах неизмененных тканей с наложением швов — это предотвратит рецидивы.



Рис. 4.34. Разрезы при гидрадените. Вскрыты два очага

При склонности к рецидивам и множественным очагам проводится обследование — клинический анализ крови, посев из раны и др. При упорном, рецидивирующем течении гидраденита необходимо обследование у иммунолога, дерматолога.

Профилактика. Тщательная гигиена, отказ от использования шариковых дезодорантов, необходимо также избегать травматизации кожи при бритье подмышками.

4.5. Диабетическая стопа

Диабетической стопой называют комплекс симптомов, развивающийся на стопах при сахарном диабете.

Этиология. При сахарном диабете происходит поражение периферических сосудов (ангиопатия) и нервов (нейропатия).

При диабетической ангиопатии поражаются только артерии. Изменения наблюдаются в стенках как крупных, так и мелких артерий. Патологические изменения происходят за счет отложения кальция в стенке сосудов (так называемый артериосклероз Менкеберга), а также других веществ (мукополисахаридов и др.). Изменяются также свойства сосудистой стенки, которая со временем утолщается, сужая просвет сосуда.

Причиной диабетической нейропатии считают отложение глюкозы в ткани нервов, что через ряд биохимических процессов ведет к нарушению возбудимости, проводимости и других свойств нервных клеток.

Диабетические нейропатия и ангиопатия ведут к нарушению питания тканей (трофические нарушения), которое в большей степени выражено в дистальных отделах конечностей — стопах, пальцах стоп.

Симптомокомплекс, развивающийся у пациентов с диабетическими нейропатией и ангиопатией нижних конечностей, и называется диабетической стопой.

Клиническая картина, диагностика. В начальных стадиях пациенты жалуются на чувство онемения, покалывание, жжение в пальцах стоп. Болевой синдром обычно выражен слабо (в связи с нарушенной чувствительностью). Может меняться цвет кожи. Пульс на артериях стопы сохранен (за исключением сочетания с атеросклерозом артерий нижних конечностей). Кожа стоп сухая, с ороговелостями. На более поздних стадиях возникают деформации костей (стопа Шарко).

При декомпенсации заболевания на коже стоп появляются язвы. Им могут предшествовать различные травмы — раны, ссадины, воздействие высоких и низких температур. В ряде случаев язвы появляются без видимых причин. На коже одного или нескольких пальцев появляются синюшные пятна, затем кожа чернеет, изъязвляется и формируется язва, которая может быть поверхностной или глубокой. При отсутствии отграничения некротического процесса от здоровой кожи некрозы начинают увеличиваться в размерах, и формируется гангрена.

Лечение. Лечение комплексное, включает в себя как общее, так и местное медикаментозное воздействие. Одно из главных условий успешного лечения — коррекция сахарного диабета.

Пациентам назначают средства, улучшающие трофику нервов и нервную проводимость (мильгамма, никотиновая кислота, препараты теоктовой кислоты), сосудистые средства (Трентал, Вessel Дуэ Ф, тромбо-АСС). При наличии язв делают перевязки с лечебными средствами (бетадин, химотринсин, тендервет, сорбалгон и др.). Конкретное лечебное средство выбирают в зависимости фазы раневого процесса, размеров, формы, локализации раны и др. При глубоких и обширных некрозах выполняют некрэктомию — хирургическое иссечение омертвевших тканей.

В случае развития гангрены решается вопрос об ампутации. При сахарном диабете, если нет сопутствующего атеросклероза, удается выполнить ампутацию с сохранением опорной функции конечности (на уровне пальцев, стопы с сохранением пятки).

Профилактика. Пациенты должны наблюдаться у эндокринолога, невропатолога, хирурга. Основное условие профилактики — компенсация сахарного диабета. Большое значение имеет уход за ногами. Необходимо содержать ноги в чистоте, при сухости кожи пользоваться специальными увлажняющими кремами. Обувь должна быть удобной,

не натирать ногу. Перед тем как надевать обувь, необходимо убедиться в отсутствии в ней мелких предметов (камушки и т.п.). Нельзя подвергать ноги чрезмерному переохлаждению и перегреву. Избегать травм — ссадин, ушибов, царапин и т.п.

4.6. Карбункул

Это гнойное воспаление нескольких волосяных фолликулов, сопровождающееся некрозом участка кожи. При карбункуле гнойно-некротический процесс может захватывать обширные участки кожи и подкожной клетчатки.

Клиническая картина, диагностика. Пациенты жалуются на боли, покраснение кожи, иногда — на общее недомогание. При осмотре имеется инфильтрат, кожа над ним гиперемирована, в центре — некроз кожи, в котором можно различить гнойно-некротические стержни (рис. 4.35).



Рис. 4.35. Карбункул

Пальпация болезненна. Может повышаться температура тела до субфебрильных цифр. В анализе крови обычно лейкоцитоз, может умеренно повышаться СОЭ.

Лечение. Лечение карбункула — хирургическое, выполняется разрез с иссечением омертвевших тканей. Небольшой карбункул можно прооперировать в амбулаторных условиях, под местной анестезией. При обширных поражениях операция должна проводиться в стационаре, под наркозом. При вмешательствах для более хорошего доступа

к некрозам подкожной клетчатки применяют крестообразный (рис. 4.36) или H-образный разрез.



Рис. 4.36. Крестообразный разрез

Некротизированную кожу и клетчатку иссекают ножницами, рану промывают антисептиками. Операцию заканчивают рыхлым дренированием раны марлевыми салфетками, пропитанными мазью «Левомеколь». В послеоперационном периоде обязательно назначение антибиотика. После операции проводят ежедневные перевязки, во время которых можно удалять остаточные некрозы.

4.7. Лактостаз

Это застой молока в молочной железе. Молочная железа состоит из акцинусов, протоки которых, объединяясь, формируют ближе к соску полость (синус), которая через крупные выводные протоки сообщается с внешней средой. Препятствие к оттоку обычно формируется на уровне протоков акцинусов.

Этиология. Отток молока обычно нарушается вследствие спазма протоков (вегетативные реакции, стресс, переохлаждение), отека при ушибах, «загустении» самого молока (например, вследствие обезвоживания), иногда без видимой причины.

Клиническая картина, диагностика. Заболевание начинается с умеренных болей в какой-либо части молочной железы. На фоне болей постепенно появляется и увеличивается в размерах уплотнение в железе,

умеренно болезненное при пальпации. Позднее над уплотнением может появиться покраснение без четких границ. Характерно быстрое повышение температуры тела до высоких (38–39 °C) цифр, при относительно удовлетворительном общем состоянии. Повышение температуры обусловлено резорбцией молока в общий кровоток.

Лактостаз длится один–пять дней, затем либо разрешается, либо переходит в мастит. В первом случае на фоне лечения проток начинает функционировать, скопившееся в акцинусах молоко эвакуируется, наступает выздоровление. Во втором случае при сохраняющихся застойных явлениях происходит неизбежное инфицирование через протоки, и развивается гнойный мастит.

Лечение. Основные лечебные мероприятия направлены на устранение спазма протоков, предотвращение инфицирования и эвакуацию скопившегося в акцинусах молока.

Необходимо активное сцеживание молока всеми доступными способами — ручное, молокоотсосом, самим ребенком (при уверенности в отсутствии гнойного мастита). Ручное сцеживание лучше проводить под теплым душем, так как при нагревании уменьшается спазм протоков. При выраженной болезненности при ручном сцеживании применяют ретромаммарную блокаду.

Рекомендуется применение спазмолитиков (но-шпа три раза в день за 40 мин до сцеживания по две таблетки, либо по 2 мл внутримышечно за 20 мин до кормления ребенка). С целью профилактики инфицирования назначают разрешенные при лактации антибиотики (например, амоксиклав).

При положительном эффекте уплотнение в молочной железе уменьшается в размерах, болезненность становится меньше, температура тела нормализуется. При переходе в гнойный мастит уплотнение сохраняется или нарастает, усиливается покраснение кожи над ним и боли, температура утром нормальная, к вечеру немного повышается (до 37,3–37,8 °C). Отличить лактостаз от мастита помогает УЗИ — при мастите в инфильтрате формируется полость, заполненная гноем.

4.8. Лигатурный свищ

Лигатурный свищ возникает вследствие воспаления и нагноения нерассасывающихся хирургических нитей, которыми сшиты ткани (фасции и др.) при различных операциях.

При оперативных вмешательствах часть тканей (мышцы, подкожная клетчатка) сшивают рассасывающимися нитями, а часть (апоневроз, сухожилия и др.) — нерассасывающимися, так как такие ткани срастаются

медленно и подвержены большим нагрузкам. Как правило, нерассасывающиеся нити навсегда остаются в тканях, не вызывая каких-либо проблем, но в редких случаях нагнаиваются, тогда в области нити появляется небольшой абсцесс, который вскрывается через маленькое отверстие на коже и формируется свищ.

Этиология. Основная причина появления лигатурных свищей — инфицирование нити. Чаще всего оно происходит при операциях на полых органах — кишка, желудок, желчный пузырь и др. При этих вмешательствах просвет полых органов вскрывают, и даже при самом корректном проведении операции инфицирования в той или иной степени избежать не удастся. Иногда бывает, что инфицирование вызывается несоблюдением правил асептики при операции либо некачественным шовным материалом, но такие случаи довольно редки. Далее все зависит от патогенности микроорганизма, иммунного статуса макроорганизма. Если микробный агент агрессивен, а иммунных сил недостаточно для его подавления, происходит нагноение нити. Если нить нагноилась, то до ее отторжения гнойный процесс не прекращается, то обостряясь, то затихая.

Клиническая картина, диагностика. Лигатурный свищ появляется в разные сроки после операции — от нескольких дней до нескольких месяцев и даже лет. В области послеоперационного рубца возникает покраснение, умеренные боли, может повышаться температура тела. Эти явления связаны с нагноением и появлением скопления гноя под кожей — лигатурного абсцесса. Через несколько дней абсцесс самопроизвольно прорывается на коже в области рубца, вытекает гной, и на коже остается небольшое отверстие с подтеканием мутноватой жидкости — это и есть лигатурный свищ. Если нагноилась не одна нить, свищей может быть несколько. На фоне лечения свищ может закрываться, но если нить не отторглась (не вышла наружу), свищ неизбежно открывается вновь. Так, периодически то открываясь, то закрываясь, свищ может существовать несколько месяцев и даже лет, пока нить не отторгнется сама, либо не будет удалена хирургом.

Лечение. При начальных проявлениях в виде лигатурного абсцесса производят небольшой надрез кожи для оттока гноя, так как ждать, пока гной прорвется сам, нецелесообразно в связи с риском нагноения окружающих тканей и формирования флегмоны — разлитого воспаления подкожной клетчатки. После вскрытия гнойника обычно пытаются аккуратно, вслепую достать зажимом лигатуру. Если это удастся, то после очищения раны свищ закрывается навсегда. Если лигатуру достать не получается, назначают перевязки с мазью Левомеколь, на фоне которых воспаление стихает, свищ может временно закрыться. При новом воспалении опять пытаются достать лигатуру, рано или поздно это удастся.

Можно сделать широкий разрез в области свища, попытаться найти воспаленную нить и удалить ее, но это не всегда получается, к тому же во время обширного вмешательства существует риск инфицирования соседних нитей с последующим формированием новых свищей.

4.9. Лимфаденит

Это воспаление лимфатических узлов, возникающее как ответ на различные гнойно-воспалительные заболевания.

Этиология. Лимфаденит — почти всегда вторичный процесс. При гнойно-воспалительных заболеваниях в зоне, из которой осуществляется регионарный лимфоотток через лимфоузел, в нем возможно воспаление. Первичный лимфаденит встречается крайне редко — в основном при прямом инфицировании лимфоузла при травме и т.п.

Причиной лимфаденита могут стать любые гнойно-воспалительные заболевания — фурункул, карбункул, вросший ноготь, рожа, панариций, инфицированные раны, занозы, ссадины, микротрещины кожи, тонзиллит, глубокий кариес и др. Лимфаденит встречается также и при некоторых инфекционных заболеваниях, например при туляремии.

Клиническая картина, диагностика. Различают серозный и гнойный лимфаденит. При серозном лимфадените появляются боли в области лимфоузла, узел увеличивается в размерах, становится болезненным при пальпации. В области воспаления может быть небольшой отек и покраснение кожи. Часто повышается температура тела до субфебрильных цифр.

При прогрессировании воспаления развивается гнойный лимфаденит. Боли нарастают, нарастают отек и гиперемия, температура тела может достигать высоких цифр, страдает общее состояние пациента. Гнойный процесс часто переходит на соседние лимфоузлы, в результате чего образуется плотный конгломерат из узлов с инфильтрацией окружающих тканей. Через несколько дней в центре инфильтрата появляется очаг размягчения, становится положительным симптом флюктуации.

В крови отмечается повышение количества лейкоцитов, при тяжелом течении — со сдвигом лейкоформулы влево. Повышается СОЭ, количество лимфоцитов и моноцитов снижается. Уточнить диагноз помогает УЗИ.

При диагностике лимфаденита важно найти его причину. При воспалении паховых лимфоузлов это могут быть гнойно-воспалительные процессы на нижних конечностях, в паху, половых органах, промежности; при воспалении шейных, подчелюстных лимфоузлов — заболевания зубов, ЛОР-органов; при поражении подмышечных лимфоузлов — гнойные процессы на верхних конечностях, молочных железах.

При диагностическом поиске могут потребоваться консультации узких специалистов — гинеколога, стоматолога, ЛОР-врача и др.

Важно отличать лимфаденит от лимфаденопатии, вызванной заболеваниями крови, СПИДом, онкологическими процессами. При онкопроцессах узлы увеличиваются постепенно, как правило, безболезненны, диагноз помогает уточнить УЗИ. При СПИДе и заболеваниях крови характерно увеличение нескольких групп лимфатических узлов (например, подмышечных и паховых), имеются характерные изменения в анализах крови.

Лечение. При серозном лимфадените назначают антибиотики, полуспиртовые повязки местно, при уверенности в отсутствии онкопроцесса возможно проведение физиотерапии (УВЧ). Важна санация первичного очага воспаления (лечение кариозных зубов, инфицированных ран, тонзиллита и др.).

При гнойном лимфадените показано хирургическое лечение. Гнойник вскрывают. Нагноившейся лимфоузел удаляют с обязательным направлением на гистологическое исследование. Операцию обычно проводят под наркозом в условиях стационара.

4.10. Лимфангит

Это воспаление лимфатических сосудов.

Этиология. Источником воспаления всегда является какой-либо гнойно-воспалительный очаг — инфицированная рана, абсцедирующий фурункул др. Из очага инфекция распространяется на лимфатические сосуды, вызывая их воспаление. В некоторых случаях лимфангит возникает вроде бы без первичного очага, но при подробном сборе анамнеза выясняется, что очаг был ранее и к моменту развития лимфангита уже излечен.

Клиническая картина, диагностика. Различают сетчатый и стволовой лимангит. При сетчатом лимфангите вокруг и преимущественно выше очага, по ходу лимфатических сосудов, возникает покраснение без четких границ, может быть болезненность. Отмечается повышение температуры тела до субфебрильных цифр, слабость, потливость, ознобы. Увеличиваются регионарные лимфоузлы.

В некоторых случаях сетчатый лимфангит принимают за розову. Разница заключается в том, что при розе покраснение имеет четкие границы, нередко в виде «языков пламени» по верхней границе, при лимфангите — границы нечеткие, покраснение часто носит пятнистый характер (рис. 4.37).

При стволовом лимфангите покраснение носит линейный характер, в виде красных полосок, идущих от первичного очага к регионарным

лимфатическим узлам. Воспаление может перейти с лимфатического сосуда на окружающие ткани, тогда клиническая картина может напоминать сетчатый лимфангит.



Рис. 4.37. Сетчатый лимфангит правой нижней конечности

Лечение. Обязательна санация первичного очага (при его выявлении) — хирургическое вмешательство, перевязки и др.

Внутри назначают антибиотики — преимущественно синтетические пенициллины или фторхинолоны. На область покраснения накладывают полуспиртовые повязки. При своевременном лечении и адекватной санации первичного гнойно-воспалительного очага выздоровление обычно наступает быстро, прогноз хороший.

4.11. Мастит

Это острое гнойное воспаление молочной железы. Различают лактационный и нелактационный мастит.

Этиология. Лактационный мастит развивается в период кормления грудью. Обычно лактационному маститу предшествует лактостаз — застой молока в железе. Молоко скапливается в ацинусах, если лактостаз не разрешается, инфицируется через протоки, возникает гнойное воспаление.

Нелактационный мастит развивается вне периода лактации. Причиной его может служить инфицирование через проток, а также травмы и микротрещины соска. Наиболее частый возбудитель — стафилококк.

Следует помнить, что нелактационный мастит может развиваться на фоне инфильтративной формы рака молочной железы. Поэтому большое значение имеет дообследование (маммография, УЗИ) и гистологическое исследование иссеченных при операции тканей.

Клиническая картина, диагностика. Лактационный мастит обычно начинается с лактостаза — характерна высокая температура тела при относительно удовлетворительном общем состоянии, наличие болезненного уплотнения в ткани железы, небольшое покраснение кожи над уплотнением. Если лактостаз не разрешается в течение трех—пяти дней, он переходит в гнойный мастит, так как наступает неизбежное инфицирование застоявшегося молока через млечные протоки.

Температура становится нормальной утром, к вечеру повышается до 37,5—37,8 °С. Уплотнение в железе увеличивается, становится более болезненным, покраснение над ним нарастает. Возможно воспаление регионарных лимфатических узлов в подмышечной области. Диагноз помогает уточнить УЗИ.

При нелактационном мастите заболевание начинается с болей в области молочной железы, повышения температуры тела до субфебрильных цифр. Вскоре в железе появляется болезненное уплотнение (инфильтрат) с покраснением над ним. Нелактационный мастит приходится дифференцировать с воспалением и нагноением в кисте молочной железы, это помогает сделать УЗИ. Дифференциальный диагноз нужно проводить и с абсцедирующим фурункулом области молочной железы. Отличить абсцедирующий фурункул помогает его поверхностное расположение, а также наличие гнойно-некротического стержня в центре инфильтрата.

Лечение. При первых симптомах заболевания возможна консервативная терапия — антибиотики, полуспиртовые повязки (исключая область соска), физиотерапия (при уверенности в отсутствии онкологического процесса в железе). При прогрессировании воспалительных явлений, наличии в центре инфильтрата гноя (что в сомнительных случаях подтверждается ультразвуковым исследованием или диагностической пункцией), показано хирургическое лечение. Операция при мастите должна проводиться в стационаре, под наркозом. Оптимальным вариантом операции считается полное иссечение некротизированных тканей и наложение первичных швов с дренажно-промывной системой. Предпочтителен параареолярный разрез (по краю ареолы, отступая от нее на 0,5 см). По сравнению с радиарными разрезами (от соска к периферии) параареолярный разрез с наложением первичного шва отличается более хорошим косметическим эффектом. В послеоперационном периоде продолжают антибактериальную терапию, производят промывание дренажно-промывной системы. Промывание желательно

проводить практически постоянно, через систему для инфузий. При перевязках проводится дополнительное промывание шприцем. Швы снимают на 12–14 сутки после операции.

4.12. Остеомиелит

Это воспалительный инфекционный процесс в кости, поражающий поверхностные и глубокие элементы кости — надкостницу, компактную, губчатую часть кости, костный мозг.

Этиология. Эндогенная инфекция — в этом случае говорят о гематогенном остеомиелите, когда инфицирующий агент попадает в кость из другого гнойно-воспалительного очага.

Специфическая инфекция — в эту группу входят туберкулезный, сифилитический остеомиелит и др.

Посттравматический остеомиелит — развивается как осложнение травмы, когда кость инфицируется через имеющуюся рану.

Экзогенная инфекция — в этом случае остеомиелитом осложняются гнойно-воспалительные процессы в тканях, прилежащих к кости, например гнойный бурсит в области первого плюсне-фалангового сустава может осложниться остеомиелитом вследствие близости гнойного очага к костным структурам.

Клиническая картина, диагностика. В практике амбулаторного хирурга наиболее часто встречается вторичный остеомиелит, осложняющий течение раневых инфекций и инфекций мягких тканей. Поэтому на клинической картине гематогенного и специфического остеомиелита останавливаться не будем.

Заподозрить остеомиелит можно, когда имеющаяся рана в проекции кости длительно не заживает, несмотря на проводимое адекватное лечение. Сохраняется умеренный отек, нерезко выраженные воспалительные явления. Из раны продолжается гнойное отделяемое, может сформироваться свищ. Например, при панариции можно заподозрить остеомиелит, если послеоперационная рана не заживает более двух недель, сохраняется гнойное отделяемое.

Высока вероятность развития остеомиелита при открытых переломах, когда происходит первичное инфицирование кости.

Если отток гноя в области остеомиелита нарушен, то развивается картина, характерная для флегмоны — покраснение, отек, повышение температуры тела. При самопроизвольном (или хирургическом) вскрытии гнойника состояние улучшается, температура тела может нормализоваться, воспалительные явления стихают, однако рана не заживает, сохраняется гнойное отделяемое, формируется свищ.

Решающее значение в диагностике остеомиелита имеет рентгенологическое исследование. На рентгенограммах видна деструкция кости, которая может быть как краевой, так и захватывающей все слои кости, вплоть до ее полного разрушения. Следует помнить, что рентгенологическая картина несколько запаздывает за клинической. Например, если после операции по поводу панариция рана длительно не заживает, а на рентгене нет четких признаков остеомиелита, врач все равно должен в первую очередь ориентироваться на клиническую картину (незаживающая рана со свищем и гнойным отделяемым), так как на рентгене изменения могут появиться позднее, через неделю и более.

Лечение. Хирургическое — проводится операция — некротомия, в ходе которой удаляются все пораженные гнойным процессом участки кости, saniруются окружающие гнойный процесс ткани, накладывается дренажно-промывная система для длительного промывания гнойной полости растворами антисептиков.

Назначаются антибиотики, хорошо проникающие в костную ткань — фторхинолоны первого поколения, синтетические пенициллины, цефалоспорины, линкомицин.

В комплексную терапию включают иммунокорректоры (полиоксидоний), физиотерапию.

Лечение остеомиелита нужно проводить в стационаре.

4.13. Панариций

Это гнойное воспаление пальца. Как правило, панариций развивается на пальцах кисти, но в редких случаях возможно поражение пальцев стоп. На стопе панариций иногда приходится дифференцировать с вросшим ногтем.

Этиология. Наиболее частой причиной панариция является осложнение травм — ссадин, порезов. Глубокие формы (сухожильный панариций, костный) обычно являются осложнением поверхностных форм панариция, хотя возможно и первичное инфицирование глубоких структур (например, укол длинным шипом растения может первично инфицировать надкостницу и вызвать костный панариций).

Клиническая картина, диагностика, лечение. В зависимости от локализации процесса и вовлечения в него анатомических структур пальца выделяют несколько форм панариция.

Паронихия (воспаление околоногтевого валика). Возникает при небольших травмах околоногтевого валика (срывание заусенцев при маникюре и т.п.). Валик становится покрасневшим, отечным, болезненным. Из-под края ногтевой пластинки часто выделяется гной (рис. 4.38).

По мере прогрессирования процесс может переходить на основание ногтевой пластинки и противоположный валик.



Рис. 4.38. Паронихия. Видно выделение гноя из-под околоногтевого валика

На ранних стадиях лечение консервативное — назначение антибиотика внутрь, полусуширтовые повязки на палец. Категорически запрещается применение мази Вишневского и ихтиола. В случае явных признаков нагноения (выраженные воспалительные явления, выделение гноя) консервативное лечение бессмысленно.

При неэффективности консервативного лечения делают операцию — под проводниковой анестезией по Лукашевичу—Оберсту с одной или обеих сторон околоногтевого валика делают разрезы от бокового валика продольно вверх до 0,5—0,7 см. Гнойный очаг раскрывают тонким москитом. Омертвевшие ткани выскабливают ложкой Фолькмана или иссекают, рану промывают антисептиком и накладывают повязку с мазью на водорастворимой основе (левомеколь).

В послеоперационном периоде необходимы перевязки с левомеколем и наложением полусуширтовых повязок. Продолжается антибактериальная терапия до купирования острых воспалительных явлений. Целесообразно назначение НПВС коротким курсом.

Подкожный панариций. В области внедрения инфекции (ссадина, рана) появляется отек, покраснение, захватывающее всю пораженную фалангу. Пациента беспокоят боли, зачастую довольно сильные, лишающие сна. При отсутствии лечения гнойный процесс быстро распространяется

как вверх, так и вглубь. Нагноение может развиваться на любой фаланге пальца. В связи с особенностями строения подкожной клетчатки пальцев гнойный процесс быстро распространяется вглубь, на сухожилие и даже кость.

На самых ранних стадиях подкожного панариция, в первые—вторые сутки заболевания, еще возможно обойтись без операции путем назначения антибиотика внутрь и применения полуспиртовых повязок на палец. Мазь Вишневского и ихтиол применять нельзя — они способствуют прогрессированию гнойного процесса.

Если в течение суток не отмечено отчетливого регресса симптоматики, показана операция. Затягивать с вмешательством не стоит, так как при панариции распространение гнойного процесса на глубокие структуры пальца происходит довольно быстро.

Перед операцией необходимо выполнение рентгеновского исследования пальца для исключения вовлечения в процесс кости.

Под проводниковой анестезией делают разрез по медиалатеральной линии (срединные линии боковых поверхностей пальца) пораженной фаланги. При локализации процесса на ногтевой фаланге делают клюшкообразный разрез (разрез переходит с боковой поверхности фаланги на верхушку), удаляют все некротизированные ткани, промывают рану растворами антисептиков и накладывают дренажную повязку с левомеколем. При обширной полости целесообразно вывести в качестве дренажа тонкую полоску перчаточной резины на противоположную сторону пальца через отдельный прокол тонким москитом. Операцию завершить наложением дренажно-промывной системы из тонких трубочек и первичным швом. Так можно делать только при уверенности в радикальности некрэтомии. При разрезе, а также манипуляциях в ране, нужно избегать повреждения сосудисто-нервного пучка, который проходит на 2—3 мм в сторону ладонной поверхности пальца от медиалатеральных линий. Выполнение парных боковых разрезов недопустимо. Если их сделать маленькими, то невозможна адекватная некрэтомия и санация раны при перевязках, если большими — имеется высокий риск повреждения сосудистого пучка и некроза кожного лоскута между ними.

Сухожильный панариций. При сухожильном панариции в процесс вовлекаются сухожильное влагалище и сухожилие сгибателя пальца.

Воспаление может развиваться как сразу в сухожильном влагалище (например, при попадании инфекции при колотых ранах в область сухожилия), так и быть осложнением более поверхностных форм панариция.

Заболевание начинается остро, пациента беспокоят сильные боли во всем пальце.

Палец отечен, находится в вынужденном полусогнутом положении, покраснение кожи может быть не выражено. Палец внешне напоминает «сосиску». Активные движения пальца невозможны, пассивные — резко болезненны. При сухожильном панариции второго—четвертого пальцев обычно имеется пальпаторная болезненность в проекции «слепого мешка» сухожилия (на ладони, у основания пальца). При сухожильном панариции первого и пятого пальцев в связи с анатомическими особенностями их сухожилий гнойный процесс может распространиться на кисть и на пространство Пирогова—Паррона (ладонная поверхность лучезапястного сустава) с формированием так называемой U-образной флегмоны.

Лечение сухожильного панариция — хирургическое. Операция должна проводиться в стационаре, желательно в специализированном отделении по лечению заболеваний кисти.

При небольших сроках заболевания, когда сухожилие еще жизнеспособно, возможно вскрытие сухожильного влагалища из небольших разрезов на фалангах и у основания пальца, после чего сухожильное влагалище дренируют тонкой трубкой для последующего промывания. Если сухожилие уже некротизировано, его приходится удалять из широких боковых разрезов. Функция пальца при этом значительно нарушается.

Суставной и костный панариций. Суставной панариций в своем развитии проходит три стадии — серозного воспаления, гнойного воспаления и гнойного остеоартрита с поражением и деструкцией суставных концов костей, образующих сустав. Инфекция может попасть в сустав первично (например, при колотой ране сустава или ударе о зубы в драке), а может распространиться на сустав при прогрессировании поверхностных форм панариция.

Костный панариций также может быть первичным (например, при глубоком, до кости, уколе шипом розы) и вторичным (например, при прогрессировании подкожного панариция).

При первичном поражении пациенты жалуются на сильные боли в области сустава. Боль возникает как при движениях в пораженном суставе, так и в покое (на более поздних стадиях). Сустав отечен, может быть гиперемия, но не сильно выраженная. При отсутствии лечения возможен прорыв гноя наружу с формированием свища. При этом боли и воспаление уменьшаются, но гнойный процесс продолжается — сохраняется свищ с гнойным отделяемым, происходит постепенное разрушение суставных поверхностей.

При вторичном костно-суставном панариции диагностика может быть затруднена из-за уже имеющегося поражения пальца. Обычно о вовлечении в процесс сустава говорит незаживающая рана в проекции

сустава с сохраняющимся гнойным отделяемым. Палец в области пораженного сустава утолщается, приобретая веретенообразную форму.

При костном панариции клиническая картина аналогична, с той разницей, что симптоматика локализуется не в области сустава, а в проекции пораженной кости фаланги.

При рентгенологическом исследовании на ранних стадиях может иметь место только сужение суставной щели (при суставном панариции), деструкция костей развивается позже, и на 7–14 дней запаздывает за клинической картиной.

Лечение только хирургическое, длительное, должно проводиться в стационаре, желательно кистевым хирургом. Даже при самом квалифицированном лечении заболевание нередко заканчивается значительным снижением функции пальца и даже полной его потерей.

При костно-суставном панариции полость сустава вскрывают из Z-образного разреза, удаляют все нежизнеспособные ткани, в том числе разрушенные участки кости (некротсеквестрэктомия), промывают рану антисептиками, накладывают дренажно-промывную систему и вытяжение за ногтевую фалангу спицей Киришера.

При остеомиелите производят тщательное удаление всех некрозов клетчатки и разрушенных участков кости (некротсеквестрэктомия).

Операцию завершают наложением дренажно-промывной системы. Необходимо длительное назначение антибиотиков, хорошо проникающих в костную ткань.

Пандактилит (воспаление всех структур пальца). Пандактилит — наиболее тяжелая форма гнойно-некротического поражения пальца, при котором поражаются все его слои — кожа, подкожная клетчатка, сухожилие, кость. Заболевание нередко заканчивается ампутацией пальца либо полной потерей его функции.

Пандактилит чаще всего является осложнением более поверхностных либо ограниченных глубоких форм панариция. На фоне уже имеющегося воспаления происходит его прогрессирование, палец значительно увеличивается в объеме, кожа становится синюшной, с багровым оттенком.

Палец обычно полусогнут (при омертвлении сухожилий может выпрямляться). Движения в пальце невозможны или резко болезненны. Характерно наличие нескольких свищей после предыдущих хирургических разрезов или сформировавшихся из самопроизвольно вскрывшихся гнойников. Нередко присутствует неприятный запах. Возможно увеличение регионарных лимфоузлов. Температура тела может повышаться, при распространенном процессе могут быть симптомы общей интоксикации (недомогание, общая слабость, ознобы по вечерам, повышенная жажда).

Состояние несколько улучшается при самопроизвольном вскрытии гнойников, но гнойно-некротический процесс при отсутствии адекватного лечения все равно будет прогрессировать. При рентгенологическом исследовании может быть выявлена костная деструкция. В анализе крови — повышение количества лейкоцитов, повышение СОЭ.

Лечение должно осуществляться в условиях стационара, желательно в отделении по лечению заболеваний кисти.

При пандактилите всегда показано хирургическое вмешательство. Операцию делают из широкого доступа разрезом по боковой поверхности на всем протяжении пальца с переходом на ладонь для обеспечения доступа к «слепому мешку» влагалища сухожилий сгибателей. При ревизии иссекают некротизированную подкожную клетчатку, удаляют нежизнеспособные сухожилия, а также разрушенные участки кости.

Операцию заканчивают наложением дренажно-промывной системы. При пандактилите вследствие некроза кожи часто образуются обширные дефекты кожного покрова.

В этом случае края раны максимально адантируют повязкой, наложение швов с целью закрытия дефекта путем сильного натяжения краев кожи в таких случаях не показано. Обязательно парентеральное назначение антибиотиков широкого спектра действия, которые хорошо проникают в костную ткань (линкомицин, цефалоспорины). Из лекарственных средств также могут назначаться противовоспалительные препараты, иммуномодуляторы. В послеоперационном периоде проводятся перевязки с мазями на водорастворимой основе, промывание дренажей.

Возможно физиотерапевтическое лечение для более быстрого купирования воспалительного процесса и ускорения заживления ран. Нередко требуются повторные вмешательства для этапных иссечений некрозов. При обширных костных дефектах возможно наложение дистракционных аппаратов. Выздоровление идет долго, возможна полная потеря функции пальца.

4.14. Пиогенная гранулема

Пиогенная гранулема представляет собой образование чаще темновиншевого цвета, обычно на ножке, небольшого размера (до 1 см).

Обычно оно мокнет, отделяя сукровицу. В обиходе пиогенную гранулему часто называют «дикое мясо».

Этиология. Считается, что появление пиогенной гранулемы — это ответ тканей на травму (укол, небольшой порез и т.п.).

Клиническая картина, диагностика. После травмы ранка может почти зажить, но совсем не заживает, и начинает расти гранулема.

Образование может появиться быстро, в течение одного—двух дней. Наиболее частая локализация — пальцы кистей и стоп, ладонная поверхность кистей и подошвенная поверхность стоп. Пиогенная гранулема обычно темно-вишневого, реже розового цвета, всегда присутствует сукровичное отделяемое. Перифокальное воспаление мало выражено (рис. 4.39).



Рис. 4.39. Пиогенная гранулема

Лечение — только хирургическое. Консервативные мероприятия (применение мазей, зеленки и т.п.) никогда не дают положительных результатов. Под местной анестезией образование иссекают, выскабливают его основание острой ложкой Фолькмана, накладывают редкие швы. После адекватной операции рецидивы крайне редки. В послеоперационном периоде обязательно назначение антибиотика.

4.15. Рожистое воспаление

Рожа (рожистое воспаление) — инфекционное заболевание мягких тканей, вызываемое стрептококком.

Этиология. Стрептококк в том или ином виде может присутствовать на коже, не вызывая никаких проблем. Однако в случае мутации штамма или же снижения иммунитета (простуда, переохлаждение и др.) микроорганизм может активизироваться и при наличии входных ворот для инфекции (раны, ссадины, микротрещины кожи) вызывать заболевание. Наиболее часто рожа возникает на участках тела, подверженных

отеку и застою. Именно поэтому в подавляющем большинстве случаев рожа развивается на ногах, чаще всего — на голени, особенно у пациентов, склонных к отекам голеней (например, на фоне варикозной болезни, лимфедемы).

Клиническая картина, диагностика. Заболевание обычно начинается остро, с высокой (до 39–40 °С) температуры, потрясающих ознобов, слабости, потливости. На этом фоне чаще всего на голени появляется отек, покраснение кожи, увеличивающееся в размерах, четко очерченное, иногда похожее на «языки пламени» по верхнему краю (рис. 4.40).



Рис. 4.40. Эритематозная рожа левой голени

Это эритематозная форма рожи — наиболее легкая, ее можно лечить в амбулаторных условиях. Однако при эритематозной форме рожи может быть довольно распространенное поражение, сопровождающееся температурой, интоксикацией и требующее госпитализации (рис. 4.41).

При более тяжелой, буллезной форме на фоне покраснения появляются пузыри (отслойки эпидермиса), заполненные серозной или мутноватой жидкостью (рис. 4.42).

Буллезную рожу нужно лечить в стационаре, однако если буллы единичные, небольшие, общее состояние удовлетворительное, симптомов интоксикации нет — можно лечить и в амбулаторных условиях.

При самой тяжелой форме — буллезно-геморрагической — под пузырями формируется омертвление глубжележащих тканей — некрозы. Жидкость в буллах — с геморрагическим компонентом, присутствуют симптомы интоксикации. При выявлении буллезно-геморрагической рожи или подозрении на нее пациент должен быть направлен в стационар.



Рис. 4.41. Обширная эритематозная рожа конечности



Рис. 4.42. Буллезная рожа

Лечение. Конечности придают возвышенное положение. Назначают обильное питье. При всех формах рожи обязательно применяют антибиотики и антигистаминные препараты, физиотерапию. Из антибактериальных препаратов подходят полусинтетические пенициллины (амоксиклав) или макролиды (азитромицин). Из антигистаминов можно назначить кларитин по одной таблетке один раз в сутки.

Из физиотерапевтических методов применяют кварц в субэритемных дозах. К лечению можно подключить иммунокорректирующие препараты (полнооксидоний или ликопид).

Тяжелое общее состояние может потребовать инфузионной терапии, которую проводят в стационаре.

Местное лечение зависит от формы рожи. При эритематозной роже на всю область покраснения накладывают повязки с антисептиками (хлоргексидин или мирамистин). При буллезной роже пузыри иссекают, далее делают перевязки с левомеколем. При буллезно-геморрагической рожене иссекают некротизированные ткани (это делается в стационаре).

При рецидивирующей роже назначают бициллиновую профилактику. Делают ее следующим образом: после стихания острого воспаления пациенту назначают бициллин-5 по одному флакону (1,2 млн Ед) внутримышечно один раз в месяц, шесть месяцев (то есть шесть инъекций).

Часто у пациентов и их родственников возникает вопрос: насколько заразна рожа? Это заболевание не относится к высокозаразным, достаточно после контакта и ухода за больным тщательно мыть руки — и риск заражения будет минимальным.

4.16. Трофические язвы

Трофическая язва — дефект кожи и глубже лежащих тканей, возникающий на фоне нарушения трофики тканей. Отличительные черты трофических язв — длительное течение заболевания, резистентность к лечению, склонность к рецидивам, преимущественная локализация на нижних конечностях.

Этиология. Для появления трофической язвы необходим ряд условий. В первую очередь, это нарушение питания тканей, вызванное различными причинами. На фоне нарушения трофики «провоцирующими» факторами могут стать повреждение кожных покровов, инфекции кожи, перегрев или переохлаждение конечности.

В зависимости от причины можно выделить следующие разновидности трофических язв:

- венозные. Возникают на фоне ХВН, вызванной варикозной болезнью, ПТФБ, а также при врожденной дисплазии глубоких вен (синдром Клиппеля—Треноне);
- диабетические;
- ишемические. Возникают на фоне облитерирующих заболеваний артерий конечностей;
- нейротрофические. Обусловлены нарушением иннервации конечности;

- язвы, возникающие на почве общих заболеваний (гипертоническая болезнь, коллагенозы, болезни обмена веществ и др.);
- пиогенные язвы — обычно возникают у лиц, ведущих асоциальный образ жизни, на фоне нарушения гигиены, снижения иммунного статуса, инъекций наркотических средств в вены голени и т.п. Характерно присутствие инфекции кожи — фурункулы, пиодермия;
- язвы, вызванные врожденными или приобретенными артерио-венозными свищами (синдром Пракса—Вебера—Рубашова).

Клиническая картина, лечение. Пациенты жалуются на длительно незаживающую рану, чаще всего на дистальных отделах одной или обеих нижних конечностей. Клиническая картина и лечение могут отличаться в зависимости от причины язв.

Венозные язвы. Венозные трофические язвы — закономерный исход прогрессирующей венозной недостаточности при варикозной или посттромбофлебитической болезни. Обычно язва появляется на фоне уже имеющейся гиперпигментации (потемнения) на голени. Предъявленным состоянием можно назвать появление на фоне пигментации светлого, как бы матового участка (белая атрофия кожи) (рис. 4.43).



Рис. 4.43. Участок белой атрофии кожи, на фоне которого появляются эрозии — предвестники трофической язвы

Позднее в зоне белой атрофии появляются эрозии, а затем и язва. Наиболее частая локализация — внутренняя поверхность нижней трети голени. Появлению язвы может способствовать травма — ранки, ссадины и т.п. Язвы могут быть различной площади и глубины, от точечных до обширных (рис. 4.44).

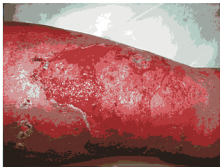


Рис. 4.44. Неглубокая, но обширная трофическая язва голени

Излюбленная локализация венозных трофических язв — нижняя треть внутренней поверхности голени (рис. 4.45).

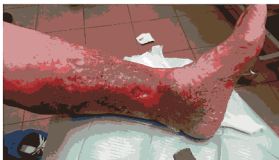


Рис. 4.45. Типичная локализация венозной трофической язвы

При сопутствующем воспалении и индуративном целлюлите пациентов могут беспокоить боли в области язвы, нередко достаточно сильные.

Лечение венозных трофических язв должно проводиться постоянно, с частыми посещениями врача для его коррекции. Лечение должно быть комплексным: включает в себя назначение лекарственных средств внутрь, местное лечение, хирургическое лечение (этапная флебэктомия, РЧА или ЭВЛО, склеротерапия варикозных вен или несостоятельных перфорантов), важным моментом является адекватная эластическая компрессия.

Из новых методов, пока еще ограниченно применяемых в России, можно отметить *Shave*-терапию и метод вакуумной терапии ран, или *negative pressure wound therapy* (NPWT, в буквальном переводе — лечение ран отрицательным давлением).

Подходы к лечению венозных трофических язв различны в зависимости от выраженности воспалительных явлений и фазы раневого процесса. При остром воспалении, когда имеется выраженный отек конечности, гиперемия, язва покрыта фибрином, имеется гнойное отделяемое, назначают антибиотик (амоксилав по 1 г два раза в день не менее семи дней), антигистаминный препарат, флеботоник, НПВС внутрь. Местно — мази на водорастворимой основе (проптосан-гель, левомеколь), хороший эффект дают сорбирующие повязки (например, «Сорбалгон», «Пемафом» фирмы Хартман). При наличии ране некрозов показано применение протеолитических ферментов (химотрипсин, салфетки «Протеокс Т») или гидроколлоидных повязок (например, гидроколл (*hydrocoll*) фирмы Хартман). Если имеется гиперкератоз, применяют кортикостероидные мази (синаflan, целестодерм) на кожу (не на саму язву!). При подозрении на грибковую инфекцию на фоне кератоза — тридерм.

Обязательна компрессия эластическим бинтом короткой или средней растяжимости, который накладывают поверх лечебной повязки.

По мере стихания воспаления, очищения язвы, тактика лечения меняется. Внутрь оставляют только флеботоник (детралекс), который принимают по 500 мг два раза в день два месяца. В случае быстрого ухудшения после отмены детралекса можно возобновить прием и принимать его до шести месяцев подряд. Если рана практически очистилась, целесообразно применение цинк-желатиновых повязок или цинкового бинта «Вароласт». Цинк-желатиновую пасту для наложения повязки готовят по специальной прописи:

Zinci oxydati,
Gelatini ana 100,0,
Glicerini 600,0,
Aq. distillate 200,0.

При наложении повязки марлевый бинт пропитывают пастой, подогретой на водяной бане. После наложения повязка остывает и становится

плотной. Повязку накладывают на время от пяти дней до двух недель (зависит от количества раневого отделяемого — чем его больше, тем на меньший срок накладывают повязку).

В качестве аналога цинк-желатиновой повязки можно применять цинковый бинт «Вароласт» фирмы Хартман. В этом случае на саму язву накладывают раневое покрытие «Атрауман Аг», поверх него кладут покрытие «Пемафом», которое впитывает в себя излишки отделяемого. В покрытии «Атрауман Аг» целесообразно сделать дополнительные перфорации диаметром 2—3 мм, так как стека мелкоячеистая, и густое раневое отделяемое может застаиваться под ней. Далее ногу бинтуют «Вароластом» от пальцев до подколенной области. Поверх бинта «Вароласт» накладывают обычный эластический бинт короткой или средней растяжимости. Первый раз повязку накладывают на три дня, за это время должен уменьшиться отек. Далее повязки накладывают на пять дней, и так до полной эпителизации раны.

Помимо бинта «Вароласт» при чистых язвах можно использовать солкосерил, актовегин, пантенол-ратиофарм, куриозин в каплях. Зачастую оптимальное лечебное средство для конкретного пациента приходится подбирать методом проб и ошибок.

Еще один важный вопрос — можно ли мыть конечность и область язвы? Однозначно — да, не только можно, но и нужно. Кожа вокруг язвы постоянно раздражается раневым отделяемым, лечебными средствами. Поэтому хотя бы один раз в неделю ногу нужно мыть с мылом в чуть теплой воде. Сразу после мытья делать перевязку.

Нейротрофические язвы. Нейротрофическими называются язвы, появление которых связано с нарушением иннервации части тела (чаще всего конечности) вследствие заболевания или травмы спинного мозга, нервных стволов. На фоне нарушения иннервации нарушаются и обменные процессы в тканях, что ведет к гипоксии, некробиозу и некрозу.

Нейротрофические язвы появляются на участках тела, испытывающих повышенное давление, — чаще всего на подошвенной поверхности стоп. Провоцирующим фактором может послужить незначительная травма (ушиб, ссадина), ношение тесной обуви, длительная ходьба, попадание в обувь мелких предметов (камушек), которые часто остаются незамеченными пациентами с пониженной поверхностной и глубокой чувствительностью. Язвы вначале небольших размеров, но им свойственно увеличиваться как в ширину, так и в глубину, вплоть до поражения костей. Отделяемое обычно скудное, характерно наличие влажных грануляций, нарушения процессов эпителизации с краев. Дно и стенки язвы бледные, часто серого оттенка. Характерно отсутствие болей в области язвы (рис. 4.46).



Рис. 4.46. Нейротрофическая язва

Лечение представляет значительные сложности, всегда длительно. Заживления язвы добиться удастся не всегда. Должно проводиться совместно хирургом и невропатологом (нейрохирургом). Обязательно сочетание как местного лечения, так и системной терапии, направленной на улучшение нейротрофических процессов, микроциркуляции крови в пораженной части тела.

Очень важно максимально разгрузить пораженную область. Для этого пациенту рекомендуют ношение удобной обуви, стельки на мягкой основе. Не рекомендуется длительное нахождение на ногах.

Назначают витамины группы В (мильгамма), никотиновую кислоту, препараты теоктовой кислоты, препараты, улучшающие микроциркуляцию (трентал), средства, стимулирующие регенерацию тканей (солкосерил). При инфицировании — антибактериальная терапия. С учетом длительности лечения и возможных повторных курсов антибиотиков, необходим посев на микрофлору из раны с определением чувствительности к антибиотикам.

Местно проводят перевязки с различными лечебными средствами в зависимости от состояния раны.

Возможны хирургические методы — шов нерва, невролиз. В последнее время изучается возможность лечения нейротрофических язв стволовыми клетками.

Ишемические язвы. Возникают на фоне облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей (ХАНК ИБС–IV ст.). Обычно трофические расстройства в виде язв предшествуют гангрене. Всегда сопровождаются выраженным болевым синдромом, обусловленным ишемией

конечности. Характерная локализация — пальцы стоп, пятки, тыльная поверхность стопы, лодыжки. Язвы некротические, плохо поддаются лечению.

Лечение ишемических язв подробно расписано в главе, посвященной облитерирующему атеросклерозу артерий нижних конечностей.

Некоторые особенности лечения отдельных разновидностей язв. Другие разновидности трофических язв лечат по общим принципам лечения ран, уделяя особое внимание коррекции патологии, на фоне которой появилась язва.

Пиогенные язвы — большое значение имеет антибактериальная терапия, с неоднократными посевами из раны на чувствительность к антибиотикам. Необходима социализация пациентов, включающая нормальное питание, жилищные условия, отказ от употребления алкоголя и наркотических средств.

Синдром Марторелла (крайне болезненные язвы на фоне гипертонической болезни) — при лечении важна коррекция гипертонической болезни.

Симптоматика и лечение **диабетических язв** изложены в пункте «Диабетическая стопа».

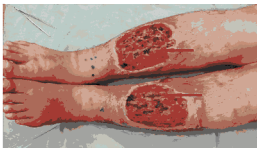


Рис. 4.47. Трофические язвы голеней у наркомана, стрелками указана кость в дне раны

Особую сложность представляет лечение трофических язв у пациентов, склонных к употреблению наркотических веществ, при выполнении инъекций наркотика в вены нижних конечностей. У данного контингента трофические язвы почти всегда сочетаются с посттромбофлебическим

синдромом, снижением иммунитета, сопутствующими заболеваниями (гепатит С, ВИЧ, печеночно-почечная недостаточность и др.). Язвы бывают, как правило, глубокие, обширные (рис. 4.47), резистентные к лечению, особенно при продолжении приема наркотиков. У таких пациентов лечение включает в себя элементы терапии пиогенных и венозных язв. Важно прекращение инъекций в вены конечностей, в противном случае терапия будет безуспешной.

Малигнизация трофических язв происходит редко, на фоне многократных рецидивов, неадекватного лечения (применение раздражающих мазей, злоупотребление ультрафиолетовым облучением и лазерной терапией). Симптомы — усиление болей, увеличение размеров язвы с уплотнением ее краев в виде валиков, разрастанием грануляционной ткани в виде «цветной капусты». Для уточнения диагноза применяют цитологию отпечатков отделяемого, инцизионную биопсию с краев и дна раны. Малигнизированную трофическую язву нужно дифференцировать с глубокими микозами.

4.17. Флегмона

Флегмона — гнойное воспаление подкожной клетчатки, не отграниченное от окружающих тканей.

Этиология. Причиной флегмоны может стать любая рана, фурункул, другие гнойные процессы мягких тканей. Наиболее частый возбудитель — золотистый стафилококк.

Клиническая картина, диагностика. Пациенты жалуются на боли, отек в зоне поражения, повышение температуры тела, ухудшение общего состояния.

Местно — отек, покраснение без четких границ, наличие болезненного инфильтрата под кожей, флюктуация. Из входных ворот инфекции (раны и т.п.) возможно выделение гноя. На верхних и нижних конечностях флегмону нередко приходится дифференцировать с рожистым воспалением. Уточнить диагноз позволяет УЗИ.

Лечение только хирургическое — широкое вскрытие гнойника (рис. 4.48, 4.49), иссечение некротизированных тканей. Операцию чаще всего выполняют в стационаре под наркозом.

В послеоперационном периоде назначают антибиотик, проводят перевязки с мазями на водорастворимой основе до очищения раны. После этого перевязки делают с препаратами на мазевой основе (актовегин, винилин, метилурацилловая мазь и др.). При значительном дефекте кожных покровов после очищения раны возможно наложение вторичных швов (рис. 4.50).



Рис. 4.48. Флегмона правого бедра

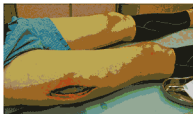


Рис. 4.49. Гнойник вскрыт, санирован, рана очищается

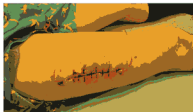


Рис. 4.50. На рану наложены вторичные швы

Флегмона кисти. Для развития флегмоны кисти нужны входные ворота для инфекции. Это могут быть раны (особенно колотые), подмозольные абсцессы, укусы и царапины животных, ссадины и др. Флегмона развивается в течение нескольких дней после получения раны. В области входных ворот появляется покраснение кожи, отек, нарастают боли. Воспалительные явления быстро распространяются на всю пораженную область. Из раны, являющейся входными воротами, возможно гнойное отделяемое. При сочетанных флегмонах в процесс вовлекается несколько областей. Если флегмона сочетается с панарицием, ее называют комбинированной.

Пациенты жалуются на слабость, ознобы, температура тела повышается. Реактивный отек и покраснение могут распространяться на предплечье. Нередко увеличиваются подмышечные лимфоузлы.

Лечение флегмоны кисти — хирургическое, должно проводиться в условиях стационара. Операцию чаще всего делают под проводниковой анестезией в нижней трети предплечья, где из трех точек производят блокаду срединного, локтевого и лучевого нервов, после чего зона операции обескровливается при помощи жгута, наложенного в средней трети предплечья. Основной принцип оперативного лечения — тщательная некрэктомия — удаление всех нежизнеспособных тканей. При этом хирург должен соблюдать осторожность, чтобы не затронуть важные анатомические структуры кисти (сухожилия, нервы, крупные сосуды), повреждение которых может вызвать серьезные функциональные нарушения. Разрезы должны быть выполнены таким образом, чтобы из них адекватно дренировалась вся гнойная полость. Желательно наложение дренажно-промывной системы (ДПС) из тонких полихлорвиниловых трубок. В послеоперационном периоде проводят ежедневные перевязки с промыванием полости через ДПС. После полного очищения раны и стихания воспалительных явлений ДПС удаляют, после чего рана заживает вторичным натяжением. При обширных раневых дефектах возможно наложение вторичных швов или кожная пластика.

Всем пациентам назначается антибактериальная, противовоспалительная терапия, при необходимости — иммунокоррекция.

Не следует забывать о противостолбнячной вакцинации (если причиной флегмоны явилась рана) и об антирабической вакцинации (при укусах и царапинах животных).

4.18. Фурункул

Фурункул — гнойное воспаление волосяного фолликула.

Этиология. Фурункул чаще всего вызывается золотистым стафилококком. Для появления фурункула необходимо сочетание нескольких факторов — наличие агрессивного штамма стафилококка на коже,

снижение иммунитета. Заболеванию способствуют микротравмы кожи, куда внедряется возбудитель.

Клиническая картина, диагностика. Фурункул появляется в виде прыщика с воспалением вокруг, в центре обычно можно видеть гнойно-некротический стержень (воспаленный волосяной фолликул). Воспаление и покраснение кожи быстро нарастает, в подлежащей подкожной клетчатке формируется инфильтрат. При отсутствии надлежащего лечения инфильтрат абсцедирует, то есть фурункул становится абсцедирующим (рис. 4.51).



Рис. 4.51. Абсцедирующий фурункул верхней трети задней поверхности бедра

Фурункул в области ягодичной складки нужно дифференцировать с нагноением кисты копчика и парапроктитом, а в области молочной железы — с маститом.

В отдельных случаях фурункулы появляются часто, на разных участках тела. Такое состояние называется фурункулез. При фурункулезе необходимо обследование у хирурга, дерматолога, иммунолога, эндокринолога для поиска причин, вызвавших это заболевание.

Наиболее опасны фурункулы на лице, особенно те, которые расположены выше носогубной складки. Дело в том, что при таком расположении фурункула имеется риск развития менингита.

Лечение. В начале заболевания, когда еще не сформировался абсцедирующий фурункул, возможно консервативное лечение, заключающееся в наложении полуспиртовых повязок местно и назначении антибиоти-

ка внутрь. Возможно однократное обкалывание фурункула анестетиком в смеси с антибиотиком (например, новоканн с цефазолином). После обкалывания можно удалить зажимом типа «москит» гнойно-некротический стержень, промыть рану антисептиками и наложить мазь левомеколь с полуспиртовой повязкой.

При формировании абсцедирующего фурункула показано хирургическое лечение. Техника операции — такая же, как при абсцессе. После операции проводят перевязки по общим правилам ведения гнойных ран. Антибиотик не отменяют до купирования острых воспалительных явлений.

4.19. Эризипеллоид

Эризипеллоид (синонимы — краснуха натуралистов, рожа свиней, эризипеллоид Розенбаха) — зоонозная инфекционная болезнь, поражающая кожу и суставы, которая передается людям от животных.

Чаще всего эризипеллоид возникает у пациентов, чья профессия или образ жизни связаны с контактом с сырой рыбой или мясом. Так, этому заболеванию подвержены охотники, ветеринары, животноводы, мясники, рыбаки, рабочие мясокомбинатов, повара и домохозяйки. Заболеваемость эризипеллоидом имеет определенную сезонность, она увеличивается в летне-осенний период.

Этиология. Эризипеллоид вызывают *Erysipelothrix rhusiopathiae* и стрептококки. Человек инфицируется, как правило, контактным путем через загрязненную мочой или испражнениями животных воду, шкуру, почву, мясо. Заражение возможно лишь при нарушении целостности кожи (ссадины, потертости, расчесы и др.). Заболевший не является контагиозным для других людей.

Клиническая картина, диагностика. Пациенты жалуются на покраснение и припухлость в области пальцев с последующим переходом на кисть, боль, жжение. В области покраснения могут появляться пузырьки. Заболевание длится семь—десять дней (в редких случаях — дольше), потом регрессирует. Побеление начинается с центра очагов. Общее состояние не страдает. Лабораторные показатели — в пределах нормы.

Лечение. Назначают антибиотик (амоксиклав) по 1 г два раза в день пять—семь дней, повязки с антисептиком (хлоргексидин или мирамистин).

До 75% всех женщин различных возрастов предъявляют жалобы со стороны молочных желез. На врачей амбулаторного учреждения лежит большая ответственность в плане умения дифференцировать физиологические состояния (предменструальные боли) от патологических состояний. Особо важным аспектом деятельности амбулаторного хирурга является раннее выявление рака молочной железы, так как женщины с этим заболеванием первично обращаются, как правило, не в стационар, а в поликлинику.

5.1. Общие правила обследования пациенток с заболеваниями молочных желез

При всем многообразии заболеваний молочных желез, обследование пациенток должно подчиняться общей схеме.

Анамнез. Анамнестические данные играют важную роль, так как могут выявить пациенток из группы риска по раку молочной железы, позволяют получить представление об образе жизни, наследственности, факторах риска заболеваний.

При выяснении анамнеза жизни нужно уточнить время начала менструаций, время наступления менопаузы. Имеет значение, в каком возрасте у женщины были первые роды, страдала ли она ранее заболеваниями молочных желез или гинекологическими заболеваниями.

Важен наследственный анамнез, особенно наличие рака молочной железы или рака женских половых органов у матери или сестер по материнской линии.

Необходимо уточнить, применяла ли женщина длительное время противозачаточные средства на основе эстрогенов и прогестинов.

Из других моментов следует обратить внимание на избыточный вес, возраст, характер питания (особенно на злоупотребление продуктами, содержащими животные жиры и углеводы).

Из сопутствующих заболеваний следует уточнить, не страдает ли женщина гипотиреозом и заболеваниями печени, при которых может возрастать риск заболевания раком молочной железы.

Осмотр. Общий осмотр проводится в положении стоя. Нужно попросить женщину поднять руки, затем поставить их на бедра. При этом ассиметричное поднятие молочных желез может свидетельствовать о фиксации железы к грудной стенке. Оценивается симметричность, форма молочных желез, форма сосков. Некоторая асимметрия молочных желез может являться вариантом нормы при условии, что она существует на протяжении многих лет. Соски бывают выпуклыми, плоскими, втянутыми — это нормальные анатомические особенности. При изменениях соска с одной стороны следует уточнить, когда они появились. Изменения, которые имелись со времени полового созревания и формирования молочных желез, можно считать вариантом нормы, изменения же, появившиеся на протяжении последних лет, требуют пристального внимания. Обращают внимание на наличие шелушения, эрозий на сосках, которые могут быть как признаком экземы соска, так и начальным проявлением рака Педжета (особенно при одностороннем поражении), отечность ареолы.

Среди других внешних признаков заболеваний молочной железы можно выделить значительное увеличение одной молочной железы в размерах, деформацию, сморщивание, одностороннее изменение контура молочной железы, наличие гиперемии по ходу лимфатических и поверхностных кровеносных сосудов, втяжение, изъязвление отдельных участков кожи железы, наличие «лимонной корочки».

Пальпация. Пальпация обязательно должна проводиться в положениях «стоя» и «лежа». Пальпация проводится «по кругу», последовательно пальпируются все секторы молочной железы. При отвисших молочных железах допустима пальпация в вертикальном положении, положив железу на ладонь одной руки, пальпируя сверху другой. Пальпацию следует осуществлять ладонями, ногтевыми и средними фалангами. Пальпация только ногтевыми фалангами недопустима. В положении «лежа» железа «распластывается» по грудной стенке, что позволяет пропальпировать довольно мелкие образования. При обнаружении образования оцениваются его размеры, консистенция, болезненность, подвижность, наличие «кожных симптомов». Кожные симптомы — группа симптомов, которая наиболее часто присутствует при раке молочной железы, но иногда может иметь место при воспалительных заболеваниях. К кожным симптомам относятся:

- симптом «лимонной корки» — обнаружение его не составляет труда;
- положительный симптом морщинистости — когда морщинки радиарно расходятся от одного участка, в то время как на других участках они параллельны;

- симптом «площадки» — уплотненный малоподвижный участок кожи;
- симптом «втяжения» — втяжение участка кожи, обусловленное ее срастанием с опухолью.

Необходимо оценить подвижность сосков и наличие выделений из них. Ограниченность подвижности одного из сосков свидетельствует о прорастании опухоли в молочные протоки. Если опухоль смещается вслед за потягиванием соска, это говорит в пользу рака. Наличие выделений проверяется путем умеренного сжатия сосков в области ареол.

Обязательной является пальпация региональных лимфатических узлов — подмышечных, над- и подключичных.

Лабораторные и инструментальные методы обследования. Среди всего многообразия лабораторных и инструментальных методов исследования наибольшее значение имеют УЗИ, маммография, пункция образований с цитологическим исследованием полученного пунктата.

УЗИ. В последнее время ценность ультразвукового исследования значительно возросла в связи с совершенствованием аппаратуры, увеличением разрешающей способности аппаратов. Ультразвуковое исследование позволяет оценить структуру ткани молочной железы, состояние протоков, выявить образования в железе и окружающих тканях и оценить их характер, оценить состояние регионарных лимфоузлов. Кроме того, под УЗИ-контролем можно проводить пункцию образований.

Рекомендуется проводить ультразвуковое исследование всем женщинам, обратившимся к хирургу с жалобами со стороны молочных желез, даже если при физикальном исследовании патологические изменения не выявляются. Исследование нужно выполнять на пятый—десятый день от начала менструального цикла (то есть от первого дня месячных), так как при этом наиболее четко дифференцируются ткани железы. У женщин после менопаузы или с аменореей время исследования значения не имеет.

При неясной картине при УЗИ возможно выполнение КТ.

Маммография. Маммография, наряду с УЗИ, является ценным диагностическим методом, особенно в плане диагностики рака, так как позволяет выявить скопления кальцинатов (характерные для раковой опухоли), которые при УЗИ, как правило, обнаружить не удастся. Показаниями к маммографии являются:

- наличие пальпируемых очаговых и диффузных образований в молочных железах;
- увеличение регионарных лимфоузлов при отсутствии пальпируемой в железе опухоли;
- скрининг один раз в год у женщин старше 45 лет.

Маммография позволяет оценить структуру железы (особенно выявить фиброзные изменения), выявить очаговые образования и оценить их характер. Исследование проводится в двух проекциях на восьмой—десятый день от начала менструального цикла.

Компьютерная томография. КТ имеет наибольшую ценность при обследовании пациенток с инфильтративными формами рака молочной железы, а также при исследовании на предмет метастатического поражения регионарных лимфоузлов. При инфильтративном раке КТ позволяет выявить распространенность опухоли, прорастание ее в грудную стенку. Признаками метастатического поражения регионарных лимфоузлов являются нечеткость их контуров, слияние в конгломераты, увеличение размера лимфоузла более 1,5 см, а также увеличение количества узлов на стороне поражения. Обнаружение при КТ над- и подключичных лимфоузлов также подозрительно на метастазы, так как в норме при КТ они не визуализируются.

Пневмоцистография. Пневмоцистография применяется при обследовании кист молочных желез. Суть метода состоит в том, что после пункционной эвакуации содержимого кисты в ее полость вводится эквивалентное количество воздуха и делаются снимки, на которых могут быть видны разрастания внутри полости кисты, остаточная жидкость. Через 10–12 дней воздух рассасывается сам.

Пункция молочной железы. Пункция показана при выявлении очаговых образований в железе. Обычно проводится тонкоигольная пункция, желательна под УЗ-контролем. Техника: после обработки места пункции спиртом пальпируемое образование фиксируется пальцами левой руки, правой рукой производится пункция образования пустым шприцом 5 мл с иглой толщиной 21–22 G. После этого делают несколько резких вытягивающих движений поршнем, чередуя их с вращением шприца вокруг своей оси. Далее иглу отсоединяют от шприца, извлекают, шприц наполняют воздухом, подсоединяют к игле и «выдувают» содержимое иглы на предметное стекло. Полученное отделяемое размазывается по стеклу другим стеклом в одном направлении в виде «мазка», высушивается и направляется в лабораторию. В случае получения в шприц отделяемого кисты оно направляется в лабораторию в пробирке. При получении ответа из лаборатории может быть показана повторная пункция. Это бывает, если в пунктате обнаружены элементы периферической крови, жировой ткани, нормальной ткани железы (что говорит о том, что пункция была произведена не из образования). Повторная пункция производится также при обнаружении в пунктате клеток, характерных для мастопатии. В этом случае при малейших сомнениях при сопоставлении с клинико-инструментальными данными пациентку нужно направить к онкологу для определения дальнейшей тактики обследования и лечения.

так как «отрицательный» результат пункции не всегда подтверждает отсутствие злокачественного новообразования.

Дуктография. Дуктография проводится при кровянистых выделениях из молочной железы. В проток вводится контрастное вещество и делается снимок. Исследование должно проводиться в специализированном онкологическом учреждении.

Другие методы исследования, такие как диафаноскопия, термография, широкого распространения в клинической практике не получили из-за малой диагностической ценности и наличия в арсенале врача более информативных методов.

Цитологическое исследование отделяемого из сосков должно проводиться во всех случаях их наличия. Исследование делается путем получения «отпечатков» и в виде мазка направляется в лабораторию.

В комплексное обследование пациенток с подозрением на наличие злокачественных новообразований молочных желез должны входить обзорная рентгенография грудной клетки, УЗИ брюшной полости, клинический и биохимический анализы крови, а также другие исследования по показаниям. Некоторые специальные методы исследования (радионуклидное сканирование костей и др.) проводятся в специализированных онкологических учреждениях.

5.2. Заболевания молочных желез

Среди всех заболеваний молочной железы принято различать дисгормональные гиперплазии и злокачественные новообразования, из которых самым частым является рак.

5.2.1. Дисгормональные гиперплазии

Мастопатия. Под термином мастопатия объединяют группу заболеваний, для которых свойственна пролиферация, гиперплазия и дисплазия эпителия молочных желез на фоне гормональных нарушений.

Различают диффузную мастопатию и локализованные формы.

При диффузной мастопатии в молочных железах отмечаются множественные кистозные образования (кистозная мастопатия), диффузные разрастания соединительной ткани (фиброзная мастопатия). Наиболее часто встречается их сочетание — фиброзно-кистозная мастопатия.

Мастопатия чаще всего развивается на фоне заболеваний, вызывающих дисгормональные состояния в организме. Это хронические аднекситы, заболевания печени, щитовидной железы и др. Выраженность

пролиферативных процессов в молочных железах также во многом зависит от количества эстрогенов, прогестерона, пролактина.

Диффузная мастопатия. В некоторых случаях заболевание протекает бессимптомно — кистозные и фиброзные изменения в этом случае могут быть находкой при ультразвуковом исследовании молочных желез или маммографии. Чаще пациентки предъявляют жалобы на боли, отек, «нагрубание» в одной или обеих молочных железах, в основном перед наступлением месячных. Боли бывают разной интенсивности — от дискомфорта до состояний, требующих приема анальгетиков. Некоторых пациенток беспокоят выделения из сосков. В этом случае особого внимания заслуживают кровянистые выделения, так как они являются патогномоничным признаком внутрипротоковой папилломы (см. ниже).

При физикальном обследовании обращает на себя внимание пальпаторная диффузная «зернистость» ткани молочных желез, встречаются фиброзные очаги — уплотнения без четких границ. Характерен отрицательный симптом Кенига — при прижатии ладонью этих уплотнений к грудной стенке, они исчезают. При пальпации можно определить наиболее крупные (более 1 см) кисты, которые определяются в виде подвижных, мягкоэластических уплотнений. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

При ультразвуковом исследовании видны множественные кисты (при преобладании кистозной мастопатии), расширенные протоки, при фиброзной форме — диффузные участки соединительной ткани в виде гиперэхогенных пластов.

При маммографии можно визуализировать усиление фиброзного рисунка, носящее диффузный характер, фиброзные тяжи, распространяющиеся в радиальном направлении, единичные кальцинаты по ходу протоков (не путать со скоплениями микрокальцинатов, которые являются признаком рака).

При выделениях из сосков нужно сделать мазки и направить их на цитологическое исследование. В случае достаточно обильных выделений, напоминающих молоко, пациентка должна быть направлена на консультацию к эндокринологу для исключения гиперпролактинемии, которую могут вызывать опухоли гипофиза и некоторые другие эндокринологические заболевания.

При установлении диагноза диффузной мастопатии следует воздерживаться от гипердиагностики, так как зачастую этот диагноз ставят всем женщинам с болями в молочных железах, в то время как во многих случаях незначительные болевые ощущения перед менструацией носят физиологический характер (масталгия, мастодиния) и не являются заболеванием.

Лечение диффузной мастопатии. При масталгии, при отсутствии объективных признаков мастопатии, бывает достаточно рекомендаций

ограничения приема соли перед месячными и назначения мочегонных трав (медвежий ушки, брусничный лист и т.п.), что позволяет уменьшить задержку жидкости в организме, избежать отека долек железы и тем самым добиться исчезновения болевых ощущений.

При наличии мастопатии важно устранить фон, на котором она развивается. При наличии заболеваний женской половой сферы, печени, щитовидной железы нужно проводить их лечение у профильных специалистов.

Из общих рекомендаций можно выделить ношение свободного, не стягивающего грудь бюстгальтера, ограничение употребления кофеина, ограничение приема соленой пищи. Благоприятное влияние на течение мастопатии оказывает нормализация половой жизни, беременность с последующим длительным кормлением грудью.

При выраженном болевом синдроме и наличии клинических и ультразвуковых признаков фиброзно-кистозной мастопатии показана лекарственная терапия. Обычно удается успешно лечить мастопатию негормональными средствами. Неплохо зарекомендовали себя фитотерапевтические препараты и некоторые биологически активные добавки к пище. Для негормонального лечения мастопатии применяют мастодинон по 30 капель два раза в день три месяца и более, кламин по одной таблетке три раза в день три месяца или мамоклам по одной — две таблетки три раза в день от одного месяца и другие.

В случае недостаточной эффективности негормональной терапии применяют различные гормональные препараты. Из местных средств, не оказывающих системного гормонального влияния, известен прожестожель — гель для наружного применения, содержащий прогестерон. Препарат показан при мастодии, его наносят на кожу молочной железы один — два раза в день в дозе 2,5 г ежедневно или во вторую фазу менструального цикла (с 16-го по 25-й день). Из гормональных препаратов, принимаемых внутрь, можно назвать тамоксифен, торемифен, дановал.

Локализованные формы мастопатии

Узловая мастопатия обычно развивается на фоне диффузной. В молочных железах пальпируется одно или несколько узловых образований. Они визуализируются при УЗИ и маммографии. Уплотнения обычно располагаются в верхне-наружных квадрантах молочных желез, не исчезают между менструациями, перед менструацией могут увеличиваться в размерах.

Лечение узловой мастопатии — хирургическое.

Киста молочной железы. Киста — доброкачественное образование в молочной железе, заполненное жидкостью. Кисты бывают одиночными (солитарными) и множественными. Обычно кисты не беспокоят паци-

енток и являются случайной находкой при обследовании, либо женщины сами пальпируют образование и обращаются к врачу. При пальпации киста определяется как плотноэластическое, подвижное, безболезненное образование округлой формы. При УЗИ киста видна как анэхогенное, аваскулярное, округлое образование с четкими контурами. При маммографии киста имеет вид округлой однородной тени с четкими контурами.

При пункции содержимое кисты аспирируют, и киста перестает прощупываться. При подозрении на внутрикистозные разрастания можно сделать пневмоцистографию. После пункции киста обычно исчезает, но возможны рецидивы — повторное появление кисты. В некоторых случаях кисты удаляют хирургическим путем.

Иногда кисты нагнаиваются, тогда в молочной железе появляется боль, на коже может быть покраснение. Киста увеличивается в размерах, становится болезненной. Может повышаться температура тела. Лечение — антибиотики внутрь, повторные пункции кисты, при неэффективности — хирургическое лечение.

Внутрипротоковая папиллома. Внутрипротоковая папиллома — разрастания эпителия в протоках молочных желез. Считается факультативным предраком, то есть с высокой долей вероятности образование с течением времени может стать злокачественным. Основным симптом — кровянистые выделения из соска. При пальпации может определяться в виде небольшого округлого или тяжистого образования в области ареолы соска или в непосредственной близости от нее. Диагноз подтверждается дуктографией — в проток молочной железы вводят контрастное вещество и делают рентгеновский снимок.

Лечение внутрипротоковой папилломы — только хирургическое.

Из других доброкачественных новообразований молочной железы можно выделить **фиброаденому** и **липому**.

Фиброаденома — новообразование фиброэпителиального строения. Встречается довольно часто. Пальпируется в виде свободно-подвижного, довольно плотного узла овальной или круглой формы, размером от 2 до 4 см. Липома представляет собой мягкоэластическое подвижное образование под кожей или в ткани железы. Уточнить диагноз фиброаденомы или липомы помогают УЗИ и маммография. Лечение — хирургическое.

5.2.2. Рак молочной железы

Существует несколько форм рака молочной железы.

Узловая форма встречается наиболее часто. Опухоль обнаруживают либо сами пациентки, либо врач на профилактическом осмотре (либо при скрининге УЗИ или маммографии). Пациентки практически никогда не жалуются на боль, а если она и есть, то, в отличие от мастопатии,

локализуется на ограниченном участке одной молочной железы. Характерный признак — быстрый рост образования. При пальпации опухоль определяется в виде плотного образования, безболезненна, округлой формы, напоминает маленький камушек. Обычно подвижна, но при прорастании в грудную стенку может быть ограничена в подвижности. Большое значение имеют кожные симптомы, описанные выше. Уточнить диагноз помогают УЗИ и маммография.

Диффузные формы рака молочной железы:

- инфильтративный рак определяется в виде плотного безболезненного инфильтрата без четких границ, кожа над ним отечна, может иметь вид «лимонной корки»;
- маститоподобный рак — протекает с воспалительными явлениями, по клиническим проявлениям напоминает мастит;
- рожеподобная форма — похожа на предыдущую, отличается наличием гиперемии в виде «языков пламени», что обусловлено распространением опухолевых клеток по капиллярам и лимфатическим сосудам;
- панцирный рак — молочная железа напоминает панцирь с множественными мелкими опухолевыми узлами, изъязвлениями, корками. Характерна обширная инфильтрация опухолью.

Рак Педжета. Локализуется на соске. Появляются чешуйки, корки, изъязвления. Зона поражения постепенно увеличивается. Характерно западание соска. Позже в более глубоких отделах железы формируется опухоль.

Рак молочной железы может протекать под маской фиброаденомы, узловой мастопатии. Поэтому при обнаружении любого уплотнения в молочной железе пациента нужно немедленно направить к онкологу.

6.1. Анальная трещина

Это дефект слизистой оболочки в анальном канале. Различают острую и хроническую анальные трещины.

Этиология. Хронические запоры, анальный секс, геморрой, хронические поносы.

Клиническая картина, диагностика. Прежде всего, следует отметить, что не каждый дефект слизистой является анальной трещиной. Например, при запорах возможны «физиологические» надрывы слизистой, которые быстро заживают самостоятельно без всякого лечения.

При анальной трещине разрыв всегда сопровождается спазмом сфинктера и, как следствие, болевым синдромом.

Пациентов беспокоят боли во время дефекации и до одного—двух часов после нее, выделение крови из прямой кишки при дефекации. Боли могут носить довольно интенсивный характер.

При осмотре: при разведении ягодичных складок и осмотре ануса почти всегда можно увидеть дистальную часть трещины, которая видна в виде «ранки» или «язвочки», уходящей вглубь анального канала. Трещина обычно располагается на шести или 12 часах воображаемого циферблата. Ректальное исследование при острой трещине может быть очень болезненно, вплоть до того, что его приходится отложить до стихания воспалительных явлений.

При длительном течении заболевания острая трещина частично заживает, потом происходит новые надрывы, процесс приобретает хронический характер, острая трещина переходит в хроническую. Возникает разрастание соединительной ткани в углах трещины, вследствие чего появляется так называемый сторожевой бугорок (характерный признак хронической трещины).

Лечение. В первую очередь нужна профилактика крепкого стула. С этой целью пациентам назначают диету, такую же, как при запоре и остром геморрое. Рекомендуется есть побольше клетчатки (яблоки, свекла, чернослив и т.п., исключают алкоголь, острое, пряное).

Хороший эффект приносят свечи, содержащие белладонну (например, «Анузол»), они снимают спазм сфинктера, разрывая одно из звеньев патогенеза.

Рекомендуются теплые ванночки со слабым раствором марганцовки.

При наличии основного заболевания (проктит, криптит, геморрой и др.) необходимо его адекватное лечение.

Острые трещины обычно хорошо поддаются лечению и заживают за 10–14 дней. Хронические трещины заживают плохо, склонны к быстрым рецидивам, поэтому их обычно лечат хирургическим путем. Последнее время для лечения хронических анальных трещин стали применять нитроглицериновую мазь с неплохим эффектом. В некоторых случаях ее применение позволяет вылечить хроническую трещину без операции. Готовой формы в настоящее время в аптеках, к сожалению, нет. Мазь можно заказать в рецептурно-производственном отделе аптек по следующему рецепту:

Rp: Ung. Nitroglycerini 0,2% — 20,0,

S. наносить на область трещины за 15 мин до стула три недели.

6.2. Анальный зуд

Это зуд в области заднего прохода. Различают первичный и вторичный анальный зуд.

Этиология. При первичном зуде не удастся выявить какого-либо заболевания, которое может его вызвать. Характерно внезапное появление без видимых причин. Чаще возникает у лиц с лабильной психикой, склонных к экземоподобным заболеваниям кожи.

Вторичный зуд встречается довольно часто. Он сопровождается другими заболеваниями — глистную инвазию, геморрой, сахарный диабет, грибковые и аллергические заболевания. У женщин зуд может быть вызван выделениями из влагалища при вульвовагинитах.

Клиническая картина, диагностика. При выяснении анамнеза необходимо уделять внимание профессиональным факторам — работа с вредными веществами, в том числе цементной пылью, работа в прорезиненной одежде.

Зуд беспокоит пациентов больше ночью или при засыпании. При осмотре обращают на себя внимание экземоподобные изменения кожи в периаанальной области, могут быть расчесы, мокнутие. При ректальном исследовании определяют возможные нарушения тонуса сфинктера, диагностируют геморрой и другие заболевания, которые могут вызвать анальный зуд. При ректороманоскопии можно выявить ректальный свищ, криптит и др.

Из лабораторных исследований может быть полезным анализ кала на дисбактериоз. Обязательно исследование на иммунодефицит.

Для выявления причин вторичного зуда могут потребоваться консультации узких специалистов — дерматолога, гинеколога и др.

При исключении всех заболеваний, могущих вызвать вторичный зуд, можно говорить о наличии у пациента первичного анального зуда.

Лечение. При вторичном анальном зуде основное внимание уделяют лечению заболевания, которое вызвало зуд. Рекомендуются также соблюдение личной гигиены, диета с ограничением острого, кофе, алкоголя. В качестве местного лечения применяют мази и свечи с кортикостероидами (например, «Ультрапрокт»). При грибковой инфекции — крем «Тридерм». Вторичный зуд обычно хорошо поддается лечению, чего нельзя сказать о первичном зуде, для лечения которого нередко приходится прибегать к совместному лечению у проктолога, невролога (психотерапевта), дерматолога. В особенно упорных случаях возможно хирургическое лечение (операция Болла), которое заключается в пересечении кожных нервов периаанальной области.

6.3. Геморрой

Геморрой представляет собой расширение кавернозных тел на выходе из прямой кишки, которые, по сути, являются венозными образованиями. При появлении геморроя происходит расширение кавернозных тел с формированием «узлов» — на самом деле это не узлы как таковые, а расширенные вены, заполненные кровью. К геморроидальным узлам подходит небольшие артериальные ветви, вот почему при геморроидальном кровотечении кровь бывает алой (а не темной), несмотря на то, что геморроидальные узлы — венозные образования.

По мере увеличения самих геморроидальных узлов присоединяются осложнения, такие как кровотечение, тромбоз узлов, воспаление.

Различают узлы двух типов — наружные и внутренние, соответственно, бывает наружный и внутренний геморрой. Во многих случаях поражение носит комбинированный характер, то есть присутствуют увеличенные наружные и внутренние геморроидальные узлы.

Этиология. Считается, что основной причиной геморроя является генетически обусловленная патология кавернозных телец прямой кишки.

«Провоцирующими» факторами могут являться физические перегрузки, злоупотребление алкоголем, запоры, беременность, роды и др.

Клиническая картина, диагностика. Симптоматика довольно разнообразна. Наблюдается появление и постепенное увеличение узлов

в области заднего прохода. Узлы мягкие, безболезненные, от 2–3 мм до 1–2 см. Наружные геморроидальные узлы обычно на широком основании, внутренние могут быть и на «ножке».

Пациенты жалуются на дискомфорт в области ануса, зуд, позднее может присоединиться периодическое выделение крови, выпадение узлов.

Под маской геморроя, особенно кровоточащего, могут протекать такие заболевания, как полипы и колоректальный рак. Поэтому всем пациентам с выделением крови из прямой кишки показана колоноскопия для исключения таких заболеваний.

В зависимости от степени увеличения геморроидальных узлов выделяют четыре стадии геморроя.

Первая стадия геморроя — узлы не выпадают, пациентов беспокоят дискомфорт, кровотечения, зуд.

Вторая стадия геморроя — узлы выпадают при сильном натуживании или дефекации и вправляются самостоятельно.

Третья стадия геморроя — необходимо ручное вправление узлов при их выпадении.

Четвертая стадия геморроя — постоянное выпадение узлов с невозможностью их вправления.

Геморрой носит хроническое течение с медленным прогрессированием. Возможны периодические обострения, выражающиеся в кровотечениях, тромбозе узлов и воспалении.

Кровотоочащий геморрой характеризуется выделением алой крови при дефекации. Интенсивность кровотечения может быть разной — от следов крови на туалетной бумаге или нескольких капель крови до довольно обильных кровотечений. При часто повторяющихся умеренных кровотечениях возможно развитие анемии.

Тромбоз геморроидального узла характеризуется появлением боли в области ануса. Узел становится плотным, увеличивается в размерах, при пальпации резко болезненный. При отсутствии лечения возможно выраженное воспаление с переходом на кожу и даже периаанальную подкожную клетчатку.

Лечение. Различают консервативное лечение, малонавязивные и хирургические методы.

Консервативное лечение геморроя показано при начальных стадиях заболевания. Оно включает в себя диету, профилактику запоров, лечебно-охранительный режим, применение флеботропных препаратов.

Диета при геморрое включает в себя ограничение острой, пряной пищи, алкоголя, получение с пищей достаточного количества клетчатки (овощи, фрукты).

Профилактика запоров достигается диетой. Если ее недостаточно, применяют слабительные средства, чаще всего мукофальк.

Лечебно-охранительный режим при геморрое подразумевает активный образ жизни, занятия спортом (кроме силовых упражнений), ограничение подъема тяжестей. Избегать длительного сидения (за рулем, на работе — не более двух-трех часов подряд). Сидеть предпочтительно на жестких стульях. Гигиена — обмывание области ануса прохладной водой после дефекации.

Флеботропные препараты повышают тонус венозной стенки, тем самым препятствуют дальнейшему увеличению узлов. Обычно применяют детралекс курсами по одному—два месяца с перерывами два—три месяца.

К малоинвазивным методам относятся склеротерапия и лечение латексными кольцами. При склеротерапии в узел вводят вещество — склерозант, под действием которого узел спадается и зарастает соединительной тканью.

При наложении латексных колец происходит отторжение узла вместе с кольцом.

Прихирургическом лечении геморроя узлы удаляют различными способами (операция Миллигана—Моргана).

Для решения вопроса о целесообразности применения того или иного малоинвазивного или хирургического метода лечения пациента нужно направить к проктологу.

Лечение острого геморроя. При остром геморрое с тромбозом узла и воспалением назначают строгую диету (исключение острой, пряной пищи, алкоголя), постельный режим.

Из лекарственных препаратов применяют детралекс по специальной схеме (первые пять дней по 1000 мг три раза в день, затем по 500 мг два раза в день до одного месяца), тромбо-асс по 50 мг/сутки, НПВС внутрь (вольтарен, ксефокам и т.п.), мази и свечи (прокто-гливенол). Прокто-гливенол наносят на анальную область. За счет содержащегося в нем анестетика уменьшается болезненность, через 10 мин вводят прокто-гливенол свечу. При тромбозе наружного узла можно удалить тромб через небольшой надрез под местной анестезией — это сразу снимает боль. Ранку ушивают кетгутум.

При геморроидальных кровотечениях назначают диету, применение холода местно (замораживают палец от резиновой перчатки, наполненный водой и перевязанный ниткой и вводят его в анальный канал). Применяют также детралекс, викасол внутрь, свечи (натальсид два раза в день). Если, несмотря на терапию, кровотечения продолжаются, необходимо хирургическое лечение.

6.4. Киста копчика (эпителиальный копчиковый ход)

Киста копчика (эпителиальный копчиковый ход) — врожденное заболевание, при котором в области копчика формируется «ход» с кистозным расширением и выходом протока на кожу.

Этиология. Являясь врожденным заболеванием, киста чаще всего проявляется себя в возрасте 14—30 лет. Основным проявлением кисты является ее нагноение.

Спровоцировать нагноение может травма, простуда, иногда нагноение происходит без видимых причин.

Клиническая картина, диагностика. Невоспаленная киста обычно никак не беспокоит пациента. В редких случаях возможно выделение секрета из отверстия копчикового хода, который пачкает белье.

При воспалении кисты в области копчика, в верхней части ягодичной складки появляются умеренные боли. Болезненность быстро нарастает, появляется покраснение кожи, поднимается температура тела (рис. 6.1).



Рис. 6.1. Нагноение кисты копчика

Обычно диагноз ставят на основании клинической картины, в сомнительных случаях делают УЗИ. Похожую симптоматику может дать абсцедирующий фурункул, парапроктит.

Лечение. При остром воспалении кисты копчика над эпицентром воспаления делают небольшой разрез под местной анестезией (рис. 6.2).

Гнойник опорожняют, санитируют антисептиками и дренируют выпускником из перчаточной резины, после чего воспалительные явления быстро

купируются после нескольких перевязок. При выраженном воспалении в послеоперационном периоде назначают антибиотик. Через некоторое время нагноение, как правило, повторяется опять. Поэтому в «холодном» периоде рекомендуется сделать операцию по радикальному иссечению кисты — это позволит избежать рецидивов. Радикальная операция при эпителиальном копчиковом ходе подразумевает широкое его иссечение вместе с ответвлениями. Перед вмешательством делают фистулографию. Операцию проводят в стационаре, в проктологических отделениях.



Рис. 6.2. Разрез при нагноении кисты копчика

6.5. Парапроктит

Острый парапроктит — гнойное воспаление стенки прямой кишки и окружающих ее тканей.

Этиология. Возбудителем парапроктита чаще всего являются стафилококк и кишечная палочка. Микрофлора может внедриться через повреждения слизистой прямой кишки, анальные крипты, реже — гематогенным или лимфогенным путем.

Клиническая картина, диагностика. Симптоматика может отличаться в зависимости от локализации гнойного очага.

Подкожный парапроктит. Заболевание начинается остро. Пациенты жалуются на боли в области ануса, повышение температуры тела, общее недомогание. Боли могут усиливаться при дефекации. В периаанальной области имеется инфильтрат, кожа над ним отечна и гиперемирована, пальпация резко болезненна. Характерна довольно выраженная

болезненность при ректальном исследовании, при котором со стороны прямой кишки также определяется болезненный инфильтрат.

Подслизистый парапроктит. Локализуется на внутренней стенке прямой кишки. Пациенты жалуются на боли в прямой кишке, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Внешних изменений, как правило, нет. Болезненный инфильтрат, выбухающий в просвет кишки, удается пропальпировать при ректальном исследовании.

Седлищно-прямокишечный парапроктит. Локализуется в области клетчатки между седлищной костью и прямой кишкой. Пациенты жалуются на боли в прямой кишке, общую слабость, повышение температуры тела до фебрильных цифр, с ознобами, обильным потоотделением. При осмотре промежности видимых изменений, как правило, нет. При позднем обращении может быть отек ягодицы со стороны поражения. При ректальном исследовании определяется болезненная инфильтрация стенки кишки.

Тазово-прямокишечный парапроктит — наиболее тяжелая форма заболевания. Локализуется выше мышцы, поднимающей задний проход, в области клетчатки между костями таза и прямой кишкой. В связи с глубоким расположением гнояника клиническая картина стерта, нередко поздняя диагностика. Заболевание начинается постепенно. Пациенты жалуются на слабость, субфебрильную температуру. Позже появляются резко выраженные боли в промежности, внизу живота. Могут быть дизурические расстройства. При ректальном исследовании может не быть никакой симптоматики в связи с высоким расположением гнояника. В некоторых случаях удается пропальпировать нижний край инфильтрата. При пальпации живота может быть умеренная болезненность в нижних отделах.

В крови отмечается повышение количества лейкоцитов, иногда со сдвигом лейкоформулы влево, повышение СОЭ.

При ректороманоскопии может быть гиперемия и отечность слизистой в проекции инфильтрата. В целом симптоматика крайне неспецифична. УЗИ не всегда информативно, особенно у тучных пациентов. Правильный диагноз нередко удается поставить только с помощью КТ.

Лечение. Острый парапроктит — показание к срочной операции. Вмешательство выполняется в проктологических отделениях стационаров или в отделениях гнойной хирургии. Операцию нужно делать в стационаре под наркозом. Даже при подкожном парапроктите вскрытие гнояника под местной анестезией болезненно для пациента, к тому же не удается адекватно санировать очаг, что ведет к переходу парапроктита в хроническую форму с формированием свищей.

В послеоперационном периоде пациенту проводится антибактериальная терапия, перевязки с мазями на водорастворимой основе (левомеколь).

С хирургическими заболеваниями органов брюшной полости чаще имеют дело хирурги стационаров. Тем не менее, хирургу, работающему в амбулаторных условиях, необходимо хорошо знать клиническую картину этих заболеваний, чтобы суметь распознать их и вовремя направить пациента в стационар. Таким образом, задача амбулаторного хирурга при боли в животе сводится к определению, может ли эта боль быть вызвана острым хирургическим заболеванием, тогда пациента следует немедленно направить в стационар по скорой помощи, или же боль вызвана какими-то другими причинами, не требующими экстренной госпитализации, тогда пациента направляют к другому специалисту (терапевту, гинекологу и др.). Сомнения всегда решаются в пользу госпитализации — лучше направить пациента в стационар, где его обследуют и при отсутствии острой хирургической патологии отпустят домой, чем отпустить «сомнительного» больного.

7.1. Боль в животе

Боль в животе — довольно распространенное явление. Может быть вызвана очень многими состояниями — от легкого гастрита до тяжелейших заболеваний.

Хотелось бы остановиться не на каком-либо конкретном заболевании, а на общих принципах подхода к боли в животе с позиций хирургии.

Основной задачей хирурга является выяснение, вызвана ли боль каким-либо острым хирургическим заболеванием или же боль является проявлением хронического заболевания, не опасного для жизни состояния.

К острым хирургическим заболеваниям относятся такие состояния, при которых жизни человека угрожает непосредственная опасность. Такие заболевания требуют экстренной операции или обязательного лечения и наблюдения в условиях хирургического стационара.

К острым хирургическим заболеваниям относят перитонит, острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит (панкреонекроз), кишечную непроходимость, прободную язву (а также перфорацию лю-

бого полого органа — кишки и др.), мезентериальный тромбоз, желудочно-кишечное кровотечение, ущемленную грыжу и некоторые другие.

Тревожные симптомы. Существуют некоторые симптомы, которые носят «тревожный» характер, то есть могут говорить о начале какого-либо острого заболевания.

- Острое начало боли (так называемаякинжальная боль) — бывает при прободной язве или перфорации полого органа брюшной полости.
- Боль, сопровождающаяся повышением температуры тела — бывает при остром аппендиците,холецистите, перитоните и др.
- Схваткообразная боль — когда боль как бы «накатывает» и «отпускает» — характерно для кишечной непроходимости.
- Черный стул, рвота «кофейной гущей» — характерно для желудочно-кишечного кровотечения.
- Боль сопровождается тяжелым общим состоянием — бывает при многих острых хирургических заболеваниях.
- Боль сопровождается многократной рвотой — бывает при остром панкреатите, панкреонекрозе, кишечной непроходимости.
- Боль вверху живота носит опоясывающий характер (то есть отдает в подреберья, спину) — бывает при остромпанкреатите, панкреонекрозе.
- Желтушность кожных покровов, сопровождающаяся болью в правом подреберье, характерна длямеханической желтухи.
- Начало боли вверху живота, иногда по всему животу, с последующей, в течение нескольких часов, локализацией внизу живота справа — характерно дляострого аппендицита.
- Боль носит постоянный и сильный характер — встречается при многих острых заболеваниях.
- Боль в области грыжевого выпячивания — бывает при ущемленной грыже.

Помимо острых хирургических заболеваний боль в животе может быть вызвана многими другими болезнями — гастрит, обострение язвенной болезни, хронический холецистит, хронический панкреатит, кишечная колика, синдром раздраженного кишечника, невралгия, онкопроцессы, гинекология и др. Их лечением занимаются терапевты, гастроэнтерологи, невропатологи, гинекологи, урологи и др.

7.2. Желудочно-кишечное кровотечение

Чаще всего кровотечение происходит из верхних отделов ЖКТ (желудок, двенадцатиперстная кишка), реже — из толстой кишки, совсем редко — из тонкой кишки и желчных путей.

Этиология. Наиболее часто кровотечения происходят из язвы желудка, двенадцатиперстной кишки. Более редко причиной являются эрозивный гастрит, синдром Мелори—Вейса (надрывы слизистой оболочки пищевода), рак желудка, язвенный колит, рак толстой кишки. Очень редко — ангиодисплазии (нарушение строения сосудов кишечной стенки), гемобилия (кровотечение из желчных путей).

Клиническая картина, диагностика. Пациенты жалуются на слабость, головокружение. Отмечается бледность кожных покровов и слизистых оболочек. При кровотечении из верхних отделов ЖКТ бывает рвота «кофейной гущей» и обильный черный жидкий стул — мелена. При кровотечении из толстой кишки возможно выделение темной крови в стуле или стул вишневого цвета. Боли в животе может не быть, но ее наличие в течение последних дней перед кровотечением (особенно в верхних отделах живота) может говорить об обострении язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки, следствием чего стало кровотечение.

В анализе крови отмечается снижение гемоглобина. Точный диагноз обычно позволяют установить эндоскопические методы (ЭГДС, колоноскопия). При подозрении на желудочно-кишечное кровотечение не нужно пытаться срочно проводить эти исследования в условиях поликлиники, даже если есть такая возможность. Следует немедленно госпитализировать пациента.

Интересная клиническая картина наблюдается при гемобилии (кровотечении из желчных путей). Сначала у пациента наблюдается картина желудочно-кишечного кровотечения — слабость, черный стул и т.п. При этом при эндоскопии источника кровотечения обычно не находят (так как он расположен не в кишке, а в желчных путях). Потом главный желчный проток (холедох) забивается сгустками крови, кровотечение прекращается, и появляется картина механической желтухи, вызванной препятствием оттоку желчи — желтушность склер и кожи, потемнение мочи и др. Позже сгусток в холедохе лизируется, и опять начинается картина кровотечения, а желтуха уходит (так как проходимость желчных путей временно восстанавливается до следующей закупорки сгустком). Такая симптоматика может многократно чередоваться до постановки диагноза. Лечить гемофилию довольно сложно: если консервативная терапия не дает эффекта, оптимальным методом является ангиографическая эмболизация кровоточащего сосуда.

Лечение. Наиболее часто применяют эндоскопическую остановку кровотечения. При неэффективности проводят хирургическую операцию. При ангиодисплазиях и гемобилии нередко применяют ангиографическую эмболизацию кровоточащего сосуда.

7.3. Механическая желтуха

Вызывается нарушением проходимости желчных путей (чаще всего общего желчного протока — холедоха).

Этиология. Наиболее частой причиной механической желтухи является желчнокаменная болезнь. Камни образуются в желчных протоках либо попадают туда из желчного пузыря через пузырный проток. Другими причинами механической желтухи являются опухоли (чаще всего рак головки поджелудочной железы), прочие сужения желчных протоков, связанные с травмой желчных путей, глистной инвазией и др.

Клиническая картина, диагностика. При закупорке холедоха камнями заболевание чаще всего начинается остро — появляются боли в правом подреберье, чуть позднее отмечается пожелтение белков глаз (склер), кожных покровов. Моча становится темной (цвета темного пива), стул обесцвечивается. При выраженной желтухе появляется кожный зуд. Позднее присоединяется инфекция желчных протоков — холангит — отмечается повышение температура тела, сопровождающееся ознобами. При пальпации может пальпироваться безболезненный желчный пузырь — симптом Курвуазье. В крови повышается билирубин (общий и связанный (прямой)), щелочная фосфатаза. При УЗИ — расширение холедоха, в просвете которого визуализируются конкременты, увеличение размеров желчного пузыря. Наиболее информативна ЭРХПГ (эндоскопическая ретроградная холангио-панкреатография). Суть исследования заключается во введении через эндоскоп в отверстие выхода желчных путей в 12-перстную кишку рентгенконтрастного вещества и одновременном рентгеновском исследовании. При ЭРХПГ можно увидеть уровень сужения желчных путей, камни в желчных протоках. При отсутствии лечения желтуха быстро нарастает, появляются явления печеночно-почечной недостаточности.

В случае сдавления желчных протоков опухолью симптомы нарастают гораздо более медленно — в течение нескольких недель. При УЗИ часто визуализируется объемное образование в головке поджелудочной железы. Уточнить диагноз помогает компьютерная томография брюшной полости.

Лечение. Основная задача лечения — быстрое устранение препятствия в желчных протоках. Наиболее малотравматичным вмешательством считается ЭПСТ (эндоскопическая папиллосфинктеротомия) — через эндоскоп надсекается место выхода желчного протока в 12-перстную кишку, и камни выходят в просвет кишки, при затрудненном отхождении камней их извлекают через эндоскоп специальным инструментом (корзина Дормия). ЭПСТ чаще всего делают прямо при

ЭРХПГ. Если не удастся вывести камни из желчных путей малоинвазивными методами, делают большую операцию — холедохотомию, при которых камни извлекают из желчных путей через разрез брюшной стенки.

При подготовке к обследованию и вмешательствам пациенты получают инфузионную терапию, спазмолитики, антибиотики.

При наличии опухоли, сдавливающей желчные пути, если она операбельна, ее удаляют. При невозможности удаления опухоли желчные пути дренируют чрескожно со стороны брюшной стенки для оттока желчи либо ставят в желчные пути стенты, которые не дают опухоли сжать проток.

7.4. Острый аппендицит

Это воспаление червеобразного отростка слепой кишки.

Этиология. Воспаление в стенке аппендикса может быть вызвано разными причинами — закупорка просвета отростка каловыми массами (каловым камнем), острый тромбоз артерии червеобразного отростка (чаще встречается у пожилых пациентов), переход воспаления на червеобразный отросток от других воспалительных процессов брюшной полости (вторичное воспаление).

Клиническая картина, диагностика. Клиническая картина острого аппендицита разнообразна, по классическому варианту протекает не всегда. Заболевание обычно начинается с болей в правой подвздошной области. Довольно часто боли появляются сначала вверху живота или по всему животу, а позднее, через несколько часов локализуются в правой подвздошной области (симптом Волковича—Кохера). Боль носит постоянный характер. Может усиливаться при ходьбе, кашле. Пациентов может беспокоить слабость, иногда бывает однократный жидкий стул. При тазовом расположении червеобразного отростка могут быть жалобы на учащенное мочеиспускание. Характерно повышение температуры тела — обычно до 37,5–38,5 °С. В течение первые один–два суток общее состояние может особо не страдать, некоторые пациенты жалуются на умеренную слабость, сухость во рту.

При пальпации имеется болезненность в правой подвздошной области, положительные симптомы Щеткина, Ровзинга, Ситковского, Воскресенского. При забрюшинном (глубоком) расположении воспаленного аппендикса может быть положительным симптом Образцова. В анализе крови обычно повышается число лейкоцитов.

Диагноз острого аппендицита ставится на основании клинической картины. Дополнительные методы (УЗИ, рентген и др.) малоинформативны. В сомнительных случаях делают лапароскопию.

В своем развитии острый аппендицит претерпевает несколько стадий:

- катаральный аппендицит — начальное воспаление без нагноения в стенке;
- флегмонозный аппендицит — стенка отростка уже пропитана гноем;
- гангренозный аппендицит — омертвление (некроз) стенки отростка;
- гангренозно-перфоративный аппендицит — в зоне некроза образуется отверстие, через которое гной вытекает в брюшную полость, вызывая перитонит — гнойное воспаление брюшины.

При отсутствии лечения исходов острого аппендицита может быть три:

- наиболее часто и вероятно — прогрессирование воспаления, диффузный перитонит, смерть;
- в самых начальных стадиях при катаральном аппендиците возможно самоизлечение, скажем, если закупоривающий отросток каловый камень вытолкнется в слепую кишку и т.п. — такое происходит крайне редко и рассчитывать на это не стоит;
- в некоторых случаях воспаление отграничивается и уходит в аппендикулярный инфильтрат — вокруг отростка спаиваются такни — петли кишок, большой сальник. В течение нескольких дней происходит абсцедирование инфильтрата, и он вскрывается в полость кишки (благоприятный исход) либо в брюшную полость — тогда развивается перитонит.

Лечение. Только хирургическое. Операцию делают немедленно после установления диагноза острого аппендицита. Вмешательство проводят под наркозом. Выполнение аппендэктомии под местной анестезией хотя и технически возможно, но довольно болезненно, и на современном этапе практически не делается. Вмешательство проводят из небольшого разреза в правой подвздошной области либо видеолaparоскопически. При аппендиците, осложненном диффузным перитонитом, операцию делают из большого срединного разреза.

После операции при обычном течении послеоперационного периода пациентов обычно выписывают на пятые—седьмые сутки. После выписки нахождение на листке нетрудоспособности 10—15 дней, ограничение подъема тяжестей до 5 кг — один—четыре месяца (в зависимости от способа вмешательства).

Хронический аппендицит. Это состояние, при котором пациентов беспокоят периодические боли в животе, характерные для острого аппендицита, однако начавшееся в червеобразном отростке воспаление не переходит в стадию гнойного и купируется без хирургического вмешательства (это не исключает того, что при очередном обострении разовьется

гнойный аппендицит). Диагноз хронического аппендицита ставят только после исключения всех заболеваний, которые могут дать похожую картину — синдром раздраженной кишки, колит, болезнь Крона и др. Лечение хирургическое, отросток удаляют в плановом порядке.

7.5. Острый панкреатит

Это воспаление поджелудочной железы. Существует также панкреонекроз — заболевание, при котором воспаление поджелудочной железы сопровождается омертвением (некрозом) ее ткани. По сути, панкреонекроз — тяжелая форма острого панкреатита.

Этиология. Наиболее частой причиной острого панкреатита считается злоупотребление алкоголем. Алкогольный панкреатит занимает до 70% от всех панкреатитов. Употребление алкоголя, особенно низкого качества, вызывает как прямое токсическое действие на поджелудочную железу, так и отек в области места впадения главного протока поджелудочной железы (Вирсунгов проток) в 12-перстную кишку.

Под действием этих факторов развивается отек поджелудочной железы (острый отечный панкреатит), ферменты, которые содержатся в ее клетках, попадают в межклеточное пространство и начинают «переваривать» железу, разрушая ее ткань и тем самым вызывая поступление еще большего количества ферментов и других биологически активных веществ. Возможно появление участков омертвения ткани железы, тогда можно говорить о развитии панкреонекроза (мелкоочагового, крупноочагового, субтотального, тотального).

Продукты распада и сами ферменты всасываются в кровоток и вызывают тяжелую интоксикацию (фаза ферментной токсемии), сопровождающуюся нарушением функций всех жизненно важных органов, вплоть до токсического шока, полиорганной недостаточности и смерти. При панкреонекрозе, особенно крупноочаговом, все указанные явления протекают наиболее тяжело, процент летальности достигает 20–30%.

В случае наличия очагов некроза в поджелудочной железе они могут инфицироваться, тогда наступает вторая фаза панкреонекроза — фаза гнойных осложнений. Появляются абсцессы в забрюшинном пространстве, нередко развитие забрюшинной флегмоны. Гнойные осложнения вызывают интоксикацию, истощают пациентов, бывают довольно устойчивы к лечению.

На втором месте по частоте стоит панкреатит, вызванный желчно-каменной болезнью. Камни в желчных путях могут ущемляться в выводящем желчном протоке, который впадает в 12-перстную кишку вместе с протоком поджелудочной железы. За счет отека нарушается отток

по протоку, в железе развивается застой с выделением ферментов из клеток, далее механизмы развития панкреатита аналогичны таковым при алкогольном панкреатите.

Существует ряд других причин, которые могут вызвать острый панкреатит, — злоупотребление жирной пищей, травматический панкреатит и др.

Клиническая картина, диагностика. Заболевание начинается с острой боли вверху живота, отдающей в подреберья, часто носящей опоясывающий характер. Пациентов беспокоит тошнота, слабость, часто бывает многократная рвота. Общее состояние зависит от объема поражения поджелудочной железы: от удовлетворительного при отечном панкреатите, до крайне тяжелого при крупноочаговом и субтотальном панкреонекрозе. При осмотре характерна тахикардия, пальпация в верхних отделах живота болезненна, при панкреонекрозе может быть локальное напряжение мышц брюшной стенки (дефанс) и положительный симптом Щеткина—Блюмберга. При тяжелом панкреонекрозе быстро нарастают симптомы токсического шока — бледность кожных покровов, резкая слабость, снижение артериального давления и др.

При лабораторном исследовании отмечается повышение количества лейкоцитов в крови (лейкоцитоз), нередко со сдвигом лейкоформулы влево, снижение количества лимфоцитов. Характерно повышение амилазы в крови и диастазы в моче.

Информативным методом диагностики острого панкреатита считается УЗИ. При УЗИ отмечается увеличение поджелудочной железы в размерах, неровность, нечеткость ее контуров, может быть небольшое количество жидкости вокруг железы, на более поздних фазах можно увидеть некрозы в ткани железы и скопление гноя при гнойных осложнениях. При неясной УЗИ-картине делают компьютерную томографию.

Лечение. Лечение проводится в хирургическом стационаре. При этом пациенты с отечным острым панкреатитом могут лечиться в условиях хирургического отделения, пациенты с панкреонекрозом до стабилизации состояния должны находиться в реанимационном отделении.

Основные лечебные мероприятия направлены на снятие спазма в области протоков поджелудочной железы (но-шпа, папаверин, платифиллин), подавление секреции поджелудочной железы (сандостатин, 5-фторурацил, рибонуклеаза), подавление активности уже выделившихся ферментов (контрикал, гордокс), профилактику гнойных осложнений (антибиотики). При панкреонекрозе проводится терапия, направленная на лечение нарушений функций жизненно важных органов, в том числе инфузии больших объемов коллоидных и кристаллоидных растворов. По показаниям — плазмоферез, гемосорбция, искусственная вентиляция

легких, дренирование брюшной полости для эвакуации токсического выпота (жидкости). В некоторых случаях бывает показано хирургическое лечение на ранних стадиях панкреонекроза, которое заключается в дренировании салынковой сумки из широких разрезов либо малоинвазивными методами. При крупноочаговом панкреонекрозе чаще всего требуются повторные вмешательства (санационные релапаротомии) для удаления некрозов в железе и санации гнойных очагов при присоединении гнойных осложнений.

Хронический панкреатит может развиваться после перенесенного острого панкреатита либо на фоне ферментной недостаточности поджелудочной железы, вызванной другими причинами. Заболевание протекает не тяжело, с периодическими обострениями, его лечением занимаются гастроэнтерологи или терапевты.

7.6. Острый холецистит

Это воспаление желчного пузыря.

Этиология. Основной причиной острого холецистита является желчнокаменная болезнь (калькулезный холецистит). Наличие камней в просвете желчного пузыря затрудняет отток желчи, что ведет к застою, присоединяется микробное воспаление, переходящее в гнойный процесс. При нарушении функции сокращения пузыря застойные явления могут развиваться и без камней (бескаменный холецистит), но данная патология встречается довольно редко, и сам по себе бескаменный холецистит практически никогда не ведет к гнойному воспалению стенки пузыря, лечением бескаменного холецистита занимаются гастроэнтерологи. С учетом хирургической тематики книги, речь пойдет о калькулезном холецистите.

Различают острый калькулезный холецистит и хронический калькулезный холецистит. При наличии камней в желчном пузыре даже без каких-либо симптомов уже можно говорить о хроническом калькулезном холецистите, который может протекать как бессимптомно, так и давать обострения в виде острого калькулезного холецистита. При этом наличие в пузыре мелких камней более опасно, чем крупных, что связано с более высоким риском попадания камней через пузырный проток в главный желчный проток (холедох), что сопровождается тяжелыми осложнениями (механическая желтуха).

Клиническая картина, диагностика. Острый калькулезный холецистит обычно начинается с болей в правом подреберье. Боль носит довольно сильный, постоянный характер, может усиливаться при приеме пищи, иррадиировать в правое плечо и область ключицы (френикус-симптом). Характерно повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

Может быть тошнота, рвота. При пальпации отмечается болезненность в правом подреберье, при обтурационном холецистите (когда проток желчного пузыря полностью закупорен камнем) пальпируется болезненный желчный пузырь. При поколачивании по правой реберной дуге возникает боль — положительный симптом Ортнера. В крови — повышение количества лейкоцитов, может быть повышение СОЭ. При УЗИ отмечается утолщение и неоднородность стенки желчного пузыря, при обтурационном холецистите камень находится в шейке желчного пузыря, закупоривая пузырный проток.

При прогрессировании воспалительных явлений в стенке и просвете желчного пузыря воспаление начинает носить гнойный характер — к вышеуказанным симптомам присоединяются явления интоксикации — плохое самочувствие, слабость, тахикардия, появляется сухость во рту, нарастает лейкоцитоз, СОЭ, увеличивается количество палочкоядерных нейтрофилов, могут появиться мета-и миелоциты. При развитии некроза стенки желчного пузыря боли могут беспокоить меньше (за счет омертвления нервных окончаний), но симптомы интоксикации при этом нарастают, появляются симптомы раздражения брюшины — мышечное напряжение в правом подреберье, положительный симптом Щеткина—Блюмберга. Далее в некротизированной стенке пузыря появляется отверстие (перфорация), и гной из просвета пузыря истекает в свободную брюшную полость, что вызывает крайне тяжелое осложнение — гнойный диффузный перитонит.

В зависимости от степени поражения стенки пузыря различают острый катаральный, флегмонозный, гангренозный холецистит.

Осложнения. Даже при отсутствии симптомов наличие камней в желчном пузыре чревато развитием тяжелых, нередко фатальных осложнений. К основным осложнениям как острого, так и хронического калькулезного холецистита относятся механическая желтуха, острый панкреатит (панкреонекроз).

Лечение. Всем пациентам с наличием камней в желчном пузыре необходимо наблюдаться у гастроэнтеролога до выполнения оперативного вмешательства. Само по себе наличие камней в желчном пузыре является показанием к удалению желчного пузыря — холецистэктомии, которая в настоящее время чаще всего выполняется видеолaparоскопически. От операции воздерживаются только при наличии высокого риска осложнений при тяжелых сопутствующих заболеваниях, в старческом возрасте. До вмешательства пациенты соблюдают диету с исключением жирной, копченой, жареной пищи, при дискомфорте в правом подреберье показан прием спазмолитиков (но-шпа). В некоторых случаях назначают прием препаратов, нормализующих обмен желчных кислот (урсосан).

Рассчитывать на то, что камни «рассосутся» сами либо под действием каких-либо лекарств, не стоит. Не применяется также удаление только камней из желчного пузыря, так как в измененном и плохо функционирующем пузыре камни очень быстро появляются опять. По этой же причине не получило широкого распространения дробление камней в желчном пузыре ультразвуком.

При остром холецистите лечение должно проводиться в стационаре. Назначают голод, холод на правое подреберье, антибиотики, спазмолитики, инфузионную терапию. При отсутствии положительного эффекта в течение одних—двух суток производят дренирование пузыря через прокол кожи под контролем УЗИ для оттока содержимого либо делают экстренную операцию. При картине перфорации (прободения) желчного пузыря и перитонита операцию делают сразу, без попыток консервативного лечения. Если удастся избежать экстренной операции, то после стихания воспалительных явлений желчный пузырь удаляют в плановом порядке.

7.7. Паховая грыжа

Паховая грыжа представляет собой патологическое выпячивание брюшины и органов брюшной полости в паховый канал. Чаще бывает у мужчин. Среди всех грыж брюшной стенки занимает первое место (почти 90%).

Этиология. Из всех факторов, которые влияют на появление паховой грыжи, можно выделить предрасполагающие и производящие.

К предрасполагающим можно отнести врожденное расширение паховых колец, атрофию мышц брюшной стенки на фоне отсутствия физических нагрузок, врожденную «слабость» соединительной ткани. Эти факторы дают определенную предрасположенность к появлению грыжи при воздействии производящих факторов.

К производящим факторам относятся физические нагрузки (особенно подъем тяжестей), хронический кашель, хронические запоры — то есть те состояния, которые вызывают систематическое напряжение мышц брюшной стенки и, как следствие, повышение внутрибрюшного давления. У некоторых лиц появление грыжи может быть связано с профессиональной деятельностью (трубачи, грузчики).

Клиническая картина, диагностика. Основным проявлением паховой грыжи является появление в паховой области (слева или справа, реже с двух сторон) безболезненного выпячивания от 1—2 до 4—5 см и более (рис. 7.1).

Выпячивание появляется в положении стоя или при напряжении брюшного пресса и пропадает в положении лежа. Само выпячивание

пальпаторно безболезненно, мягкоэластической консистенции, легко вправляется в брюшную полость. На ранних стадиях грыжи бывают небольшими — 2–3 см, появляются только при натуживании. По мере постепенного роста грыжа становится больше — 5–10 см и более, может спускаться в мошонку, достигая иногда гигантских размеров.



Рис. 7.1. Правосторонняя паховая грыжа

Для диагностики бывает сложной небольшая, так называемая канальная грыжа. Пациенты жалуются на боль в паховой области, иногда сильную, при нагрузках, изменении положения тела. При пальпации обнаружить такую грыжу бывает сложно, так как она при натуживании через внутреннее кольцо проникает в паховый канал (это и вызывает боль), но через наружное кольцо еще не выходит под кожу. Поставить диагноз помогает УЗИ пахового канала.

Диагноз паховой грыжи ставится на основании клинической картины, в сомнительных случаях делают УЗИ. Лабораторные показатели при неосложненной паховой грыже остаются в пределах нормы.

Осложнения. Наиболее опасным и частым осложнением паховой грыжи является ущемление. При этом в области грыжи появляются боли, грыжа перестает вправляться, не исчезает в положении лежа. При пальпации грыжа становится плотной, болезненной. Симптом «кашлевого толчка» отрицательный. При ущемлении пряди большого сальника состояние пациента может до нескольких суток оставаться стабильным. Если же ущемляется петля кишки, то возникает многократная рвота, симптомы кишечной непроходимости, состояние прогрессивно ухудшается.

Лечение. Лечение паховой грыжи проводится только хирургическим путем. Консервативное лечение бессмысленно. Грыжам свойственно

увеличиваться в размерах, возможно ущемление, поэтому чем раньше будет прооперирована паховая грыжа, тем меньше объем операции и процент осложнений. Лишь в некоторых случаях, когда тяжелое общее состояние и сопутствующие заболевания не позволяют сделать операцию, возможно консервативное лечение в виде ношения специального бандажа. Операцию в таких случаях делают только по жизненным показаниям — при ущемлении.

Неосложненная паховая грыжа подлежит хирургическому лечению в плановом порядке. До операции пациенту рекомендуют ограничение физических нагрузок (подъем тяжестей до 5 кг), избегать переедания. При наличии хронического кашля, запора проводится соответствующее лечение.

Стандартная операция заключается в выделении и иссечении грыжевого мешка из разреза в паховой области, ушивании дефекта брюшной стенки особым способом (пластика). Существует много вариантов пластики пахового канала (по Бассини, по Постемпскому и др.). В последние годы большую популярность получила пластика по Лихтенштейну (с сетчатым имплантом). Операцию можно делать как под местной анестезией, так и под наркозом, но чаще всего используется эндуральная анестезия.

Возможна и лапароскопическая операция — сетку подшивают изнутри брюшной полости через небольшие разрезы-проколы.

При ущемленной паховой грыже операция проводится по экстренным показаниям. Вмешательство должно быть выполнено в первые два часа с момента ущемления, в противном случае возрастает риск омертвления ущемленных органов, что утяжеляет состояние пациента и ведет к более объемным вмешательствам.

Плановую операцию проводят в стационаре. Через несколько дней после операции пациента выписывают домой, швы можно снять на восьмые—девятые сутки амбулаторно. После операции с «сеткой» рекомендуют ограничение физических нагрузок (подъем тяжестей до 5 кг) один месяц, после пластики местными тканями — пять месяцев.

7.8. Перфорация полого органа брюшной полости

Это формирование отверстия в любом органе ЖКТ (желудок, двенадцатиперстная, тонкая, толстая кишка).

Этиология. Наиболее часто причиной перфорации бывает язвенная болезнь (отсюда и старое название — прободная язва). Реже — опухолевое поражение с деструкцией стенки органа, перфорации инородными телами (проглоченная игла, рыбная кость и др.).

Клиническая картина, диагностика. Жалобы на интенсивные боли, чаще в верхних отделах живота. Характерно острое начало боли (так называемая кинжальная боль). Пациенты обычно занимают вынужденное положение, стараясь как можно меньше двигаться. При пальпации отмечается резкая болезненность, напряжение брюшной стенки («доскообразный живот»), положительный симптом Щеткина. Следует помнить о возможности так называемой прикрытой перфорации. При этом появившееся небольшое отверстие в полном органе быстро закрывается, а успевшее выделиться в брюшную полость содержимое желудка или двенадцатиперстной кишки дает умеренную болезненность. В течение нескольких часов повышается температура тела, а болезненность начинает распространяться на правые отделы живота, постепенно спускаясь вниз (туда стекает экссудат), напоминая развитие острого аппендицита.

Лечение хирургическое. Выполняется экстренное ушивание перфорации, санация и дренирование брюшной полости.

7.9. Пупочная грыжа

Пупочная грыжа — это патологическое выпячивание брюшины и органов брюшной полости через пупочное кольцо.

Этиология. Такая же, как и у паховой грыжи.

Клиническая картина, диагностика. В области пупка появляется округлое выпячивание размерами от 1,5 до 3,0 см и более (рис. 7.2).

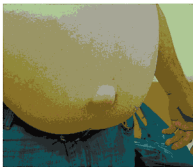


Рис. 7.2. Пупочная грыжа

Выпячивание мягкоэластической консистенции, безболезненное, вправляется в брюшную полость или исчезает в положении лежа.

Осложнения. Такие же, как и у паховой грыжи.

Лечение. У взрослых — только хирургическим путем. Операцию можно проводить как под наркозом, так и под местной анестезией. Целесообразно сочетание — местная анестезия с внутривенным потенцированием. Существует много видов оперативных вмешательств при данной патологии — пластика грыжевых ворот по Мейо, по Салезко и др. В последние годы наибольшую популярность приобрела операция по Лихтенштейну, при которой применяется полипропиленовая сетка. Возможна и лапароскопическая операция.

Обычно пациентов выписывают через несколько дней после операции, швы можно снять на девятые—десятые сутки амбулаторно. Ограничение подъема тяжестей — два—шесть месяцев после операции (в зависимости от способа вмешательства).

ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СОСТОЯНИЯ, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ В ПРАКТИКЕ АМБУЛАТОРНОГО ХИРУРГА, А ТАКЖЕ НЕКОТОРЫЕ ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

8.1. Ангиопротекторы

Это лекарственные средства, которые оказывают благотворное действие на сосудистую стенку, улучшают микроциркуляцию крови в тканях.

Механизм защиты сосудистой стенки — подавление медиаторов воспаления — гистамина, серотонина, брадикинина, подавление активности гиалуронидазы, уменьшение проницаемости сосудистой стенки, что способствует снижению отека, воспалительных явлений.

Улучшение микроциркуляции достигается путем изменения реологических свойств крови — снижения ее вязкости, уменьшения адгезии тромбоцитов и эритроцитов. У некоторых препаратов отмечено влияние на свертывающую систему крови — на антиромбин III, фибриноген.

У препаратов отмечается спазмолитическое действие за счет подавления фосфодиэстеразы и накопления циклического аденозинмонофосфата в клетках сосудистой стенки.

К ангиопротекторам относятся трентал (пентоксифиллин), вессел дуэ ф (сулодексил), докси-хем (добезилат кальция), венорутон, детралекс (диосмин), троксевазин и другие.

С учетом особенностей механизма действия при разных заболеваниях показаны определенные ангиопротекторы. Например, при заболеваниях артерий, артериальных тромбозах и эмболиях чаще применяют трентал, вессел дуэ ф; при варикозной болезни — детралекс, троксевазин.

8.2. Антибиотики

Этот вещества природного или полусинтетического происхождения, которые подавляют рост микроорганизмов или вызывают их гибель.

Антибиотики воздействуют только на микроорганизмы. На вирусы или грибы их действие не распространяется. Поэтому антибиотики целесообразно применять при заболеваниях, вызванных микробами. При вирусных заболеваниях (гепатит, грипп и т.п.) их применение лишено смысла и может даже нанести вред за счет побочных эффектов.

В зависимости от химической структуры антибиотики подразделяют на группы, например фторхинолоны, пенициллины, тетрациклины, макролиды, цефалоспорины и др.

В каждой группе могут быть антибиотики разных поколений (например, в группе фторхинолонов ципрофлоксацин относится к первому поколению, левофлоксацин — ко второму, а моксифлоксацин — к третьему).

Основные принципы антибактериальной терапии. К назначению антибиотиков предъявляются определенные требования.

Препарат должен хорошо проникать в ткани, где имеется гнойно-воспалительный процесс. Например, линкомицин хорошо проникает в костную ткань и применяется при остеомиелите, амоксицилин — в мягкие ткани, может применяться при лечении фурункулов, рожистого воспаления.

Антибиотик должен обладать подавляющим действием на микроорганизм, который вызвал воспаление. Например, бессмысленно применять ципрофлоксацин при анаэробных инфекциях (вызванных микроорганизмами-анаэробами), так как ципрофлоксацин не действует на них. В такой ситуации показан авелокс — антибиотик, который действует в том числе и на анаэробные микроорганизмы.

Для определения чувствительности микроорганизма к антибиотикам раны берут посев. Сложность в том, что результат посева врач обычно получает примерно через пять—восемь дней, а назначать антибиотик нужно сразу по выявлении микробного воспаления. В такой ситуации применяется эмпирическая антибиотикотерапия, смысл которой состоит в назначении антибиотика, который подавляет наиболее вероятного возбудителя инфекции. Например, при фурункуле или карбункуле назначают антибиотики, которые подавляют золотистый стафилококк, так как именно этот микроорганизм чаще всего вызывает нагноение при фурункуле и карбункуле. Потом, когда придет результат посева, можно сменить антибиотик на тот, к которому чувствителен микроб в данном конкретном случае (если в этом еще будет необходимость).

Необходимо применять антибиотики с минимальным риском побочных эффектов и осложнений у данного пациента. Например, пациентам, у которых есть эпилепсия, нельзя назначать фторхинолоны, пациентам с пониженным слухом не подходят аминогликозиды.

Пути введения антибиотиков. Основные пути — пероральный (через рот), внутримышечный и внутривенный — тоже должны учитываться в амбулаторной практике. Так, пациентам, которые получают амбулаторное лечение, нецелесообразно назначать антибиотики, требующие трехкратного внутримышечного введения (например, цефазолин), так как такому больному придется три раза в день ходить в процедурный кабинет.

Назначать антибиотик должен только врач, так как применение антибиотиков без показаний или при наличии противопоказаний может вызвать побочные эффекты и осложнения и, в конечном итоге, принести вред, а не пользу.

8.3. Биопсия

Это прижизненный забор каких-либо тканей или образований из организма для последующего морфологического (под микроскопом) исследования. Биопсия позволяет уточнить характер образования, патологического процесса.

Различают эксцизионную биопсию, при которой для исследования иссекается все образование (например, патологически увеличенный лимфоузел), инцизионную биопсию, при которой иссекается участок патологического образования (например, кусочек кожи из края язвы), и аспирационную биопсию, при которой содержимое высасывается катетером или шприцем (например, из бронхиального дерева). Биопсия из кости с забором ее фрагмента называется трепанобиопсией.

Разновидностью инцизионной биопсии является пункционная биопсия, при которой образование пунктируют (прокалывают) тонкой иглой и всасывают в шприц ткань из него. Пункционная биопсия часто выполняется под УЗИ-контролем.

Показания к биопсии.

- Удаление любых образований (липомы, атеромы и др.) — по сути, является эксцизионной биопсией.
- Подозрение на злокачественное новообразование (например, при обнаружении полипа в желудке или толстой кишке при эндоскопии на биопсию берется его фрагмент — инцизионная биопсия).
- Длительно незаживающие язвы, раны, особенно при изменениях, подозрительных на малигнизацию (озлокачествление).

- Для уточнения диагноза (например, биопсия печени при подозрении на цирроз).

Противопоказания к биопсии.

- Явный злокачественный процесс, в этом случае предварительную биопсию брать бессмысленно, нужно сразу направить пациента к онкологу.
- Нарушения свертывающей системы крови — возможны кровотечения, обширные гематомы.

Техника биопсии. Эксцизионная биопсия выполняется под местной анестезией, образование иссекается в пределах здоровых тканей.

Инцизионная биопсия выполняется под местной анестезией (в некоторых случаях анестезия не требуется), скальпелем или ножницами иссекается фрагмент образования.

Пункционная биопсия не требует анестезии, игла со шприцем вводится в толщу образования, после чего врач делает несколько «всасывающих» движений поршнем шприца, игла извлекается наружу, ее содержимое выдавливается на предметное стекло резкими движениями поршня шприца.

При нечетко пальпируемых образованиях пункционную биопсию целесообразно проводить под УЗИ-контролем — это позволяет точно попасть в образование, избежать повреждения расположенных рядом анатомических образований.

Осложнения биопсии. Инфицирование в зоне биопсии, кровотечения, обширные гематомы, повреждение соседних органов. При правильном выполнении биопсии осложнения встречаются редко.

8.4. Инородное тело

Инородными телами называются чуждые организму предметы, попавшие в мягкие ткани, полости или естественные отверстия.

По механизму попадания и локализации различают:

- инородные тела мягких тканей;
- инородные тела полостей (грудной, брюшной);
- инородные тела органов (например, глаза);
- инородные тела желудочно-кишечного тракта.

В практике амбулаторного хирурга наиболее часто встречаются инородные тела мягких тканей.

Основная причина попадания инородных тел в мягкие ткани — бытовая или производственная травма. Инородные тела могут быть в виде щепок (заноз), стекла, металлической стружки и др.

Клиническая картина, диагностика. В месте попадания инородного тела всегда имеется рана (от точечной до довольно большой). Пациен-

ты жалуются на боль, иногда инородное тело видно под кожей либо оно определяется пальпаторно. В некоторых случаях можно лишь предположить наличие инородного тела в тканях (например, при множественных порезах осколками стекла).

Если инородное тело рентгенконтрастно (металл — всегда, другие материалы — не всегда) диагноз помогает уточнить рентгеновское исследование (рис. 8.1).

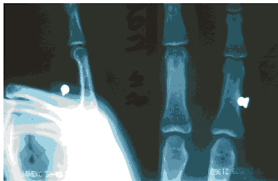


Рис. 8.1. Пуля от пневматической винтовки в пальце кисти

При попадании инородного тела в ткани вокруг него начинает формироваться абсцесс. Появляются и нарастают боли, отек, покраснение. Может сформироваться гнойный свищ, который не заживает, так как процесс поддерживается инородным телом. Свищ будет существовать до тех пор, пока инородное тело не отторгнется само или не будет удалено хирургическим путем. В отдельных случаях мелкие инородные тела инкапсулируются без нагноения. Тогда они могут длительное время находиться в мягких тканях, никак себя не проявляя. В некоторых случаях пациенты жалуются на умеренные боли, колющие ощущения в месте нахождения инородного тела. После инкапсуляции сохраняется опасность нагноения в более поздние сроки. Вокруг старых инкапсулировавшихся инородных тел может начаться хроническое воспаление, проявляющее себя умеренными болями и формированием вокруг инородного тела уплотнения — гранулемы.

Лечение. Основной метод лечения — хирургический. Инородные тела мягких тканей удаляют под местной анестезией. В некоторых случаях, когда один конец инородного тела выступает наружу, возможно удаление пинцетом или зажимом без анестезии. В остальных случаях удаление проводят через разрез. Следует помнить, что мелкие инородные тела бывает довольно сложно обнаружить в тканях. Поэтому к операции следует прибегать тогда, когда инородное тело четко пальпируется либо просвечивает через кожу, либо видно на рентгене. В противном случае не исключен вариант, что тело просто не будет найдено во время операции. При сомнениях в наличии инородного тела или невозможности определения его точной локализации проводится наблюдение. В случае нагноения делают операцию, и обычно тело легко обнаруживается в эпицентре нагноения. При формировании гранулемы ее пересекают вместе с инородным телом.

8.5. Кожная пластика

Кожная пластика — хирургическое вмешательство, при котором производится восстановление кожного покрова на раневых поверхностях, которые не могут зажить естественным путем.

Наиболее часто кожная пластика применяется для закрытия обширных дефектов кожного покрова — считается, что рана, площадью более 50 см² с большой долей вероятности не заживет сама и потребует кожной пластики.

Необходимое условие для кожной пластики — хорошее кровоснабжение зоны пересадки кожи — иначе трансплантат не приживется. Вот почему пластика ограничена при лечении таких длительно незаживающих ран, как трофические язвы и пролежни.

Показания к кожной пластике. Обширные дефекты кожных покровов (ожоги, раны, дефекты после операций по удалению больших образований кожи, рубцов). Длительно незаживающие хронические раны.

Виды кожной пластики. Различают свободную и несвободную кожную пластику, а также пластику местными тканями.

Свободная пластика. Осуществляется кожным лоскутом, который переносят со здорового участка кожи на рану. Известны различные методики свободной кожной пластики — «островками», полнослойным лоскутом, расщепленным лоскутом. В настоящее время чаще всего применяют пластику расщепленным лоскутом. Для этого под местной анестезией специальным инструментом (дерматотомом) снимают тонкую полоску кожи с донорской зоны. При снятии инструмент сам делает на лоскуте насечки, благодаря которым лоскут можно растянуть и закрыть довольно большие раневые дефекты (рис. 8.2, 8.3).



Рис. 8.2. Расщепленный лоскут уложен на раневую поверхность

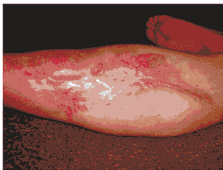


Рис. 8.3. Зажившая рана

Несвободная пластика. Суть метода заключается в пересадке заранее подготовленного лоскута на сосудистой ножке. Например, классический вариант — итальянская пластика — закрытие дефекта носа лоскутом с плеча. Для этого выделяют лоскут на плече на сосудистой ножке,

обеспечивающей его хорошее кровоснабжение. Лоскут фиксируют к носу, в таком положении пациент находится до приживления лоскута, после чего кожу пересекают.

Пластика местными тканями. При этом виде пластики раневые дефекты закрывают без переноса кожных лоскутов путем выполнения дополнительных разрезов рядом с раной, а также других приемов, позволяющих закрыть раневой дефект тканями, находящимися рядом с раной.

8.6. Кровотечение

Это выхождение крови за пределы кровеносного сосуда, чаще всего связанное с его повреждением.

Причиной кровотечения может быть травма сосуда, патологическое состояние (например, прорастание стенки сосуда опухолью), нарушение свертывающей системы крови или проницаемости сосудистой стенки (например, при гемофилии).

По виду различают артериальные, венозные и капиллярные кровотечения. В отдельный вид выделяют кровотечения из паренхиматозных органов (печень, селезенка).

По отношению к внешней среде различают наружные и внутренние кровотечения. При внутренних кровотечениях кровь может изливаться в ткани с формированием гематомы, в полости (плевральную, брюшную и др.), в просвет полых органов (желудочно-кишечное кровотечение).

Клиническая картина, диагностика. Диагностика наружного кровотечения не составляет труда. При артериальном кровотечении кровь алая, вытекает пульсирующей струей. При венозном кровотечении кровь темная, течет равномерно. При капиллярном кровотечении выделяется в виде «росы» или мелкими каплями.

Сложности могут возникнуть при распознавании внутреннего кровотечения.

В зависимости от интенсивности кровотечения оно может проявляться двумя основными синдромами: синдром острой кровопотери и синдром хронической анемии.

При быстрой потере крови возникает синдром острой кровопотери. Он проявляется слабостью, потливостью, бледностью кожных покровов и слизистых. У пациентов снижается артериальное давление, возникает тахикардия. В анализах крови снижается гемоглобин и гематокрит. При острой кровопотере снижение гемоглобина ниже 80 г/л и гематокрита ниже 25% может привести к смерти.

Хроническая кровопотеря может быть при обильных менструациях, геморроидальных кровотечениях, распадающихся опухолях толстой

кишки или желудка и др. При хронической кровопотере симптоматика более сглажена, так как организм успевает к ней адаптироваться. Пациенты жалуются на слабость, повышенную утомляемость. Кожные покровы бледные, развивается ломкость волос и ногтей. Гемоглобин может понижаться значительно, ниже 60 и даже 40 г/л при относительно удовлетворительном состоянии пациента и стабильных цифрах артериального давления. Диагноз помогают поставить дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования — ЭГДС, колоноскопия, бронхоскопия, исследование кала на скрытую кровь и др.

Лечение. При острой кровопотере первоочередной задачей является остановка кровотечения. При этом различают временную остановку и окончательную. К временной остановке кровотечения относится пальцевое пережатие сосуда, наложение кровоостанавливающего жгута, наложение медицинского зажима на кровоточащий сосуд, давящая повязка.

При наружном артериальном кровотечении в первую очередь применяют пальцевое прижатие артерии. Артерию сильно прижимают пальцами в месте пульсации, выше раны и желательно в проекции подлежащей кости. Например, при артериальном кровотечении из нижней конечности сильно прижимают бедренную артерию в точке пульсации на уровне паховой складки. При артериальном кровотечении из верхней конечности прижатие осуществляют в верхней трети плеча по внутренней поверхности. После прекращения или ослабления поступления крови при пальцевом прижатии нужно немедленно наложить кровоостанавливающий жгут, который обычно есть во всех аптечках. Жгут накладывают выше раны, поверх одежды (или прокладывают ткань). Жгут нужно подвести под конечность, сильно растянуть и, не ослабляя натяжения, обернуть вокруг конечности несколько раз. При отсутствии под рукой жгута можно использовать прочную веревку или брючный ремень и др. В этом случае нужно обвязать веревку вокруг конечности так, чтобы под нее можно было просунуть какой-либо рычаг (например, палку). После чего палку вращают, затягивая на конечности веревку до остановки кровотечения. Под жгут нужно поместить записку с указанием времени наложения жгута и немедленно транспортировать пострадавшего в лечебное учреждение. Жгут нельзя держать затянутым более двух часов подряд. Если за это время пострадавшего не удалось доставить в лечебное учреждение, жгут следует ослабить на несколько минут, после чего, если кровотечение еще продолжается, затянуть вновь.

К окончательным способам остановки кровотечения относят перевязку сосуда (в ране или на протяжении), наложение сосудистого шва, электрокоагуляцию.

В некоторых случаях временные методы остановки кровотечения могут стать окончательными (например, давящая повязка при венозном кровотечении).

При массивной кровопотере одновременно с остановкой кровотечения проводят коррекцию гемодинамических и водно-электролитных нарушений — переливание плазмозаменяющих растворов, плазмы, эритроцитарной массы, введение препаратов, корректирующих свертываемость крови.

При хронической кровопотере наряду с выявлением источника кровотечения и его ликвидацией проводят коррекцию качественных показателей крови (назначение препаратов железа, в отдельных случаях — переливание эритроцитарной массы).

8.7. Лимфедема (лимфостаз)

Это состояние, вызванное замедлением оттока лимфы от конечности. Бывает врожденным и приобретенным. Основное проявление лимфостаза — отек конечности.

Этиология. Различают первичную и вторичную лимфедему. Основной причиной заболевания считается врожденное недоразвитие лимфатических сосудов (первичная лимфедема). Первичная лимфедема может проявлять себя как с рождения, так и у взрослых (чаще в подростковом возрасте).

К причинам вторичной лимфедемы относятся инфекционные заболевания (рожа), травма (в том числе и операционная), злокачественные опухоли, сдавливающие лимфатические сосуды, и последствия их лечения (лучевая терапия), лимфадениты др.

Клиническая картина, диагностика. Чаще болеют женщины молодого и среднего возраста. В подавляющем большинстве случаев поражаются нижние конечности. Лишь в 5% случаев лимфедема возникает на верхних конечностях, чаще всего после операций по поводу рака молочной железы (удаление подмышечных лимфатических узлов). Процесс чаще носит односторонний характер, но встречается и лимфедема на обеих ногах (при первичной лимфедеме). Основным симптом лимфедемы — отек. Вначале отек небольшой, конечность отекает преимущественно в области тыла стопы, лодыжек. После ночного отдыха отек проходит. Характерный симптом — над первым межпальцевым промежутком стопы при попытке собрать кожу в складку пальцами складка утолщается, а на более поздних стадиях кожа и вовсе не собирается в складку. С развитием заболевания отечность распространяется на голень и бедро. Редкая форма лимфедемы — нисходящая, когда отек распространяется от бедра

и половых органов вниз. При тяжелом течении заболевания отек может достигать значительных размеров (слоновость). Отек обычно мягкий, после нажатия пальцами остаются «вмятины». На поздних стадиях отек, особенно на голени, может стать плотным. Цвет кожи в начале заболевания бледный, исчезает подкожный венозный рисунок. На поздних стадиях заболевания на голених появляются трофические расстройства — гиперпигментация, зуд, могут появиться язвы. При напряженных отеках на коже появляются трещины с истечением лимфы. Лимфоррея может быть значительной — нередко у пациента не только промокает повязка или чулок, но и при длительном нахождении на одном месте под ногой на полу стекает лужа из лимфы. При выраженном длительном отеке появляются вегетации (рис. 8.4) — кожа голени становится бугристой. Пальпация безболезненна.



Рис. 8.4. Тяжелая лимфедема. Вегетации, формируется трофическая язва

Различают четыре стадии лимфедемы нижних и верхних конечностей.

Первая стадия — незначительный отек в области тыла стопы или кисти, иногда с переходом голеностопный или лучезапястный сустав. Отек преходящий, исчезает после ночного отдыха, усиливается в жаркое время года. Разность в диаметрах голени пораженного участка конечности со здоровой стороной — 1–3 см. Кожа собирается в складку, которая обычно утолщена по сравнению со здоровой конечностью.

Вторая стадия — отек поднимается на голень или предплечье, становится более плотным. После ночного отдыха уменьшается, но полностью не проходит. Разность в диаметрах голени и предплечья — 3–5 см. Кожная складка значительно утолщена или кожа не берется в складку совсем.

Третья стадия — дальнейшее распространение и уплотнение отека. Разность диаметров значительна. Кожа напоминает «корку апельсина», не собирается в складку. Нередко присоединяется вторичная стрептококковая инфекция в виде рецидивирующей рожи.

Четвертая стадия — присоединяются трофические расстройства — гиперпигментация, язвы. Кожа может трескаться со значительной лимфорреей.

В диагностике помогает УЗИ вен, которое наиболее доступно в арсенале амбулаторного хирурга по сравнению с другими методами. С его помощью можно отличить лимфедему от хронической венозной недостаточности. При лимфедеме УЗИ вен не выявляет в них значительных изменений. Могут быть выявлены увеличенные лимфоузлы, признаки отека подкожной клетчатки.

К другим методам диагностики лимфедемы относят лимфографию, лимфосцинтиграфию, компьютерную томографию. Лабораторная диагностика малоинформативна, изменения носят неспецифический характер. Может повышаться СОЭ, бывает гипотальбуемия. Отмечается понижение 11-оксикортикостероидов. Могут меняться показатели коагулограммы в сторону активации свертывающей системы и угнетения фибринолиза.

Лечение. Лимфедема — сложное в лечении заболевание. Помимо лечения заболеваний, вызывающих вторичную лимфедему (рожа, лимфаденит и др.), применяют лимфопресс, лимфодренирующий массаж, флеботоники (детралекс), ферментные препараты (вобэнзим), антибиотикотерапию при присоединении инфекции. Важную роль играет эластическая компрессия, которая может осуществляться как компрессионным трикотажем, так и эластическими бинтами. При первой стадии лимфедемы применяется трикотаж второго класса компрессии, на более поздних — третьего и даже четвертого. При трофических расстройствах и вегетациях назначают солкосерил или актовегин, трентал. Трофические язвы лечат по общим правилам, так же, как и при венозной недостаточности.

На третий—четвертой стадиях заболевания возможно хирургическое лечение — формирование лимфо-венозных анастомозов. Это позволяет улучшить отток лимфы. Операция выполняется в специализированных отделениях с применением микрохирургической техники.

При четвертой стадии применяют радикальное иссечение пораженных тканей с аутодермопластикой расщепленным лоскутом.

8.8. Лимфопресс (перемежающаяся компрессия)

Лимфопресс (прессотерапия, лимфопрессотерапия) — методика лечения лимфедемы (лимфостаза). Может применяться также при лечении отеков, вызванных венозной недостаточностью, некоторых других состояниях.

Аппарат для процедуры лимфопресса представляет собой «рукав», состоящий из нескольких манжет (примерно таких, как у аппарата для измерения артериального давления). Каждая манжета через отдельный шланг присоединена к прибору, который быстро последовательно надувает и сдувает их, создавая эффект «бегущей волны» от периферии конечности к центру. Благодаря этому лимфа постепенно вытесняется из ткани в лимфатические сосуды и по ним выводится из отеочной конечности.

Показания:

- лимфедема нижних и верхних конечностей;
- хроническая венозная недостаточность;
- отеки после операций (например, отек верхней конечности после мастэктомии);
- целлюлит;
- синдром хронической усталости.

Перед процедурой необходима консультация врача и проведение УЗИ вен для выявления противопоказаний и исключения венозного тромбоза (в том числе и бессимптомного). Проведение лимфодренажного массажа на фоне тромбоза чревато отрывом тромба и развитием тромбоэмболии легочной артерии, что может привести к тяжелым последствиям.

Лимфопресс может применяться при лимфедеме как верхних, так и нижних конечностей.

При отсутствии противопоказаний к процедуре врач насаживает манжету на верхнюю или нижнюю конечность и включает на аппарате наиболее подходящий для данного клинического случая режим компрессии. Процедура лимфопрессотерапии длится от 20 до 40 мин. Среднее количество процедур — десять, но их количество подбирается врачом индивидуально.

Противопоказания:

- тромбоз, тромбофлебит;
- тяжелая сердечная недостаточность;
- посттравматические отеки (при свежих переломах и т.п.);
- заболевания кожи;
- беременность;

- менструация;
- тяжелый сахарный диабет;
- декомпенсированный атеросклероз артерий нижних конечностей.

В целом процедура безопасна, при правильном и обоснованном применении осложнений практически не наблюдается.

8.9. Межреберная блокада

Межреберную блокаду выполняют при болевом синдроме, вызванном переломами ребер, ушибом грудной клетки, межреберной невралгией.

Техника. Иглу вводят в область нижнего края ребра в область болевой точки или несколько ближе к позвоночнику. При упоре в нижний край ребра иглу немного оттягивают на себя, затем продвигают вперед и ниже, как бы «соскальзывая» с нижнего края ребра, после чего вводят до 10 мл 1%-ного раствора новокаина или лидокаина. Некоторые авторы рекомендуют ориентироваться на верхний край нижележащего ребра и после прокола кожи направлять иглу вверх, к нижнему краю вышележащего ребра.

Осложнения. Повреждение межреберных сосудов, легкого, гемо-, пневмоторакс. При возникновении осложнений пациента необходимо срочно направить в стационар.

8.10. Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)

НПВС представляют собой группу фармакологических препаратов, которые обладают противовоспалительным, обезболивающим и жаропонижающим эффектами.

Механизм действия. Механизм противовоспалительного действия НПВС основывается на блокировании фермента циклооксигеназы (ЦОГ), который является медиатором одного из звеньев в каскаде воспалительной реакции.

Обезболивающий эффект НПВС основан на уменьшении sensibilization нервных окончаний к простагландинам, что уменьшает эффект действия раздражителей.

Жаропонижающий эффект связывают с уменьшением синтеза простагландинов, благодаря чему они меньше влияют на центр терморегуляции гипоталамуса.

Группы НПВС. НПВС классифицируют по химическому строению, эффективности средних доз и др.

С практической точки зрения в настоящее время НПВС в основном подразделяют на неселективные ингибиторы ЦОГ1 и ЦОГ2 и селективные ингибиторы ЦОГ2.

Как было указано выше, противовоспалительное действие НПВС основано на подавлении фермента циклооксигеназы, который стимулирует воспалительную реакцию. Сравнительно недавно (1994) было выяснено, что ЦОГ имеет две разновидности — ЦОГ1 и ЦОГ2. При этом было установлено, что большинство побочных эффектов НПВС связано с подавлением ЦОГ1, а само противовоспалительное действие больше связано с подавлением ЦОГ2. После этого открытия были синтезированы лекарственные препараты, селективно ингибирующие ЦОГ2, что позволило эффективно подавлять воспаление, сведя к минимуму побочные эффекты.

При этом следует отметить, что противовоспалительное, обезболивающее и жаропонижающее действие у неселективных НПВС все же несколько выше, чем у селективных, в связи с чем они до сих пор широко применяются в клинической практике.

Ингибиторы ЦОГ1 и ЦОГ2. К этой группе относят диклофенак, ибупрофен, напроксен, аспирин, индометацин, кеторолак, кетопрофен, пироксикам, амидопирин, флурбипрофен и др.

Ингибиторы ЦОГ2. К этой группе относят целекоксиб, мелоксикам, нимесулид и др.

Показания к назначению. НПВС применяют при заболеваниях и состояниях, вызывающих боль и воспаление, а также повышенные температуры тела — остеоартроз, артрит, онкологические заболевания, травмы, головные боли, лихорадка, послеоперационные боли и др.

Побочные эффекты. Основное побочное действие НПВС со стороны желудочно-кишечного тракта — боли в животе, эрозивно-язвенные дефекты с желудочно-кишечным кровотечением, тошнота, рвота, понос. Реже могут быть сыпь, отеки, головная боль, почечная недостаточность, токсический гепатит, тромбоцитопения, лейкопения.

Противопоказания к назначению. Обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, тяжелая почечная недостаточность, беременность, лактация, лейкопения.

С осторожностью НПВС применяют у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в анамнезе, с тяжелыми заболеваниями печени и почек в анамнезе, в пожилом возрасте, у пациентов с высоким кардиоваскулярным риском.

8.11. Ожоги

Ожогами называются повреждения тканей, возникшие вследствие действия высоких температур, химических веществ, элетроттока, ионизирующего излучения.

Наиболее часто встречаются ожоги, вызванные действием высоких температур. Тяжесть ожога зависит от многих факторов — действующего агента (горячая жидкость, раскаленный металл, пламя и др.), времени действия повреждающего фактора, состояния кожных покровов.

Клиническая картина. В зависимости от глубины повреждения различают четыре степени.

Ожог I степени — наиболее легкое повреждение, характеризуется покраснением кожи.

Ожог II степени — повреждение эпидермиса и подлежащего слоя, характеризуется отслойкой эпидермиса с образованием «пузырей», наполненных прозрачной желтоватой жидкостью (рис. 8.5). Дно ожоговой поверхности резко болезненно. Пузыри могут быть разных размеров и формы, часто лопаются сами сразу же после образования или при касании об одежду или другие предметы.



Рис. 8.5. Ожог II степени

Ожог IIIA степени — более глубокое повреждение, при котором, однако, сохраняется ростковый слой из дериватов кожи (сальных, потовых желез). Пузыри наполнены желтым желеобразным отделяемым. Чувствительность дна раны сохранена, но не повышена. Благодаря сохранности росткового слоя такие ожоги заживают довольно быстро за счет

закисления по всей поверхности раны — из сохранных дериватов кожи (потовых, салыных желез) быстро формируется эпидермис по всей раневой поверхности.

Ожог III степени — повреждается ростковый слой кожи с формированием пузырей, наполненных буроватой жидкостью или формированием бурого струпа. Дно раневой поверхности полностью лишено чувствительности. Такие ожоги заживают намного хуже, так как вследствие повреждения росткового слоя заживление идет не по всей поверхности раны, а только с краев. При обширном (более 50 см²) повреждении бывает нужна кожная пластика.

Ожог IV степени — повреждается кожа на всю толщ (рис. 8.6), подлежащие ткани.

Ожоги III и IV степени являются глубокими. После таких ожогов (особенно обширных) могут оставаться грубые рубцы (рис. 8.7).

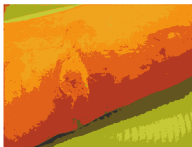


Рис. 8.6. Ожог IV степени

Большое значение имеет площадь ожоговой поверхности.

Определение площади производится несколькими довольно простыми и быстрыми методами.

Правило «ладони» — поверхность ладони пострадавшего составляет примерно 1% поверхности его тела.

Правило «девятки» — всю поверхность кожи условно разделяют на области, по площади кратные девяти. Так, голова и шея приблизительно составляют 9% площади тела, передняя поверхность туловища — 18%, задняя поверхность туловища — 18%, рука — 9%, нога — 18%, промежность — 1%.



Рис. 8.7. Рубец после глубокого ожога

Есть и более точные методы определения площади путем измерений по миллиметровой бумаге с последующим переводом в проценты, но широкого распространения они не получили и применяются больше в научных целях.

При ожогах более 15% поверхности тела развивается ожоговая болезнь — тяжелое нарушение общего состояния, сопровождающееся обезвоживанием, шоком, интоксикацией, развитием септического состояния, недостаточностью жизненно важных органов и систем. При этом ожоги более 40% поверхности тела считаются очень тяжелыми, а более 80–90% поверхности тела — часто несовместимыми с жизнью.

Лечение. Первая помощь заключается в немедленном устранении действия повреждающего фактора (снять одежду при ожоге кипятком и т.п.) и охлаждении обожженной области (холодная вода, пузырь со льдом), затем ожоговые поверхности нужно закрыть стерильными салфетками, а при их отсутствии — чистой тканью и немедленно доставить пациента в лечебное учреждение.

Ожоги I степени практически не требуют никакого лечения. При выраженной гиперемии и болезненности можно наложить повязки с хлоргексидином или мирамистином и назначить анальгетики. При солнечном ожоге I степени можно однократно протереть покрасневшие поверхности спиртом, чтобы уменьшить мацерацию.

Лечение ожогов II, IIIA степени включает в себя иссечение отслоенного эпидермиса (пузырей) и применение лечебных повязок с различными средствами (пантенол-спрей и т.п.). Ошибочным является опорожнение пузырей через прокол, так как оставшаяся «кожица» все равно

некротизирована, и под ней скапливается раневое отделяемое, развивается микрофлора. При обычном течении раневого процесса поверхностные ожоги заживают за 7–14 дней.

Ожоги IIIБ, IV степени заживают намного дольше из-за омертвления росткового слоя кожи. Наряду с перевязками они нередко требуют иссечения омертвевших тканей (некрэктомия), а при обширных поверхностных — кожной пластики (пересадки кожи).

В некоторых случаях происходит инфицирование ожога. На ожоговой поверхности появляется мутноватое или гнойное отделяемое с неприятным запахом, возможно перифокальное воспаление, повышение температуры тела. Это требует перевязок с мазями на водорастворимой основе и назначения антибиотика.

Химические ожоги. Химические ожоги могут быть получены на производстве, в быту, во время суицидальных попыток. Они возникают при воздействии следующих веществ.

1. Кислоты (серная, плавиковая, соляная, уксусная, азотная и др.).
2. Щелочи (едкий натр и др.).
3. Бензин.
4. Фосфор.
5. Керосин.
6. Битум.
7. Соли тяжелых металлов (хлористый цинк, азотнокислое серебро) и др.

Довольно часто встречаются ожоги при попытках самолечения или ошибочного применения высоких концентраций лечебных средств (рис. 8.8).



Рис. 8.8. Химический ожог I степени после компресса с неразведенным димексидом в течение нескольких часов

Коварство химических ожогов заключается в том, что повреждение тканей происходит до полной нейтрализации и устранения вещества. При этом ожоги кислотами более благоприятны, так как при их контакте с тканевыми белками образуется струп, предотвращающий дальнейшее проникновение кислот. Щелочи же, к сожалению, обладают жирорастворяющим действием, поэтому они причиняют более глубокие ожоги. Фосфор вызывает не только серьезные локальные поражения тканей, но и тяжелое общее отравление.

По проявлениям химические ожоги сходны с термическими, но из-за агрессивности повреждающего агента преобладают тяжелые степени ожогов — IIIБ—IV. Добавляется и токсическое действие самих повреждающих веществ (кислот, щелочей и др.) на организм в целом за счет их всасывания с ожоговых поверхностей. В качестве первой помощи необходимо длительное — 10–15 мин промывание зоны повреждения струей воды.

Лечение — по тем же принципам, что и термических ожогов.

8.12. Осумкованная гематома

Гематома — кровоизлияние в ткани. Обычно бывает после травм, реже — вследствие самопроизвольного разрыва сосуда (спонтанная гематома).

Если излившаяся в ткани кровь не «пропитывает» их, а скапливается, образуя полость, заполненную сгустками, такую гематому называют осумкованной.

Клиническая картина, диагностика. Если осумкованная гематома находится в подкожной клетчатке, она обычно определяется в виде выбухания кожи, умеренно болезненного при пальпации. Кожа над гематомой может быть гиперемизована (небольшое покраснение). При мышечном расположении гематомы имеется отек пораженного участка (например, голени), боли при движениях мышц, в области которых находится гематома. В сомнительных случаях делают УЗИ, которое помогает не только диагностировать гематому, но и исключить другие состояния (например, тромбоз глубоких вен голени, разрыв кисты Бейкера).

Осумкованная гематома может рассосаться, может нагноиться, а может пропитаться солями кальция (организованная гематома), приобрести костную плотность и остаться навсегда (рис. 8.9).

В некоторых случаях, особенно при наличии ссадин после удара, осумкованные гематомы нагнаиваются. При нагноении в области имеющейся гематомы усиливаются боли, нарастает покраснение кожи, гематома увеличивается в размерах, может повышаться температура тела. При нагноении гематомы нужна срочная операция.

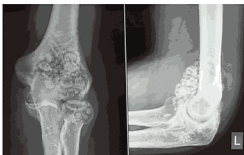


Рис. 8.9. Организованная гематома после ушиба локтевого сустава восемь лет назад

Лечение. Небольшие гематомы можно лечить консервативно — лиотон-гель, троксевазин-гель, физиотерапия. Крупные и явно выбухающие, а также нагноившиеся осумкованные гематомы подлежат оперативному лечению. Под местной анестезией делают небольшой разрез кожи, через который выдавливают сгустки, полость промывают перекисью водорода, дренируют резиновым выпускником и накладывают повязку с левомеколем. Как правило, полностью опорожнить гематому от сгустков сразу не удастся. Активно выскабливать полость острой ложкой не стоит, так как это обычно вызывает кровотечение. Оставшиеся сгустки отторгаются при последующем промывании раны перекисью водорода на перевязках. После операции по поводу нагноившейся гематомы показано назначение антибиотика.

8.13. Отморожения

Отморожения являются холодовой травмой. Местные поражения тканей (кожи, подкожной клетчатки, мышц и др.) развиваются под влиянием низкой температуры.

В большинстве случаев (до 95%) страдают конечности (чаще нижние).

Этиология. Кроме непосредственного воздействия холода возникновению отморожений способствуют:

- климатические факторы (сильный ветер, высокая влажность, перепады температуры);

- тесная обувь или сдавливающая одежда;
- алкогольное опьянение;
- переутомление;
- облитерирующие заболевания сосудов;
- истощение;
- случавшиеся ранее отморожения.

Возникающий сосудистый спазм и замедление кровотока вызывают тромбообразование и расстройства питания тканей. Эти процессы приводят к омертвлению (некрозу) кожи и глубже расположенных слоев.

Клиническая картина, диагностика. Сначала у пациентов появляются онемение и парестезии пострадавшей зоны, кожа в данном месте бледная, холодная, ее чувствительность значительно снижена (скрытый период).

После согревания (реактивный период) пострадавших начинают беспокоить зуд, боль, покалывание, жжение в месте отморожения. Кожа становится теплой, краснеет, возникает отечность.

Локальные изменения тканей различаются по глубине. В зависимости от этого принято указывать степень развившегося отморожения. Но ее возможно определить лишь при наступлении развернутого реактивного периода (спустя несколько дней после холодовой травмы). Существуют четыре степени отморожения (I—II — поверхностные, III—IV — глубокие).

I степень — возникшие сосудистые нарушения не сказываются на чувствительности и движениях, они исчезают через пять—семь дней.

II степень — повреждается лишь поверхностный кожный слой, помимо отека и покраснения кожи возникают пузыри с прозрачным содержимым, восстановление пораженной кожи наблюдается к завершению второй недели.

III степень — наблюдается некроз всей кожи и подлежащей клетчатки, возникшие пузыри наполнены геморрагическим содержимым, кожа имеет синюшно-багровую окраску, отек распространяется за зону поражения, утрачивается чувствительность, после отторжения некротического струпа кожа не восстанавливается, грануляции сменяются грубыми рубцами.

IV степень — происходит омертвление всех мягких тканей до уровня суставов и костей, клинически сначала ее трудно отличить от III степени, распространенность отека превышает площадь некротической зоны, примерно через неделю у пострадавших развивается гангрена с отчетливой линией демаркации.

Кроме местных симптомов при значительной площади или глубине травматического поражения появляются общие интоксикационные симптомы (лихорадка, тошнота, апатия, утрата аппетита, тахикардия и др.).

Диагноз верифицируется на основании факта пребывания на холоде и визуальной оценки места поражения.

Лечение. Пострадавшего стараются максимально быстро перенести в теплое помещение. Далее проводят экстренные мероприятия, направленные на улучшение кровоснабжения места отморожения. Иногда они предотвращают первичный некроз. С этой целью применяют:

- теплоизолирующие повязки;
- горячее питье;
- спазмолитики (но-шпа и др.).

Растирание снегом категорически запрещается, так как оно усугубляет охлаждение и травмирует и так поврежденную кожу.

Дальнейшие консервативные лечебные воздействия могут включать:

- дезинтоксикацию (гемодез и др.);
- гепарин;
- спазмолитики;
- новоканновые перинеуральные и футлярные блокады (выше места травмы);
- антибиотики;
- иммуномодуляторы;
- кровезаменители;
- местно — антисептические повязки, повязки с протеолитическими энзимами, мазями;
- оксигенобаротерапию;
- физиотерапию.

Оперативное лечение необходимо при наличии некротических очагов. Обычно хирургическое лечение требуется спустя одну—две недели после отморожения, когда формируется отчетливое отграничение некрозов (демаркация). Проводят иссечение некрозов (некрэктомию) с последующей кожной пластикой или ампутацию выше линии демаркации.

Лечение отморожений, за исключением I степени проводят в стационаре.

8.14. Первичная хирургическая обработка раны

Это хирургическое вмешательство, направленное на остановку кровотечения, удаление нежизнеспособных тканей из раны, создание благоприятных условий для заживления раны.

Различают раннюю и позднюю ПХО. Ранняя ПХО проводится в первые сутки после получения раны, когда еще нет признаков инфицирования

и нагноения раны. При развитии в ране инфекции проводимая ПХО называется поздней.

Техника ПХО. Поверхностные раны, расположенные в анатомически не опасных областях, когда нет подозрений на повреждение крупных сосудов и нервов и проникновения ран в полости (плевральную, брюшную), можно обрабатывать в амбулаторных условиях. Для ПХО больших ран при подозрении на повреждение крупных сосудов и нервов, а также при невозможности исключить до операции проникающего характера ранения (например, при колото-резаных ранах брюшной стенки), пациента необходимо госпитализировать.

ПХО небольших ран проводят под местной инфильтрационной или проводниковой анестезией.

После обработки операционного поля и анестезии края раны обычно иссекают, отступая 2–3 мм. Исключение могут составлять резаные раны. После иссечения краев из раны удаляют инородные тела, иссекают нежизнеспособные ткани, одновременно проводится гемостаз. В конце вмешательства рану обильно промывают растворами антисептиков (3%-ная перекись водорода, хлоргексидин), после чего производится послойное ушивание раны. При наличии остаточной полости, которую невозможно ушить, либо при начальных проявлениях инфицирования в ране необходимо оставить дренаж.

При поздней ПХО рану зашивают только при полной уверенности в радикальности некротомии, редкими швами, с обязательным наложением дренажно-промывной системы. В послеоперационном периоде назначают антибиотик.

8.15. Плоскостопие

Плоскостопие — распространенная патология, представляющая собой уплощение сводов стоп.

Этиология. Причины плоскостопия разнообразны — наследственность, нагрузки, ношение неудобной обуви, в том числе на очень высоком каблуке, лишний вес и др.

Клиническая картина, диагностика. Пациенты жалуются на усталость в ногах, боли в стопах, голеностопных суставах при нагрузках. При осмотре обращает на себя внимание уплощение продольного или поперечного свода стопы (а чаще обоих сводов). При значительных нагрузках в сочетании с выраженным плоскостопием может иметь место отек и болезненность в области голеностопных суставов, напоминающие периартрит.

Осложнения. Наиболее часто встречаются молоткообразная деформация второго пальца стопы, когда первый палец вследствие отклонения

попадает под второй, второй палец приподнимается, фаланги сгибаются в суставах, на выступающих частях пальца образуются мозоли от трения об обувь. Другое частое осложнение — артрит плюснефаланговых суставов (у основания второго—третьего пальцев), это связано с повышенной нагрузкой на эти суставы как следствие уплощения поперечного свода стопы. Проявляет себя довольно сильными болями в вышеуказанных суставах, часто отеком, покраснением кожи над пястно-фаланговыми суставами.

Лечение. Применяют лечебные стельки, гимнастику, массаж, межпальцевые корректоры при вальгусном отклонении первого пальца, при выраженных деформациях — хирургическое лечение. Для решения вопроса об операции пациента направляют к травматологу-ортопеду.

При болевом синдроме можно назначать НПВС короткими курсами внутрь и местно. При воспалении второго—третьего плюснефаланговых суставов в случае неэффективности НПВС возможно проведение блокад с ГКС.

Из других рекомендаций — обувь на каблучке до 4 см, обливание ног на ночь прохладной водой, ванючки с морской солью 15–20 мин перед сном, массаж голеней и стоп.

Следует помнить, что плоскостопие вызывает проблемы не только в стопе. Нарушение амортизирующих функций сводов стоп ведет к передаче ударных нагрузок выше по скелету. Это, в свою очередь, приводит к перегрузкам коленных, тазобедренных суставов и даже поясничного и грудного отделов позвоночника. Как следствие, возможно развитие вторичного гонартроза и коксартроза, деформации позвоночных дисков. При плоскостопии страдает также отток из венозного подоплашвенного сплетения, что может вызывать отеки голеней. Поэтому важно назначать стельки и удобную обувь всем пациентам с плоскостопием, независимо от наличия или отсутствия симптоматики.

8.16. Подногтевая гематома

Этиология. Гематома под ногтем чаще всего образуется вследствие прямого удара. В некоторых случаях она появляется после ношения тесной обуви. Наиболее редко — образуется самопроизвольно, вследствие разрыва мелкого сосуда ногтевого ложа.

Клиническая картина, диагностика. Диагностика подногтевой гематомы не сложна. Обычно палец имеет характерный вид: имеется отек, ногтевая пластинка немного «выбухает». Под ней, а часто и вокруг нее, просвечивает гематома (рис. 8.10).



Рис. 8.10. Подногтевая гематома

Для подногтевой гематомы характерно нарастание болезненности в первые сутки, пальпация ногтевой пластинки становится резко болезненной. При наличии в анамнезе ушиба обязательным является рентгенологическое исследование, которое позволяет исключить перелом ногтевой фаланги.

При отсутствии должного лечения подногтевая гематома может инфицироваться с последующим нагноением. О нагноении говорит нарастание отека, покраснения вокруг ногтя, болей.

Лечение. Задачей лечения является эвакуация излившейся крови из-под ногтевой пластинки. Это достигается проколом ногтевой пластинки, который можно сделать нагретой канцелярской скрепкой. Для этого ногтевую пластинку обрабатывают антисептиком, скрепку распрямляют, нагревают зажималкой один ее конец до покраснения металла и быстрым движением, пока скрепка не остыла, прожигают ногтевую пластинку. Анестезия не требуется, процедура практически безболезненна. Тотчас после прокола выделяется старая кровь. Далее рекомендуются полуспиртовые повязки с левомеколем до уменьшения отека и воспаления.

В случае нагноения под ногтевой пластинкой прокола обычно бывает недостаточно. Тогда под проводниковой анестезией по Лукашевичу—Оберсту асептически делают скальпелем «окно» в ногтевой пластинке и эвакуируют гной. Если ногтевая пластинка полностью отслоена гноем, ее удаляют. Если отслоена частично, убирают только отслоенную часть. Особенно важно стараться максимально экономно резецировать ногтевую пластинку на кисти, так как ногтевое ложе там очень чувствительно.

При наличии признаков инфицирования назначают антибиотик.

При переломе ногтевой фаланги обязательно лечение у травматолога.

Даже при самом своевременном и адекватном лечении пораженный ноготь почти всегда отторгается, после чего растет новый. Стремиться немедленно удалить старую ногтевую пластинку не нужно, она постепенно отторгнется сама. Принудительное удаление требуется лишь в тех случаях, когда старый ноготь мешает росту нового либо когда ногтевая пластинка уже полностью отслоена, цепляется за одежду и обувь, причиняет неудобства пациенту.

8.17. Полуспиртовая повязка

Полуспиртовые повязки применяют при различных воспалительных и гнойно-воспалительных процессах в мягких тканях (фурункул, инфильтрат, абсцесс, флегмона, инфицированные раны с выраженным воспалением вокруг, вросший ноготь и др.).

Механизм действия. Основан на дегидратирующем (противоотечном) действии спирта, а также на его антисептических свойствах.

При наложении полуспиртовой повязки на область воспаления уменьшается отек, что способствует ограничению процесса от здоровых тканей, осуществляется антисептическое действие на поверхность кожи.

Техника наложения. Спирт разводят пополам с водой или хлоргексидином (для домашнего использования подходит водка без разведения). Марлевую салфетку смачивают в полуспиртовом растворе, слегка отжимают и накладывают на воспалительный очаг и всю зону покраснения вокруг, после чего фиксируют бинтом или пластырем (если пластырем — то по краям, чтобы повязка «дышала»). Нельзя применять компрессную бумагу или целлофан, накладывать поверх повязки вату и т.п. Если перевязка предусматривает применение мази (например, левомеколь), то сначала кладут мазь, а прямо сверху — полуспиртовую повязку. Повязку меняют один–два раза в день.

Полуспиртовые повязки нельзя накладывать на обширные раневые поверхности (например, на большую трофическую язву, ожоги и т.п.).

8.18. Пункция

Пункцией называют прокол иглой или специальным троакаром сосуда, полости, мягких тканей, кисты, патологического образования или органа.

Виды пункций. Пункции можно разделить на диагностические и лечебные.

Диагностические пункции. Делают с целью получения биоптата из опухолей для цитологического исследования, для уточнения наличия и характера жидкости в суставах, для уточнения диагноза в сомнительных случаях (например, при дифференциальной диагностике инфильтрата и абсцесса) и др.

Лечебные пункции. Проводят для опорожнения патологических образований (например, гигрома, киста Бейкера), для введения в полости, сосуды и суставы лекарственных препаратов и др.

Во многих случаях диагностические пункции совмещаются с лечебными (например, при пункции коленного сустава получена прозрачная жидкость, исключающая гнойный артрит (диагностическая пункция), после эвакуации жидкости в ту же иглу вводят лекарственный препарат (лечебная пункция).

Осложнения. Осложнения пункций бывают редко. Ими являются повреждения различных анатомических структур (сосуды, нервы, органы), гематомы, инфекция. Уменьшить частоту осложнений помогает проведение пункции под УЗИ-контролем.

8.19. Пункция сустава

Пункции суставов проводят с диагностическими и лечебными целями. Диагностика подразумевает выяснение характера выпота. Лечение — эвакуацию выпота и введение в полость сустава лекарственных препаратов.

Осложнения пункций суставов встречаются довольно редко. Это гематомы в области пункции, инфекция, повреждение суставного хряща. Самым тяжелым осложнением является гнойный артрит — гнойное воспаление сустава, наиболее часто встречается у пациентов с сахарным диабетом.

Пункция голеностопного сустава. Пациент лежит на спине. Существуют медиальный и латеральный доступы. Медиальный доступ — вкол осуществляют у медиальной лодыжки, непосредственно внутри от сухожилия длинного сгибателя первого пальца. Латеральный доступ — вкол производят на 2 см выше и внутри от верхушки латеральной лодыжки.

Пункция коленного сустава. Пациент лежит на спине. Иглу вводят по наружному или внутреннему (рис. 8.11) краю надколенника, немного отодвигая его в сторону. Критерий попадания в сустав — получение жидкости либо свободное (без усилия) введение лекарственного вещества.

Пункция локтевого сустава. Иглу вводят у латерального края локтевого отростка и под него, над головкой лучевой кости.



Рис. 8.11. Пункция коленного сустава. Медиальный доступ

Пункция плечевого сустава.

Передний доступ — вкол иглы осуществляют непосредственно под клювовидным отростком лопатки по направлению к головке плечевой кости.

Боковой доступ — иглу вводят через дельтовидную мышцу под акромимальный отросток.

Задний доступ — нащупывают ямку между задним краем дельтовидной мышцы и задним краем акромимального отростка. Иглу вводят в эту ямку по направлению к клювовидному отростку.

Пункция тазобедренного сустава. Пациент лежит на спине. У худых пациентов выполнение пункции возможно обычной иглой для внутримышечных инъекций, для тучных пациентов используют длинную иглу. Вкол иглы производят строго перпендикулярно коже, точно под паховой складкой, отступая на два пальца латеральнее точки пульсации бедренной артерии. Иглу осторожно продвигают вглубь, пока она не упрется в головку бедренной кости, после чего отступают на 1–2 мм и вводят лекарство. При нахождении иглы в полости сустава лекарственный препарат вводится легко, без сопротивления.

8.20. Ректальное исследование

Ректальное исследование (*per rectum*) — пальцевое обследование прямой кишки, является наиболее простым и довольно информативным методом исследования прямой кишки.

Пальцевое исследование прямой кишки применяется как при профилактических осмотрах, так и при диагностике заболеваний аноректальной зоны.

Показания:

- лица старше 40 лет подлежат ректальному исследованию один раз в год (скрининг рака прямой кишки);
- диагностика патологических процессов в аноректальной зоне;
- подозрение на воспалительные и онкологические процессы в малом тазу, заболевания простаты, матки.

Техника. Положение пациента — коленно-локтевое либо лежа на левом боку с приведенными к животу ногами.

Проводится визуальный осмотр области ануса на предмет наличия геморроидальных узлов, полипов, папиллом, анальных трещин, изменений кожи перианальной области. Затем указательным пальцем в перчатке, обильно смазанным вазелиновым маслом, начинают осторожное исследование прямой кишки на всю длину пальца. При исследовании можно определить тонус сфинктера, наличие патологических образований на стенках анального канала и прямой кишки, наличие патологических выделений из прямой кишки, форму и консистенцию простаты, болезненность стенок прямой кишки и др.

Противопоказания. Острые воспалительные процессы в области ануса, при которых пальцевое исследование резко болезненно (острый геморрой, острая анальная трещина). В этом случае следует ограничиться визуальным осмотром ануса и перианальной области и воздержаться от пальцевого исследования, которое обязательно нужно провести позднее, после купирования острых воспалительных явлений.

8.21. Укушенные раны

Имеют некоторые особенности. Такие раны всегда имеют обильное микробное обсеменение из полости рта животных. Другой особенностью укушенных ран (особенно глубоких, на уровне подкожной клетчатки и глубже) является обширность повреждения с большим количеством нежизнеспособных тканей в ране, сгустков крови, что дает хорошие предпосылки для развития раневой инфекции. Кроме того, укушенная рана может стать причиной бешенства или столбняка.

Различают ссадины и царапины — поверхностные повреждения на уровне кожи, поверхностные раны — проникают в подкожную клетчатку, глубокие раны — с повреждением фасций, мышц, крупных сосудов, а иногда даже костей.

Лечение. Все укушенные раны должны быть промыты с мылом. После первичного туалета ссадины и царапины обрабатывают бриллиантовым зеленым, накладывают асептическую повязку.

Более глубокие повреждения подлежат первичной хирургической обработке. ПХО делают под местной инфильтрационной анестезией, при глубоких ранах бывает показано вмешательство под наркозом.

Во время ПХО из раны удаляют сгустки крови и инородные предметы, иссекают все нежизнеспособные ткани, иссекают края раны. Швы на укушенные раны накладывать не рекомендуется, так как очень высок риск нагноения. Рана очищается и заживает вторичным натяжением. В случае сохранения обширного дефекта после очищения раны возможно наложение вторичных швов или кожная пластика. При большом дефекте, при сопоставлении краев раны без натяжения допускается наложение первичных отсроченных швов с установкой дренажно-промывной системы.

Наряду с первичной хирургической обработкой пациентам с укушенными ранами проводят общее лечение, направленное в первую очередь на борьбу с раневой инфекцией.

Антибактериальную терапию проводят в течение пяти–семи дней. При укусах различных животных раневая инфекция имеет свои особенности, которые необходимо учитывать при назначении антибактериальной терапии.

Для укуса собаки характерно наличие в ране *S. viridans*, *S. aureus*, *P. multocida*, бактероидов, фузобактерий и др. Показаны амоксилав, ципрофлоксацин, линкомицин.

При укусе кошки преобладают *S. aureus*, *P. multocida*, применяют амоксилав, цефуроксим.

При укусе крысы в ране присутствует *S. moniliformis*. Предпочтительно назначение амоксиклава.

Раневая инфекция после укуса человека имеет богатый микробный спектр — стафилококки, бактероиды, стрептококки, коринебактерии и др. Антибиотик выбора — амоксилав, возможно назначение клиндамицина, ципрофлоксацина.

При любых укусах животных высока вероятность ассоциации с анаэробной инфекцией, что требует назначения метронидазола (трихопол) или других, подавляющих анаэробы препаратов (моксифлоксацин).

Помимо антибактериальной терапии пациентам назначают антигистаминные препараты (кларитин и др.). При обширных, вяло заживающих ранах — иммунокорректоры (полиоксидоний), средства, улучшающие заживление ран (актовегин, солкосерил) и др.

При укушенных ранах обязательна профилактика столбняка и бешенства. Профилактику проводят в травматологических пунктах.

8.22. Ущемление пальца в кольцо

Кольцо, надетое на палец, при определенных обстоятельствах может сдавливать ткани, тогда выше кольца палец отекает, и снять кольцо самостоятельно бывает довольно трудно. Такие ситуации возникают при травмах, воспалительных процессах на пальце, длительном ношении кольца.

Техника снятия кольца. Снять кольцо с пальца помогает следующая методика: сначала кисть охлаждают под струей холодной воды, затем держат руку поднятой 2–3 мин — это помогает немного уменьшить отек. Палец смазывают вазелиновым маслом или мылом, под кольцо проводят толстую шелковую нить от периферии пальца к центру. Длинный конец нити над кольцом наматывают вокруг пальца в дистальном направлении с расстоянием между витками 2–3 мм или более (рис. 8.12).



Рис. 8.12. Снятие кольца с пальца. Нить продета под кольцом и намотана на палец

Нить сжимает отечные ткани, после чего короткий конец нити, продетый через кольцо, начинают разматывать и кольцо постепенно «съезжает» по нити с пальца (рис. 8.13).

Если кольцо не снимается с первого раза (то есть удастся только немного подвинуть его), прием повторяют, пока кольцо не снимется. Процесс бывает довольно болезненным, поэтому можно сделать анестезию. Для этого кольцо максимально смещают в дистальном направлении и проксимальнее него вводят с двух сторон фаланги по 1 мл 2%-ного лидокаина (без наложения жгута!). Через 5–10 мин наступает анестезия. Лучше, если без анестезии удастся обойтись, так как при введении анестетика увеличивается отек основной фаланги, что может затруднить манипуляцию.



Рис. 8.13. Снятие кольца с пальца. При разматывании проксимального конца нити кольцо «съезжает» с пальца

В некоторых случаях данная методика не помогает, тогда кольцо приходится перекусывать кусачками. Для этого под него проводят зажим, раздвигают бранши и перекусывают между ними кольцо, стараясь не повредить кожу.

8.23. Хирургические швы

В амбулаторных условиях хирургу чаще всего приходится накладывать швы на кожу. Поэтому в этом разделе мы рассмотрим основные виды кожных швов.

Для хорошего заживления раны и наилучшего косметического результата важно правильно подобрать не только вид шва, но и шовный материал. Для хорошего косметического результата лучше использовать тонкие нити — 4/0—5/0, а для лица — 6/0—7/0. Более толстые нити применяются для ран с большим натяжением при сопоставлении краев раны, в противном случае тонкая нить может порваться. По моему опыту, лучше всего подходят монофиламентные синтетические нити на атравматической игле — полиамид и полипропилен. При этом предпочтительнее полипропилен, так как реакция тканей на него минимальна. При применении полиамида у некоторых пациентов появляется пигментация в зоне контакта с материалом, которая может проходить довольно долго, а в некоторых случаях пигментация остается на годы. Благодаря низкой чувствительности тканей к полипропилену, его можно применять при наложении швов на инфицированные раны (например, при пластике околоногтевого валика при вросшем ногте).

Основные виды кожных швов

Простой узловый шов — осуществляют вкол иглы в кожный край с одной стороны раны на расстоянии до 1 см от края. Иглу проводят перпендикулярно ране и выкалываются на другой стороне, после чего завязывают узел. Достоинства — быстрота наложения, подходит любой шовный материал. Недостатки — возможность подворачивания краев раны, наличие поперечных «полосок» на рубце.

Шов по Донати — вкол и выкол — также, как при обычном узловом шве (рис. 8.14, 8.15). Затем иглой в обратном направлении прокалываются края раны за дерму (рис. 8.16, 8.17) и завязывается узел на стороне первого вкола (рис. 8.18).



Рис. 8.14. Шов по Донати.
Вкол иглы

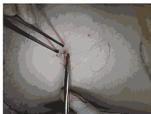


Рис. 8.15. Шов по Донати.
Выкол иглы



Рис. 8.16. Шов по Донати.
Обратный вкол

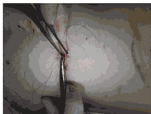


Рис. 8.17. Шов по Донати.
Обратный выкол



Рис. 8.18. Шов по Донати. Завязывание узла

Достоинства шва по Донати — хорошее сопоставление краев раны, исключение их подворачивания. Недостатки — формирование поперечных «полосок» на рубце. Идеален для ушивания ран после удаления атером из окаймляющего разреза.

Шов по Альговеру. По сути, является более косметической версией шва Донати. После вкола на одной стороне раны (рис. 8.19), иглой цепляют противоположный край за дерму (без выхода иглы на поверхность кожи) с выколом иглы как можно ближе к краю (рис. 8.20). Обратный вкол в противоположный край со стороны раны ближе к краю, а выкол на кожу — ближе к первому вколу (рис. 8.21), после чего завязывают узел (рис. 8.22–8.24). Достоинства — хороший косметический результат. Недостатки — по бокам от линии рубца все же присутствуют рубчики от узлов. Не подходит для ушивания ран с большим натяжением краев.



Рис. 8.19. Шов по Альговеру. Вкол иглы

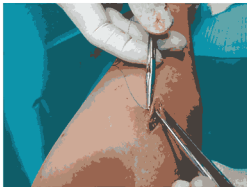


Рис. 8.20. Шов по Альговеру. Игла проходит через дерму противоположного первому вколу края раны без выкола на поверхность кожи. Точка выхода иглы из дермы — как можно ближе к кожному краю



Рис. 8.21. Шов по Альговеру. Обратный выкол иглы



Рис. 8.22. Шов Альговера. Вид раны перед завязыванием узла



Рис. 8.23. Шов Альговера. Узел завязан

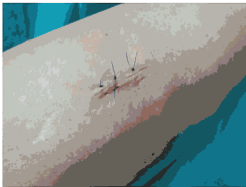


Рис. 8.24. Вид раны после ушивания швом по Альговеру

Косметический внутрикожный шов по Холстеду — используют монофиламентную нить на а-traвматической игле. При небольших ранах оптимально применение нити толщиной 5/0, при ранах более 5 см лучше использовать нить 4/0, так как более тонкая нить может порваться при вытягивании ее при снятии шва. На конце нити завязывают узел. Вкол осуществляется одной стороны раны в 0,5 см от ее угла, выкол —

в самом углу раны на уровне дермы. Далее продолжают шить рану изнутри, попеременно вкалываясь и выкалываясь с противоположных краев раны на уровне дермы, подтягивая нить до сопоставления краев раны. Последний выкол делается на противоположном углу раны на кожу в 0,5 см от угла, после чего, пользуясь иглодержателем, завязывают узел. Шов снимают на 12—14-е сутки. Можно использовать и плетеную нить, но тогда нужно выкалываться на кожу через каждые 2—3 см, чтобы потом, при снятии шва, вытягивать нить небольшими отрезками. Достоинства шва Холстеда — отличный косметический результат. Недостатки — более долгое время наложения. Не подходит для ушивания ран из окаймляющих разрезов, ран с большим натяжением краев, инфицированных ран.

Существует множество других разновидностей швов, но для ушивания ран после амбулаторных операций приведенных выше швов вполне достаточно.

Глава 9

ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ

9.1. Варикозная болезнь нижних конечностей

Под варикозной болезнью понимают расширение поверхностных вен нижних конечностей. По мере прогрессирования заболевания возникают и другие проявления — отек, дерматит, трофические язвы.

Этиология. Появлению варикозной болезни способствует ряд факторов — наследственность (дефект соединительной ткани), ожирение, образ жизни (подъем тяжестей, длительное пребывание в неподвижном положении стоя или сидя), дистормональные состояния (в том числе связанные с длительным применением гормональных контрацептивов), беременность. Указанные причины приводят к снижению тонуса и эластичности венозной стенки, изменению клапанов, повышению давления в венозной системе и, как следствие, к расширению вен нижних конечностей. Успешность лечения варикозной болезни также во многом зависит от возможности повлиять на эти факторы. Флеболог должен не только лечить болезнь, но и давать рекомендации по устранению имеющихся факторов риска.

Клиническая картина, диагностика. Различают следующие три вида варикозных изменений вен (*H.J. Len, 1979*).

1. Внутрикожный варикоз (телеангиоэктазии, они же «сосудистые звездочки»).
2. Подкожный варикоз (ретикулярные вены).
3. Варикоз в системе большой и (или) малой подкожных вен.

Варикозная болезнь — хроническое, медленно прогрессирующее заболевание. Первыми симптомами являются небольшие подкожные извитые вены, могут быть сосудистые «звездочки», внутрикожные (ретикулярные) мелкие вены (рис. 9.1).

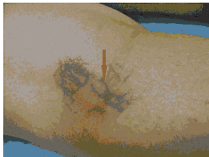


Рис. 9.1. Сосудистая «звездочка». Стрелкой показана питающая ее ретикулярная вена

На этой стадии пациенты могут предъявлять жалобы на тяжесть, усталость в ногах, незначительные отеки к вечеру. Иногда бывают ночные судороги в голенях, незначительные «распирающие» болевые ощущения по ходу расширенных вен. В некоторых случаях жалоб может не быть совсем.

Позже появляются варикозно расширенные вены в системе большой и малой подкожных вен. Они постепенно увеличиваются в размерах, достигая в диаметре 1 см и более.

По мере прогрессирования заболевания отек нижних конечностей становится относительно постоянным, постепенно все уплотняясь, проходит или частично уменьшается только после ночного отдыха. Постоянный отек является предвестником более тяжелой стадии — стадии трофических расстройств. Вначале появляется потемнение кожи внизу голеней, чаще по внутренней поверхности (гиперпигментация). Потемнение может быть разных размеров, от небольших пятнышек, до обширных циркулярных участков гиперпигментации. На этом фоне пациентов часто беспокоит зуд, может появиться покраснение кожи, мокнутие (варикозный дерматит, экзема). Отек становится плотным, иногда бугристым (индуративный целлюлит). Если на фоне гиперпигментации появляется светлое матовое пятно (белая атрофия кожи), это обычно говорит о скором появлении в этом месте трофической язвы — финальной стадии варикозной болезни. На ногах с трофическими расстройствами язвы могут появляться даже при незначительном порезе, ушибе или осаднении кожи.

Важную роль в диагностике варикозной болезни играет ультразвуковое исследование. УЗИ вен на современном аппарате позволяет визуально оценивать сосуды, одновременно проводя доплерографию (дуплексное ангиосканирование) и наблюдать за потоками крови в режиме 3D-картирования (триплексное ангиосканирование). Хороший флеболог должен уметь выполнять УЗИ вен сам.

Существует несколько классификаций варикозной болезни нижних конечностей.

В России чаще всего применяют классификацию, рекомендованную в 2000 г. на совещании ведущих флебологов в Москве.

Первая стадия — внутрикожный, подкожный и сегментарный варикоз без патологического вено-венозного сброса (другими словами, когда имеются мелкие варикозы, но клапаны крупных подкожных и глубоких вен сохраняют свою функцию).

Вторая стадия — сегментарный варикоз с рефлюксом по поверхностным или перфорантным венам (то есть имеются небольшие подкожные варикозные вены, клапаны магистральных подкожных вен или перфорантов несостоятельны).

Третья стадия — распространенный варикоз с рефлюксом по поверхностным и перфорантным венам.

Четвертая стадия — ко всем вышеописанным изменениям добавляется еще и недостаточность клапанов глубоких вен.



Рис. 9.2. Множественные крупные телеангиоэктазии

Для оценки хронической венозной недостаточности (ХВН), которая в той или иной степени сопутствует варикозной болезни, применяется классификация CEAP, предложенная экспертами международной согласительной группы в 1994 г. Для работы клинициста наиболее приемлем клинический (C) раздел этой классификации. По классификации CEAP различают шесть C-классов заболевания.

C1 класс — синдром «тяжелых ног», телеангиоэктазии — сосудистые «звездочки» (рис. 9.2).

C2 класс — наличие подкожных варикозных вен с проходящим отеком (рис. 9.3).

C3 класс — стойкий отек (рис. 9.4).

C4 класс — трофические расстройства (зуд, гиперпигментация внизу голени, дерматит, экзема, гиперкератоз) (рис. 9.5).



Рис. 9.3. Множественные варикозно расширенные вены. Отека нет



Рис. 9.4. Отек голеней на фоне варикозного расширения вен

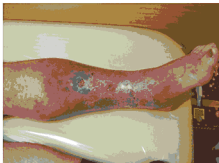


Рис. 9.5. Трофически расстройства

C5 класс — зажившая трофическая язва (рис. 9.6).



Рис. 9.6. На фоне гиперпигментации виден рубец от зажившей язвы

C6 класс — открытая трофическая язва (рис. 9.7).

Остальные классы классификации CEAP (Е — этиологический, А — анатомический, Р — патофизиологический) особого практического значения не имеют и применяются больше при научных изысканиях.

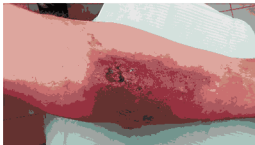


Рис. 9.7. Венозная трофическая язва

Лечение. Лечение варикозной болезни комплексное, в зависимости от стадии заболевания и клинических проявлений включает в себя:

- прием флеботропных препаратов;
- компрессионный трикотаж;
- лечебную физкультуру;
- коррекцию режима труда и отдыха;
- малоинвазивные методы (флебосклерозирующее лечение, радиочастотная и лазерная абляция);
- хирургическое лечение;
- другие методы.

Флеботропные препараты. Показание к применению флеботропных препаратов — наличие проявлений венозной недостаточности — отеки, ночные судороги в голенях, трофические расстройства. Применять эти препараты просто при наличии варикозно расширенных вен без какой-либо другой симптоматики — нецелесообразно. Не имеет смысла также назначение флеботоников и флебопротекторов с целью профилактики.

Флеботоники и флебопротекторы применяются в флебологии для консервативной терапии варикозной болезни и хронической венозной недостаточности, лечения венозного тромбоза, флебопатии, посттромбофлебитической болезни.

Препараты, относящиеся к этим группам, повышают тонус венозной стенки (флеботоники), улучшают лимфоотток, уменьшают проницаемость венозной стенки (флебопротекторы), улучшают микроциркуляцию, благотворно влияют на реологию крови.

Одни препараты обладают одним—двумя из вышеперечисленных свойств, другие являются поливалентными, то есть обладают несколькими свойствами. Почти все флеботоники и флебопротекторы растительного происхождения.

Наиболее распространенным и универсальным препаратом из флеботоников и флебопротекторов является диосмин (детралекс, флебодиа, вазокет). Его действие складывается из трех компонентов — улучшение венозного тонуса, улучшение лимфооттока, улучшение свойств венозной стенки. Детралекс является биофлавоноидом, у него нет противопоказаний (за исключением индивидуальной непереносимости), побочных эффектов. Допускается применение детралекса в период беременности и лактации. Препарат обычно назначают по 500 мг два раза в день (или 1000 мг один раз в день) на протяжении одного—двух месяцев, до трех курсов в год. У пациентов с тяжелой венозной недостаточностью возможен непрерывный прием детралекса до шести месяцев.

Антистакс — сухой экстракт красных листьев винограда. Оказывает защитное действие на стенку вены, нормализует проницаемость сосудистой стенки, за счет чего уменьшаются отеки. Применяется по две капсулы один раз в день до еды утром.

Эскузан — производная эсцина, получают из семян конского каштана. Обладает ангиоэкссудативным действием, улучшает тонус венозной стенки. Назначают по 20 капель три раза в день.

Троксевазин (троксерутин) — обладает ангиопротективным, противоотечным, веноотонизирующим, антиоксидантным действием. Назначают по одной капсуле три раза в день.

Существует много других флеботоников и флебопротекторов (доксин-хем, гинкор-форт, цикло-3-форт, гливенол и др.). Как правило, пациенту назначают какой-либо один препарат, так как в связи с похожим механизмом действия комбинировать эти лекарственные средства нет смысла. Возможно поочередное курсовое назначение. Например, после двух месяцев приема детралекса можно назначить на один месяц троксевазин. Еще одна особенность флеботоников и флебопротекторов — индивидуальная чувствительность пациентов к ним. Например, при одинаковой симптоматике одному пациенту лучше помогает детралекс, другому — эскузан. Поэтому в некоторых случаях нужный препарат приходится подбирать.

Компрессионный трикотаж. Компрессионный трикотаж играет важную роль в лечении варикозной болезни. Лечебный эффект эластической компрессии определяется следующими механизмами.

1. Уменьшением патологической емкости измененных вен за счет их сжатия.

2. Улучшением функциональных свойств несостоятельных венозных клапанов.
3. Ускорением венозного кровотока за счет сужения измененных вен.
4. Возрастанием обратного всасывания тканевой жидкости, результатом чего является уменьшение отека.
5. Улучшением реологических свойств крови, что является профилактикой тромбоза.

Компрессионный трикотаж делится по видам изделий (гольфы, чулки, колготки, чулок с застежкой на поясе, антиэмболические чулки), а также по степени давления (I класс компрессии — 18–22 ммрт. ст., II класс компрессии — 23–32 ммрт.ст., III класс компрессии — 34–46 мм рт. ст., IV класс компрессии — более 49 мм рт. ст.).

Трикотаж I класса компрессии используется при начальных проявлениях варикозной болезни и хронической венозной недостаточности — незначительные отеки, чувство тяжести, усталости в ногах к вечеру, сосудистые «звездочки». Может также использоваться в профилактических целях у лиц, чья трудовая деятельность связана с длительным нахождением на ногах (хирурги, парикмахеры, продавцы).

Трикотаж II класса применяют при более выраженных проявлениях венозной недостаточности, при нетяжелой посттромбофлебитической болезни — умеренные отеки, наличие подкожных варикозно расширенных вен, умеренно выраженных трофических расстройств (гиперпигментация, дерматит, венозная экзема).

При трофических язвах и выраженных трофических расстройствах, а также при тяжелой посттромбофлебитической болезни назначают трикотаж III класса, однако у пожилых пациентов его применение ограничено из-за сложности надевания. Если пациент не может надеть трикотаж III класса, ему следует рекомендовать II класс (лучше компрессия меньшей степени, чем вообще никакой).

Существует также специальный трикотаж из двух гольфов, который применяется при трофических расстройствах, язвах. Первый гольф — I класса компрессии, легко надевается, ткань имеет антибактериальные и противогрибковые свойства, имеет гладкую поверхность, и второй гольф III класса легко скользит по ней, что значительно облегчает надевание.

Противопоказания к компрессионному трикотажу:

- облитерирующие заболевания артерий с хронической артериальной недостаточностью IIБ стадии и выше;
- гнойничковые заболевания кожи;
- выраженная нейропатия нижних конечностей;
- аллергия на материал, из которого изготовлен трикотаж.

Как правильно выбрать компрессионный трикотаж?

Основные требования, предъявляемые к трикотажу, — прочность, градуированная компрессия (сила сжатия должна уменьшаться снизу вверх), сохранение свойств после стирки, гипоаллергенность, удобство и комфорт при носке. Немалое значение (особенно для женщины) имеет привлекательный внешний вид. Всем этим качествам обычно соответствует дорогой трикотаж известных производителей. Более дешевый трикотаж обычно либо не соответствует заявленным свойствам, либо теряет их после одной—двух стирок. Следует отметить, что даже очень хороший трикотаж сохраняет свои свойства при повседневной носке не более шести месяцев.

Наиболее известные производители, представленные в России, — *Medi* (Германия), *Sigvaris* (Швейцария), *Venosan* (Швейцария).

Лечебная физкультура. Рекомендуется практически при всех формах и стадиях варикозной болезни.

Коррекция режима труда и отдыха. Основные рекомендации по образу жизни, режиму труда и отдыха для пациентов, страдающих варикозной болезнью, следующие.

Вредно:

- долго стоять или сидеть;
- посещение бани, сауны;
- длительное нахождение на солнце;
- футбол, баскетбол, большой теннис, горные лыжи, волейбол, единоборства;
- подъем тяжестей;
- тесное нижнее белье, корсеты;
- применение гормональных контрацептивов;
- избыточный вес;
- соль, острые приправы, жареная пища, избыточное потребление жидкости, крепкий кофе, курение.

Полезно:

- ходить пешком, в том числе подниматься по лестницам;
- контрастный душ на ноги;
- плавание;
- ходьба на лыжах, езда на велосипеде (в сочетании с эластической компрессией);
- овощи, фрукты, зелень и другие продукты, богатые витамином С.

Другие рекомендации при варикозной болезни.

Лица, работающие преимущественно в вертикальном статическом положении, должны каждые 20—30 мин выполнять по 10—15 переступаний с пятки на носок. В течение рабочего дня каждые два—три часа

рекомендуется 10–15-минутный отдых в горизонтальном положении с возвышенным положением ног.

Тем, кто работает преимущественно сидя, следует держать ноги выпрямленными (то есть разогнутыми в коленных суставах) и при этом ставить их на низкую скамейку, каждые полчаса вставать и ходить в течение 3–5 мин.

Полезно совершать ежедневные пешие прогулки в спокойном темпе на расстояние 2–3 км.

Во время ночного отдыха ноги должны находиться в возвышенном на 15–20 см положении. Аналогичное положение нужно использовать в повседневной жизни при чтении, просмотре телепередач и т.п.

Отпуск следует проводить в условиях умеренного климата, посещение курортов, расположенных в тропиках и субтропиках, нецелесообразно.

Малоинвазивные методы.

Флебосклерозирующее лечение (склеротерапия). Метод будет подробно рассмотрен ниже, в отдельном пункте.

Радиочастотная и лазерная абляция. Суть метода состоит в разрушении внутренней стенки вены радиочастотным или лазерным воздействием путем введения в пораженные вены специальных катетеров. После этого вена склерозирована и превращается в нефункционирующий тубус.

Показания — варикоз в системе большой и малой подкожной вен с рефлюксом по большой или малой подкожной вене.

Противопоказания:

- выраженная извитость вен;
- острый тромбоз, а также посттромботические изменения, препятствующие проведению катетера в вену;
- облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей с ишемией;
- диаметр вены более 10 мм;
- невозможность адекватной компрессии после вмешательства (например, при ожирении);
- тромбофилии;
- беременность и лактация;
- гнойничковые поражения кожи в зоне операции.

Осложнения — гематомы, ожоги, чувство «хорды» вдоль облитерированной вены — встречаются редко.

Вмешательство выполняется амбулаторно, в условиях стационара одного дня под туземцентной анестезией (в фасциальный футляр вены вводят 0,1%-ный раствор лидокаина).

Хирургическое лечение. Существует множество способов хирургического лечения варикозной болезни, общая суть которых сводится к следующему: удаляются варикозно расширенные вены, ликвидируется рефлюкс, блокируются несостоятельные перфорантные вены, что в конечном итоге улучшает кровообращение в конечности. Хирургическое лечение варикозной болезни проводится в стационаре под наркозом или эпидуральной анестезией, требует довольно длительного периода реабилитации. Благодаря появлению радиочастотной и лазерной абляции, а также пенной склеротерапии (*foam-foam*) количество пациентов, подлежащих хирургическому лечению, становится все меньше.

Показания к флебэктомии:

- выраженный варикоз, когда неприменимы малоинвазивные методы;
- рефлюкс по стволу большой или малой подкожных вен;
- трофические нарушения, вызванные несостоятельностью магистральных подкожных вен.

Противопоказания к флебэктомии:

- старческий возраст;
- тяжелая сопутствующая патология;
- воспалительные процессы (рожистое воспаление, пиодермия, экзема) в зоне операции.

Этапы операции:

- кроссэктомия (представляет собой перевязку или пересечение большой подкожной вены на уровне расположения соустья с глубокой веной в паховой области из небольшого разреза);
- стриппинг (удаление ствола подкожной малой или большой вены посредством тонкого зонда, позволяющего избежать лишних разрезов).

Еще один метод — минифлебэктомия. Используется при удалении мелких сегментарных варикозов. Удаление вены производится с помощью специального крючка через маленькие проколы. Практически не оставляет рубцов.

Осложнения. Осложнения встречаются редко, обычно вмешательство хорошо переносится пациентами. Однако в некоторых случаях осложнения все-таки могут возникнуть. В частности, речь идет об образовании гематом, лимфостечении. В отдельную группу относят тромбозы и тромбоэмболии.

Гематомы образуются в подкожных тканях там, где раньше располагались удаленные сосуды. Обычно гематомы рассасываются без дополнительных вмешательств в течение 7–14 дней после операции. Лимфостечение также считается неопасным — оно связано с тем, что во время удаления варикозных вен повреждаются лимфатические

сосуды. Лечение не требует, однако при упорной лимфостазе можно применять полуспиртовые повязки на рану в сочетании с эластической компрессией, физиотерапию.

Тромбоэмболические осложнения встречаются редко. Их вызывает тромбоз глубоких вен нижней конечности. Предотвратить развитие тромбоза позволяет ранняя активизация, эластическая компрессия и использование препаратов, которые улучшают реологические свойства крови (антикоагулянты).

Другие методы лечения варикозной болезни.

Применение гирудотерапии при варикозной болезни. Метод применяется с древних времен и положительно оценивается некоторыми специалистами до сих пор, однако большинство врачей-клиницистов негативно относятся к нему.

Механизм действия гирудотерапии складывается из нескольких компонентов:

- рефлексогенный — пиявок прикрепляют в специальных точках, которые являются рефлексогенными, то есть применяются при иглоукалывании;
- эффект «кровопускания» — пиявка потребляет некоторое количество крови;
- биологически активные вещества, которые поступают в организм со слюной пиявки, — она содержит до 100 активных компонентов.

Показания к применению пиявок. Пиявок применяют в разнообразных областях медицины — гинекологии (спайочные процессы, мастопатия), урологии (хронический простатит), флебологии (хроническая венозная недостаточность, варикозная болезнь, ПТФБ), офтальмологии, проктологии (геморрой), терапии (гипертоническая болезнь) и др.

С учетом специфики книги хотелось бы остановиться на применении пиявок в флебологии.

Хотя некоторые пациенты и дают положительные отзывы о лечении пиявками, нельзя не признать, что в лучшем случае им становится не хуже, а иногда отмечается некоторое улучшение (уменьшение отека, болей). Сказать точно, с чем связано улучшение — с лечением пиявками или нет — невозможно. Чаще всего отчетливого эффекта после гирудотерапии не наблюдается, а в некоторых случаях имеется явный негативный эффект, особенно у пациентов с выраженными отеками, трофическими расстройствами и язвами. Дело в том, что биологически активные вещества в слюне пиявки далеко не так полезны, как заявляют адепты гирудотерапии. Одни вещества могут оказывать благотворный эффект, другие — вызывать сильную воспалительную реакцию, аллергию. Пиявка выделяет множество веществ, и предугадать, что мы получим после

такого лечения, невозможно. Кроме того, пиявка нарушает целостность кожных покровов, что при трофических расстройствах и отеках может стать причиной инфицированных ран в месте укусов, которые потенциально могут стать трофическими язвами. Возможно, в древние времена людям ничего не оставалось делать, кроме как на свой страх и риск лечиться пиявками, но сейчас, в XXI веке, существует множество лекарственных препаратов с четко направленным воздействием, а также множество других методов лечения, эффективность, а главное, безопасность которых доказана научными исследованиями и клиническими испытаниями.

Миостимуляция. При отеках голеней при варикозной болезни показана миостимуляция. Сокращение мышц голени сжимает глубокие вены, кровь выдавливается из них в проксимальном направлении благодаря наличию клапанов (венозно-мышечная помпа). Таким образом, уменьшается венозный застой и, соответственно, уменьшается отечность ног. Можно рекомендовать пациентам проводить миостимуляцию в домашних условиях, например аппаратом *Veinoplus*. Противопоказаниями к миостимуляции являются острый тромбоз, наличие кардиостимулятора, повреждения и гнойничковые заболевания кожи в месте наложения электродов.

Осложнения варикозной болезни. Индуративный целлюлит. Возникает при варикозной болезни нижних конечностей, а также при посттромбофлебитическом синдроме. Отек голени и голеностопного сустава, который развивается на фоне этих заболеваний, постепенно становится все более плотным. Кожа и подлежащие ткани уплотняются, нередко становятся деревянистой плотности. Кожные покровы приобретают бурую или темно-коричневую окраску, на фоне обострений бывает покраснение, которое нередко ошибочно принимается за рожистое воспаление. Кожа перестает собираться в складку, как бы «прирастает» к подлежащим тканям. Все эти процессы обусловлены тем, что на фоне отека и хронического воспаления пораженные ткани постепенно прорастают соединительной тканью.

Лечение индуративного целлюлита бывает довольно сложным. Это обусловлено тем, что он появляется при венозной недостаточности С4–С6 класса (по CEAP), когда устранить основную причину заболевания (варикозно расширенные вены) уже далеко не всегда возможно. Применяются эластическая компрессия, флеботоники (детралекс или флебодиа), по показаниям — трентал, тромбо-АСС, противовоспалительные средства (вольтарен, найз и т.п.), средства, улучшающие регенерацию (актовегин, солкосерил), местные средства — различные мази и кремы (в основном содержащие кортикостероиды).

На фоне обострения, при присоединении бактериальной инфекции, назначают антибиотики. Возможно проведение инфузионной терапии (внутривенное капельное введение реополиглюкина, актовегина и др.).

При возможности устранения варикозно расширенных вен, вызывающих индуративный целлюлит, проводят хирургическое лечение или склеротерапию.

9.2. Варикозное расширение вен малого таза

Синоним — синдром венозного полнокровия малого таза. Заболевание связано с варикозным расширением венозных сплетений яичников и круглой связки матки.

Этиология. Основная причина варикозного расширения вен малого таза — несостоятельность клапанов яичниковых вен. Факторами, способствующими развитию заболевания, могут быть:

- прием гормональных контрацептивов;
- аномалии положения матки (ретрофлексия);
- терапии эстрогенами;
- некоторые заболевания (эндометриоз, опухоли).

Клиническая картина, диагностика. Пациентки жалуются на определенные боли в области малого таза, чувство тяжести. В некоторых случаях имеется болезненность при половом акте. Боль может провоцироваться длительными статическими нагрузками. При полнокровии венозного сплетения мочевого пузыря могут быть нарушения мочеиспускания (частые позывы и т.п.).

Клинические проявления заболевания крайне скудны и нехарактерны. При визуальном осмотре могут быть расширены поверхностные вены промежности и ягодиц.

Из инструментальных методов наиболее простым и информативным является УЗИ, которое позволяет выявить как сами расширенные вены, так и осмотреть органы малого таза, что в некоторых случаях может уточнить причину варикозной трансформации.

Из других методов применяют компьютерную томографию, лапароскопию, селективную овариографию.

Лечение. Основные рекомендации направлены на понижение внутрибрюшного давления, улучшение оттока крови из вен малого таза.

Диета включает в себя овощи, фрукты, исключают алкоголь.

Пациенткам рекомендуют ограничение физических нагрузок, длительного пребывания на ногах, контрастный душ на область промежности.

Желательно ношение компрессионных колготок II класса компрессии.

Большое значение имеет лечебная физкультура. Упражнения выполняют лежа («березка», «ножницы», «велосипед»), дыхательная гимнастика (медленные глубокие вдох—выдох с подключением мышц брюшной стенки).

Из лекарственных препаратов показан курсовой прием флеботоников (детралекс) длительными курсами по два—три месяца.

При неэффективности консервативной терапии выполняют хирургическое вмешательство — резекцию гонадных вен.

Осложнения. Наиболее часто возникает тромбофлебит варикозно измененных вен малого таза, который проявляет себя болями внизу живота, в области прямой кишки, могут быть ложные позывы на дефекацию, учащенное мочеотделение. Температура тела может повышаться до 37,5—38,0 °С. При гинекологическом осмотре можно пропальпировать болезненные уплотненные вены. В некоторых случаях тромбофлебит может перейти на внутреннюю подвздошную вену, а из нее — на общую подвздошную и нижнюю полую вены, что может вызвать отек одной или обеих нижних конечностей и привести к тромбозам легочных артерий. В диагностике помогает УЗИ.

Лечение — такое же, как при тромбофлебите поверхностных вен (НПВС, тромбо-асс, детралекс), возможно кратковременное назначение низкомолекулярных гепаринов (клексан).

При переходе тромбоза на подвздошные вены — лечение как при илеофemorальном тромбозе.

Другое осложнение варикозного расширения вен малого таза — кровотечение — встречается редко, в основном при провоцирующих факторах (травма). Лечение — хирургическое.

9.3. Флебопатия

Флебопатия — относительно новое понятие в флебологии. Под ним понимают наличие симптомов венозной недостаточности (усталость в ногах отеки голеней к вечеру и др.) при отсутствии каких-либо объективных данных, подтверждающих заболевание (варикозные вены, изменения при УЗИ вен и др.). Может предшествовать варикозной болезни.

Этиология. Считается, что флебопатию вызывает несоответствие между объемом венозной крови в конечностях и функциональными возможностями венозной системы. Это может быть вызвано увеличением притока крови к конечностям (например, при сильной физической перегрузке), замедлением оттока (при длительном вертикальном

положении — у продавцов, парикмахеров, хирургов, при длительных авиаперелетах, у беременных при сдавлении подвздошных вен увеличенной маткой), снижением тонуса венозной стенки (например, при гормональных нарушениях — пероральные контрацептивы, гормонотерапия при дисфункции яичников, климаксе). Другими словами, при флебопатии практически здоровые вены (с несколько ослабленными функциональными способностями) не справляются с предлагаемой им нагрузкой. Доказана наследственная предрасположенность к флебопатии.

Клиническая картина, диагностика. Пациенты жалуются на тяжесть в ногах, умеренные отеки голеней к вечеру, иногда — на ночные судороги в голенях. При этом при клиническом осмотре не выявляются варикозно расширенных вен, а при УЗИ вен нет признаков клапанной недостаточности. Диагноз флебопатии можно поставить только при исключении всех других причин, могущих вызвать похожие симптомы, — плоскостопие, заболевания суставов, пояснично-крестцовый остеохондроз и др. При сомнениях назначают пробный курс флеботонической терапии (например, детралекс по 500 мг два раза в день на один месяц), если лечение эффективно, это говорит в пользу флебопатии.

Лечение. Проводится стандартная терапия, такая же, как при ХВН С1 класса, — эластическая компрессия I класса, флеботоники (флебодиа или детралекс), гимнастика, рекомендации по образу жизни. Хирургическое или флебосклерозирующее лечение при флебопатии не показано.

9.4. Склеротерапия

Склеротерапия — эффективный метод лечения варикозной болезни. Кроме того, склеротерапия является способом устранения косметических дефектов, таких как ретикулярный варикоз и телеангиоэктазии (сосудистые «звездочки»).

Суть метода состоит в том, что в вену вводится препарат, который разрушает ее внутреннюю стенку (эндотелий). Далее под действием компрессии просвет вены закрывается, то есть склерозировается. В последнее время появился новый метод склеротерапии (*foam-form*), при котором склерозант вводится в пораженную вену в виде пены. Это обеспечивает наиболее хороший контакт лекарственного препарата со стенкой вены, что дает стойкий и качественный лечебный эффект.

Показания. Показанием к склеротерапии является наличие сосудистых «звездочек», ретикулярного варикоза, сегментарного варикоза без рефлюкса по магистральным подкожным венам. В принципе, путем склеротерапии можно склерозировать любые вены диаметром до 1 см, в том числе и большую подкожную вену. Но делать это могут только

флебологи, в совершенстве владеющие склеротерапией и прошедшие специальное обучение.

Противопоказания:¹

- тяжелые системные заболевания (например, гипертоническая болезнь III ст.);
- тромбозы глубоких и поверхностных вен;
- местная или общая инфекция;
- у лежачих и малоподвижных пациентов;
- декомпенсированный облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, исключающий применение компрессии;
- аллергические диатезы;
- беременность и период лактации;
- тромбофилические состояния (то есть нарушение свойств крови, сопровождающиеся повышением ее свертываемости);
- ожирение высокой степени;
- невозможность контролируемой внутрисосудистой инъекции (чаще встречается при ожирении или «глубоком залегании» варикозных вен).

Побочные эффекты. К основным побочным эффектам относят пигментацию и неоваскулогенез. Пигментация представляет собой потемнение кожи в местах инъекций. Причина появления — остаточная кровь в сосудах. В принципе, пигментация проходит сама в течение одного—трех месяцев (в очень редких случаях сохраняется дольше). Для более быстрого лечения побочного эффекта рекомендуется удалять остаточную кровь, как будет описано ниже.

Неоваскулогенез (мэттинг) представляет собой образование тончайших мелких сосудов над склерозированными венами и «звездочками». Точная причина этого побочного эффекта неизвестна, встречается нечасто. Обычно появляется сразу, его можно обнаружить уже при первом контрольном осмотре пациента после склеротерапии. Специального лечения не требует, проходит самостоятельно в течение одного—двух месяцев, иногда дольше.

Осложнения.

Некроз кожи. Это осложнение возникает при использовании высоких концентраций склерозанта при введении в телеангиоэктазии или при попадании концентрированного склерозанта под кожу. Некроз также возможен при ошибочном введении препарата в артериолы. Лечение — по общим правилам ведения некротических ран.

¹ По рекомендациям Совещания экспертов-флебологов в Москве 16 июня 2000 г.

Тромбофлебит поверхностных вен. Это осложнение возникает при недостаточной компрессии склерозируемых вен. Чаще всего это связано с нарушением режима компрессии самими пациентами. При склерозировании БПВ тромбофлебит в ее верхней трети может возникнуть при сползании вниз биндажа и компрессионного чулка, поэтому важно предупредить пациента о необходимости следить за биндажом. Лечение — по общим правилам лечения тромбофлебита. Необходимо продолжать компрессию в зоне пораженных тромбофлебитом вен — это ускорит стихание воспалительных явлений и уменьшит пигментацию, которая всегда возникает при этом осложнении. При тромбофлебите в приустьевом отделе БПВ может потребоваться кроссэктомия. В этом случае пациента нужно госпитализировать.

Тромбоз глубоких вен. Редкое осложнение, бывает при склеротерапии крупных подкожных варикозов, стволов БПВ и МПВ. Чаще всего выявляется при УЗИ-контроле при первой явке пациента. На более поздних сроках практически не встречается. При выявлении тромбоза глубоких вен пациент должен быть госпитализирован.

Повреждение нервов — редкое осложнение, бывает при склерозировании БПВ и МПВ. Возможна также нейронпатия поверхностных нервов после ношения компрессионного трикотажа. Осложнение проходит само. При выраженной симптоматике с двигательными расстройствами пациент должен быть направлен к неврологу.

Внутриартериальное введение склерозанта. Встречается при нарушении техники инъекции и ошибочном введении в лежащий рядом с веной артериальный сосуд (например, при склерозировании перфорантов). Наиболее опасные места — позади медиальной лодыжки, перфорантные вены, СФС и СПС. Симптомы — боль, побледнение кожи или цианоз. При подозрении на внутриартериальную инъекцию пациент должен быть немедленно направлен в стационар.

Техника склеротерапии

Необходимые препараты и материалы (рис. 9.8–9.9):

- склерозант. Применяется фибро-вейн 0,2, 0,5, 1 и 3% или этоксин-склерол 0,5, 1 и 3%;
- шприцы 1 (со съемной иглой), 2, 5, 10 мл;
- трехходовой кран;
- иглы — 30, 32G длиной 12 мм;
- внутривенные катетеры 18G (применяется только для склерозирования БПВ), 22, 24G.
- марлевые салфетки размером 45×29 см для осуществления компрессии в зонах инъекций и пластырь для их фиксации (*Omnifix*), который нарезают полосками;

- другие материалы — спиртовые салфетки, стерильные перчатки, когезивный бинт (*Peha-haft*).



Рис. 9.8. Инъекционные материалы для склеротерапии сосудистых «звездочек» и ретикулярных вен. Слева направо: трехходовой кран, иглы 32, 30, 26G, шприцы 1, 5 и 2 мл



Рис. 9.9. Перевязочные материалы для склеротерапии

Склеротерапия сосудистых «звездочек». Перед процедурой с пациентом нужно провести беседу. Чтобы не было завышенных ожиданий от результата процедуры, нужно рассказать, что внешний вид конечности (особенно при множественных ретикулярах и телеангиоэктазах) после склеротерапии улучшится на 80–90%, но на 100% избавиться от них, как правило, не удастся. Окончательный результат после манипуляции можно оценивать не ранее, чем через полтора–два месяца, когда пройдут все побочные эффекты — пигментация, неоваскулогенез и др. Вмешательство лучше выполнять в прохладное время года — осенью, зимой или ранней весной. Это связано с тем, что после склеротерапии обязательно применение компрессионного трикотажа, постоянное ношение которого в жаркую погоду не комфортно для пациента.

Перед процедурой нужно сделать УЗИ вен нижних конечностей. При выявлении рефлюкса по магистральным венам его нужно устранить до склеротерапии. При неустраненных рефлюксах проведение склеротерапии сосудистых «звездочек» возможно, но пациента нужно предупредить, что, скорее всего, новые телеангиоэктазы появятся довольно скоро.

Не рекомендуется склерозировать ретикуляры и телеангиоэктазы ниже лодыжек.

Для хорошего и долгосрочного эффекта важно закрыть не только видимые на коже телеангиоэктазы, но и питающие их ретикулярные и мелкие подкожные вены. Для их визуализации используют прибор венновизор. При его отсутствии можно использовать два мощных светодиодных фонарика (рис. 9.10).



Рис. 9.10. Использование светодиодных фонариков для визуализации ретикулярной вены

Для склерозирования ретикулярных и мелких подкожных вен используют склерозант в виде пены, для телеангиоэктазий — в виде жидкости. Пену готовят при помощи шприцев 2,5 мл и трехходового крана. В шприц 2 мл набирают склерозант, в шприц 5 мл — воздух. Шприцы присоединяют к трехходовому крану, повернув его регулятор так, чтобы обеспечить сообщение только между шприцами. Соотношение склерозанта к воздуху — 1:4. Для склерозирования ретикулярных вен и телеангиоэктазов обычно набирают 0,5 мл склерозанта и 2 мл воздуха. Затем быстрыми движениями поршня склерозант взбивают до состояния пены (рис. 9.11) и сразу же вводят, так как пена разрушается в течение 15–20 с. Для введения пены нужно использовать иглы от 26G и толще, так как при введении через более тонкие иглы пена разрушается в игле.



Рис. 9.11. Приготовление пены для склеротерапии

В телеангиоэктазии вводят жидкий склерозант инсулиновым шприцем с надетой на него иглой 30 или 32G (в зависимости от диаметра сосуда). Шприц должен трехкомпонентным, с резиновой манжетой поршня. При длительной процедуре шприц нужно периодически менять, так как под действием склерозанта резиновая манжета деформируется, и поршень начинает двигаться «рывками», что затрудняет плавное введение склерозанта.

Правила использования склерозанта таковы: для склерозирования мелких телеангиоэктазий применяют 0,2%-ный фибро-вейн или 0,5%-ный этоксисклерол в виде жидкости. Для склерозирования ретикуляр-

ных вен — 0,5%-ный фибро-вейн или 1%-ный этоксисклерол в виде пены. Для склерозирования мелких подкожных вен — 1%-ный фибро-вейн или 1%-ный этоксисклерол в виде пены (рис. 9.12).



Рис. 9.12. Фибро-вейн и этоксисклерол разных концентраций

При сомнениях в выборе концентрации предпочтение отдается более высокому проценту. Для более точного подбора концентрации (или при отсутствии в наличии низких концентраций) допускается понижать ее, разводя склерозант 5%-ной глюкозой, физраствором или водой для инъекций. Споры, чем лучше разводить, ведутся до сих пор, единого мнения нет. По своему опыту скажу, что я всегда пользовался физраствором или водой для инъекций и не имел каких-то проблем. Тем не менее, лучше использовать готовый склерозант и разводить его только в крайних случаях.

Еще один вопрос — какой склерозант лучше выбрать — этоксисклерол или фибро-вейн? Считается, что фибро-вейн дает несколько больше побочных эффектов, но обладает более высокой склерозирующей способностью. Поэтому для склерозирования крупных вен однозначно нужно выбирать фибро-вейн. Для склерозирования телеангиоэктазий и ретикуляров подходят оба препарата. Выбирать должен врач, исходя из своего личного опыта и предпочтений. Нежелательно применение фибро-вейна у лиц с первым фототипом кожи (больше выраженность побочных эффектов). Если пациенту ранее делалась склеротерапия, можно уточнить, какой именно препарат применялся, были ли побочные эффекты, и на этом основании осуществить выбор препарата.

Если после первых инъекций фибро-вейном у пациента имеются ярко выраженные побочные эффекты, «докальвание» при последующих процедурах можно выполнять этоксисклеролом.

Следующий момент — компрессия. Применяются чулки до паха хороших производителей (*Medi, Sigvaris, Venasan*). Применение дешевого трикотажа низкого качества недопустимо, так как компрессия играет большую роль в процессе лечения. Для склерозирования единичных телеангиозктазий на голенях можно применять голифы. Для лечения сосудистых «звездочек» подходит трикотаж I компрессионного класса, для склерозирования крупных ретикуляров и мелких подкожных вен — II класса. При сомнениях предпочтение отдается трикотажу более высокого класса.

Процедуру проводят в положении лежа, лучше с чуть приподнятым ножным концом кушетки. Кожу обрабатывают антисептиком. Начинают с голени. Вначале веновизором находят питающие вены и вводят в них пенный склерозант под контролем веновизора или светодиодных фонариков (рис. 9.13).



Рис. 9.13. Введение склерозанта в ретикулярную вену с визуализацией светодиодными фонариками

При недостаточной визуализации сосуда при применении фонариков вместо веновизора в манипуляционной можно убавлять освещение. При удачном введении препарат контактирует не только с питающей ве-

ной, но проходит и в мелкие телеангиоэктазы. Склерозанта нужно ввести столько, сколько потребуется для прохождения его по всему участку вены, подлежащему склерозированию. Для того чтобы склерозант двигался в нужном направлении, можно применять пальцевое прижатие другого конца сосуда, куда поступление пены нежелательно. Далее жидким склерозантом более низкой концентрации склерозируют не проконтактировавшие со склерозантом телеангиоэктазы. При сомнениях лучше ввести склерозат, так как лучше, если он проконтактирует с телеангиоэктазом повторно, чем совсем в него не попадет. При этом если пена уже проконтактировала с сосудом, жидкий склерозант плохо «идет» в него — это связано со спазмом и отеком сосудистой стенки. При инъекции в телеангиоэктазы, для того чтобы кожа не «протыбалась» под иглой, ее нужно растянуть, тогда инъекция в телеангиоэктазию пройдет более гладко. Кожу растягивает ассистент либо сам врач (рис. 9.14).

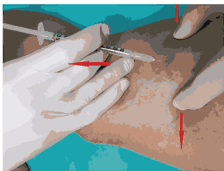


Рис. 9.14. Растяжение кожи при инъекции в телеангиоэктазию

После введения склерозанта во все ретикулярные и телеангиоэктазы голени зоны инъекций по всей площади распространения склерозируемых сосудов закрывают салфетками 45×29 в два слоя, которые фиксируют пластырем. Для этого подходит пластырь «Омнификс» 10×10 см, который нарезают полосками, или любой другой пластырь на нетканой основе. Салфетки нужны для компрессии. Далее поверх салфеток надевают компрессионный чулок и переходят на вышележащие отделы конечности. Следует отметить, что в подколенной области склеротерапия

проходит не так хорошо, как на других отделах конечности — выше вероятность пигментации, коагул и других побочных эффектов. По-видимому, это связано с тем, что в связи с движениями в суставе в этой области не получается осуществить адекватную компрессию. Об этом нужно предупредить пациента. После склерозирования всех мишеней на одной конечности, чулок одевают до паха (рис. 9.15) и переходят на другую конечность. При множественных телеангиоэктазиях и ретикулярах процедура может занять 1,5–2 ч.



Рис. 9.15. Компрессионные чулки надеты поверх фиксированных пластырем «Омнификс» салфеток

После процедуры пациенту рекомендуют ходить 20–30 мин. Пациент должен прийти на повторный осмотр через две недели. При этом первые три–четыре дня трикотаж вместе с накладками нужно носить непрерывно, днем и ночью, не снимая ни на минуту. Пациента нужно предупредить о важности непрерывной компрессии, а также о том, что будут некоторые ограничения (например, не получится полностью помыться). Именно поэтому рекомендуется применять чулки, а не колготки. После трех–четырех дней непрерывной компрессии пациент должен носить трикотаж до следующего посещения только днем, без накладок. Можно мыться под душем, не рекомендуются горячие ванны, а также длительная инсоляция мест инъекций, поднятие больших тяжестей, за-

нения спортом, которые могут вызвать прямую травму ног. Рекомендуется ходьба на несколько километров в день.

При осмотре через две недели обычно имеются различной выраженности гематомы, могут быть другие побочные эффекты (пигментация, неоваскулогенез). Большая часть телеангиоэктазий и ретикуляров склерозированы — они могут быть как не видны, так и быть заметными за счет нахождения остаточной крови в них, но уже не функционировать. Отличить функционирующий сосуд от уже склерозированного можно путем нажатия на него пальцем. При этом функционирующий сосуд исчезнет, а при отжимании пальца вновь заполнится кровью. В мелких подкожных венах могут быть коагулы (остаточные локализованные скопления крови) — они пальпируются как болезненные уплотнения в виде шариков или жгутиков. Обычно над ними имеется пигментация. Коагулы нужно пунктировать иглой 21G шприцем 5–10 мл (это позволяет создать большее отрицательное давление в поршне). Остаточную кровь в ретикулярных венах можно удалять путем их надсечения кончиком иглы 21G и выдавливания сгустков. В принципе, остаточную кровь можно и не удалять — она со временем рассасывается сама, но это занимает много времени, к тому же длительно сохраняется пигментация.

Остаточные телеангиоэктазии склерозируют низкими концентрациями жидкого склерозанта. Места инъекций, а также пункций коагул прижимают салфетками 45×29 в два слоя, надевают чулок и рекомендуют три дня непрерывной компрессии. Далее чулок желательно носить еще семь дней только днем. Следующее посещение — еще через две недели, и так далее до достижения устраивающего пациента результата.

Следует иметь в виду, что при множественных ретикулярах и телеангиоэктазиях, когда ими покрыты все ноги, лечение будет долгим, может занять несколько месяцев. Об этом нужно предупредить пациента.

Склеротерапия варикозно расширенных вен. Склерозировать можно вены диаметром до 1 см. Для склеротерапии подкожных вен предпочтительнее применять фибро-вейн из-за его высокой склерозирующей способности. Для склеротерапии сегментарных варикозов используют 1%-ный фибро-вейн или 1%-ный этоксисклерол. При склерозировании притоков и наличии рефлюкса по стволу БПВ или МПВ ствол нужно склерозировать тоже, в противном случае процедура будет проходить плохо, с выраженными побочными эффектами, к тому же быстро будут формироваться новые варикозы. Для склерозирования ствола БПВ применяют 3%-ный фибро-вейн или 3%-ный этоксисклерол. Для ствола МПВ — 1%-ный фибро-вейн или 3%-ный этоксисклерол. Если у врача нет должных навыков склерозирования ствола БПВ или МПВ, от процедуры следует отказаться и выполнять пациенту ЭВЛО, РЧА или флебэктомию.

Перед процедурой склерозируемые вены отмечают маркером или зеленкой. Ствол БПВ и МПВ размечают под УЗИ-контролем до сафено-фemorального или сафено-поплитеарного соустья (рис. 9.16).



Рис. 9.16. Разметка ствола БПВ на бедре под УЗИ-контролем

Для склеротерапии подкожных вен используют внутривенные катетеры 18, 22, 24G (рис. 9.17).

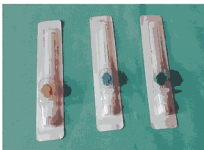


Рис. 9.17. Внутривенные катетеры для склеротерапии.
Зеленый — 18G, синий — 22G, желтый — 24G

Катетер 18G используют только для ствола БПВ, для притоков применяют 22 и 24G (в зависимости от диаметра сосуда). Катетер ставят в положении стоя, когда вены «набухают». На БПВ ставят один катетер в нижней или ближе к средней трети бедра. На МПВ — в средней или ближе к верхней трети голени. На притоки — по одному катетеру. После этого пациента сразу укладывают на кушетку с приподнятым до 30–45° ножным концом. Затем готовят пену и сразу вводят ее в катетеры. Начинают введение с БПВ, в нее вводят 5 мл пены (1 мл 3%-ного склерозанта и 4 мл воздуха). Во время введения, после того как половина количества пены введена, ствол желательно прижать пальцем на уровне коленного сустава, чтобы обеспечить движение склерозанта вверх по стволу. Продвижению склерозанта вверх также способствует поглаживание в проекции БПВ рукой или датчиком ультразвукового аппарата в направлении снизу-вверх от места установки катетера до паха. Через несколько минут введение повторяют в той же дозе и через тот же катетер и извлекают его. Повторная инъекция нужна для более надежного контакта склерозанта со всеми участками стенки сосуда. В МПВ вводят 3–4 мл пены, ближе к концу введения вену нужно прижать на уровне СПС для распространения склерозанта вниз и предотвращения поступления в подколенную вену. Затем вводят 1%-ный склерозант в виде пены во все оставшиеся катетеры и убирают их. При наличии сосудистых «звездочек» и ретикулярного варикоза не стоит заниматься ими во время этого посещения, лучше сделать это при следующем визите пациента. После введения склерозанта в варикозные вены, часть «звездочек» и ретикуляров исчезнут. После введения склерозанта по ходу размеченных ранее вен укладывают в два слоя салфетки 45×29 и фиксируют их пластырем. Особо внимание нужно уделить прижатию БПВ и МПВ. Над ними укладывают сложенную вдвое салфетку 45×29 и еще одну салфетку (рис. 9.18, 9.19).

У полных пациентов для усиления прижатия поверх салфеток можно положить полосу медицинской ваты и также зафиксировать полосами пластыря «Омнификс». Дополнительно желательно провести бинтование конечности прямо поверх приклеенных салфеток когезивным бинтом *Peha-haft*. Бинт нужно класть двумя фрагментами — от лодыжек до колена и от колена до паха, чтобы был «разрыв» в области коленного сустава для облегчения движений (рис. 9.20, 9.21).

Чтобы бинт не скатывался в верхней трети бедра, его можно фиксировать широкими полосами пластыря «Омнификс». Далее надевают компрессионный чулок до паха. Пациенту нужно лежать после процедуры еще 15–20 мин с приподнятым ножным концом до полного разрушения пены в сосудах. Потом пациенту разрешают встать и рекомендуют ходить 20–30 мин. Это необходимо для хорошей циркуляции крови

по глубоким венам и профилактики тромбоза глубоких вен. Повторная явка — через семь дней. Все это время пациент должен непрерывно носить трикотаж, не снимая его вообще. Важно, чтобы трикотаж и бандаж не спускались вниз по бедру, а находились до уровня паховой складки.



Рис. 9.18. Наложение бандажа при склерозировании БПВ.
Первый слой салфеток



Рис. 9.19. Наложение бандажа при склерозировании БПВ.
Второй слой салфеток



Рис. 9.20. Наложение когздивного бинта поверх биндажа. Первый этап — от лодыжек до коленного сустава



Рис. 9.21. Наложение когздивного бинта поверх биндажа. Второй этап — от коленного сустава до паха

Через семь дней проводят контрольный осмотр и УЗИ-контроль. При наличии несклерозированных участков притоков можно сделать повторные инъекции, а также склерозировать сосудистые «звездочки» (при их наличии), после чего в любом случае бандаж одевают еще на семь дней. При повторной явке нужно опорожнить остаточные скопления крови (коагулы). Их определяют по пигментации и болезненным уплотнениям по ходу склерозированных вен. Коагулы пунктируют иглой 21G и шприцом 10 мл. Далее трикотаж рекомендуют носить только днем, снимая на ночь. Повторная явка — еще через семь дней, опять необходимо пунктировать коагулы (при их наличии). После этого курс лечения заканчивается. Остаточная пигментация проходит в течение одного—трех месяцев.

Склеротерапия крупных подкожных вен, а особенно стволов БПВ и МПВ, требует от врача определенного опыта и навыков. Неумелое выполнение манипуляции может привести к осложнениям, наиболее опасное из которых — тромбоз глубоких вен. Поэтому при необходимости склерозирования ствола БПВ или МПВ и неуверенности врача в своих силах лучше направить пациента на ЭВЛО, РЧА или флебэктомию.

10.1. Тромбоз, тромбозфлебит вен нижних конечностей

Венозный тромбоз — образование сгустков крови в просвете вены. Обычно под термином «тромбозфлебит» понимают тромбоз поверхностных вен, под терминами «тромбоз», «флеботромбоз» — тромбоз глубоких вен.

Тромбы могут образовываться в любых венах — венах верхних и нижних конечностей, венах брюшной полости и др.

Этиология. Для того чтобы в вене образовался тромб, необходим ряд условий или факторов. В классическом варианте различают три фактора, способствующих тромбообразованию (триада Вирхова).

Состояние гиперкоагуляции (повышенная свертываемость). Причины для повышения свертываемости крови много — операция на любой части тела, беременность, роды, сахарный диабет, избыток жиров с пищей, оральные контрацептивы, обезвоживание, генетические факторы и др.

Травма внутренней стенки сосуда (эндотелия). Сосудистая стенка может быть травмирована при установке венозного катетера, инъекции в вену (в связи с этим часты тромбозы у наркоманов, делающих инъекции в вены голени, в паху), травмах, при лучевой терапии, химиотерапии и др.

Замедление тока крови. Может наблюдаться при разных состояниях — варикозная болезнь, беременность, ожирение, обезвоживание конечности (например, при ношении гипса после переломов), сердечная недостаточность, вынужденное малоподвижное положение тела (например, при длительных авиаперелетах), сдавление вен опухолями и др.

Тромбоз может возникнуть как при действии одного фактора, так и при их сочетании. Например, при переломе костей голени могут быть задействованы все три фактора — повышенная свертываемость в случае обширных кровоподтеков в области травмы, повреждение сосудистой стенки как следствие механического удара, замедление тока крови как следствие ношения гипса.

Чаще всего тромбоз возникает в венах нижних конечностей. Это связано с тем, что в этих венах чаще всего возникает застой (ожирение, варикозная болезнь, отеки и др.).

Клиническая картина, диагностика. Различают тромбоз поверхностных вен (тромбофлебит) и глубоких вен (флеботромбоз).

Тромбофлебит. Тромбофлебит поверхностных вен чаще всего возникает при варикозной болезни. Закупорке сосуда сопутствует воспаление окружающих тканей (перифлебит). Именно поэтому для данного вида тромбоза применяют термин «тромбофлебит» (флебит — воспаление вены), «варикотромбофлебит» (воспаление варикозно расширенной вены).

В области варикозных вен на голени или бедре появляется болезненность, покраснение по ходу вены, в зоне покраснения сама вена пальпируется как плотный, болезненный «шнур». Может иметь место небольшое повышение температуры тела. В целом тромбофлебит поверхностных вен не опасен, при нем не наблюдается отрыва тромба с тромбоэмболией легочной артерии (за исключением воспаления большой подкожной вены на бедре и малой подкожной вены в подколенной области, об этом будет сказано ниже). При адекватном лечении воспалительные явления стихают, проходимость вен со временем частично или полностью восстанавливается.

Большая подкожная вена идет под кожей от голеностопного сустава по внутренней поверхности ноги до паховой складки. В паху она впадает в глубокую, бедренную вену. Именно поэтому тромбофлебит БПВ опасен переходом тромбоза с поверхностной (БПВ) на глубокую (бедренную) вену, что бывает при восходящем тромбофлебите БПВ на бедре. А вот уже тромбоз бедренной вены опасен отрывом тромба и тромбоэмболией легочных артерий. Поэтому при признаках тромбофлебита БПВ на бедре нужно срочно направить пациента в стационар. Таких пациентов госпитализируют, и при угрозе перехода тромбоза на бедренную вену осуществляют перевязку БПВ в зоне СФС — это несложная операция под местной анестезией.

Аналогичная ситуация, но намного реже, возникает при тромбофлебите малой подкожной вены (МПВ). Она идет по задней поверхности голени и впадает в подколенную (глубокую) вену в подколенной ямке.

Тромбоз глубоких вен. Тромбоз глубоких вен опасен отрывом тромба и миграцией его в легочную артерию (тромбоэмболия легочных артерий), что приводит к тяжелым последствиям или мгновенной смерти.

Различают тромбоз глубоких вен голени, подколенной вены, бедренной вены, подвздошно-бедренный (илеофemorальный) тромбоз. Нередко встречается поражение тромбозом нескольких отделов (например,

подколенной и бедренной вены, глубоких вен голени и подколенной вены и т.п.).

Тромбоз глубоких вен проявляет себя в первую очередь отеком ниже пораженного сегмента и умеренными болями. Может быть легкий цианоз конечности. Причем чем выше уровень тромбоза, тем более выражен отек. Так, при тромбозе глубоких вен голени может быть умеренный отек голени, иногда отек настолько незначителен, что выявляется только при измерении окружности голени (по сравнению со здоровой ногой). При тромбозе общей бедренной и подвздошной вен (илеофemorальный тромбоз) отекает вся нога до паха (рис.10.1), а в тяжелых случаях — и нижняя часть брюшной стенки.



Рис. 10.1. Левая нижняя конечность цианотична, отечна до паха — илеофemorальный тромбоз

Тромбоз, как правило, носит односторонний характер, поэтому отекает только одна нога. Двухсторонние отеки наблюдаются при тромбозе нижней полой вены, тромбозе глубоких вен на обеих ногах (что встречается довольно редко).

Другой симптом тромбоза — боль. Она обычно умеренно выражена, тянущая, иногда распирающая, носит относительно постоянный характер, может усиливаться в положении стоя. При тромбозе глубоких вен голени положительны симптомы Хоманса, Ловенберга, Лувельлубли, Мейера, Пайра. Может быть небольшое повышение местной температуры и температуры тела, усиление венозного рисунка.

Лечение тромбофлебита поверхностных вен. Основные лечебные мероприятия сводятся к эластической компрессии (эластический бинт или компрессионный трикотаж), назначению лекарственных препаратов.

Внутрь применяются флеботропные препараты (детралекс или флебодиа), антиагреганты (тромбо-АСС), НПВС. Местно применяют лиотон-гель. Тромбофлебит практически всегда бывает асептическим, поэтому назначение антибактериальных препаратов бессмысленно. Гнойный тромбофлебит встречается редко, преимущественно у наркоманов после инъекций нестерильным шприцем.

Всем пациентам необходимо УЗИ вен для исключения сопутствующего тромбоза глубоких вен и уточнения распространенности тромбофлебита поверхностных вен.

Лечение тромбоза глубоких вен. Почти во всех случаях ТГВ лечат в стационаре. Исключение может составлять тромбоз глубоких вен голени при условии отсутствия угрозы тромбоэмболии (флотирующего тромба). Определить опасность тромбоэмболии можно только при ультразвуковом исследовании.

При подозрении на ТГВ пациент должен быть немедленно госпитализирован. В стационаре проводят обследование для уточнения распространенности тромбоза, степени угрозы легочной эмболии и немедленно начинают лечение.

При лечении ТГВ применяют средства, понижающие свертываемость крови (антикоагулянты), антиагреганты, противовоспалительные препараты, флеботропные препараты.

При массивном тромбозе на ранних сроках возможно проведение тромболитизиса — введение средств, «растворяющих» тромботические массы.

При угрозе тромбоэмболии, когда тромб прикреплен к стенке сосуда только какой-либо частью, а верхушка тромба флотирует в просвете сосуда (флотирующий тромб), проводят профилактику тромбоэмболии (установка кава-фильтра, пликация нижней полой вены, перевязка бедренной вены и др.).

Последствия перенесенного ТГВ бывают разными. При небольшом тромбозе на голени последствий может и не быть. При массивном тромбозе, особенно «высоком» (на уровне бедра или выше), может длительное время сохраняться отечность ноги, а в тяжелых случаях могут быть и трофические нарушения, вплоть до появления язв (посттромбофлебитическая болезнь). Поэтому после перенесенного тромбоза глубоких вен пациенту на длительное время назначается лечение в виде эластической

компрессии. Обязательно в течение нескольких месяцев после перенесенного ТГВ назначение непрямых антикоагулянтов (варфарин) под контролем МНО (показатель свертываемости — международное нормализованное отношение). Целевые значения МНО — 2–3. Прием варфарина начинают с дозы 5 мг/сут (две таблетки), через семь дней — контроль МНО. Если МНО ниже 2, то дозу увеличивают на ½ таблетки, если МНО выше 3 — дозу уменьшают на ½ таблетки и через семь дней повторяют анализ, дозу опять корректируют по вышеуказанной схеме. При стабилизации показателей МНО на целевых значениях контроль МНО можно проводить один раз в две недели.

Сравнительно недавно появились препараты, которые не требуют лабораторного контроля при применении, например ривароксабан (ксарелто). Этот препарат назначают после ТГВ в дозе 20 мг/сут. Другой похожий препарат — ирадакса (действующее вещество — дабигатран этексилат) назначают по 150 мг два раза в сутки.

Минимальная длительность приема антикоагулянтов — три месяца. После перенесенного высокого тромбоза при сохраняющихся явлениях ХВН возможен прием до шести месяцев, а в некоторых случаях — пожизненно (например, у пациентов, перенесших илеофemorальный тромбоз, осложненный ТЭЛА, при наличии тромбофилий).

При рецидивирующих тромбозах проводят генетическое исследование на тромбофилии, при положительных тестах решается вопрос о пожизненном назначении антикоагулянтов.

10.2. Тромбоз, тромбофлебит вен верхних конечностей

Возникает довольно редко. Практически никогда не дает ТЭЛА. По аналогии с венами нижних конечностей тромбоз поверхностных вен называют тромбофлебитом, глубоких — тромбозом.

Этиология. В основном та же, что и других венозных тромбозов. Заболевание может также развиваться как осложнение инъекций или катетеризации вен (кубитальный, подключичный катетер), иногда возникает как следствие длительного сдавления или неудобного положения верхней конечности (например, во сне).

Наиболее часто встречается тромбоз подмышечной или подключичной вены (синдром Педжета—Шреттера). В течение суток возникает отек всей верхней конечности с подушкообразным отеком кисти. Могут быть небольшие распирающие боли. Цвет конечности не изменен либо слегка цианотичный.

Лечение — такое же, как и других венозных тромбозов.

Тромбофлебит поверхностных вен верхних конечностей характеризуется уплотнением по ходу вены, небольшим покраснением, умеренными болями.

Лечения обычно не требует, но при выраженных симптомах можно применять лиотон-гель местно и НПВС (нимесил, вольтарен и др.) внутрь.

10.3. Тромбоэмболия легочных артерий

Тромбоэмболия легочных артерий — «закупорка» сосудов легких тромбами, образовавшимися в венах большого круга кровообращения (чаще всего в глубоких венах нижних конечностей).

Этиология. ТЭЛА развивается как следствие отрыва тромба от места фиксации и миграции его по магистральным венам к сердцу, через полости сердца, с последующим попаданием в легочную артерию и ее ветви. Не всякий тромбоз представляет опасность в плане ТЭЛА. Например, тромбофлебит поверхностных вен практически никогда не осложняется ТЭЛА. Исключение составляет восходящий тромбофлебит большой подкожной вены в верхней трети бедра и малой подкожной вены в верхней трети голени. БПВ впадает в крупную бедренную вену, относящуюся к глубоким, чуть ниже паховой складки. Если тромбофлебит распространяется вверх по БПВ, процесс может перейти на бедренную вену, а это уже может осложниться ТЭЛА. Аналогичная ситуация возникает при тромбозе МПВ, при переходе на подколенную вену.

Наиболее частой причиной ТЭЛА является тромбоз глубоких вен нижних конечностей (глубоких вен голени, подколенной, бедренной вены), а также подвздошных вен, нижней полой вены. Встречается и тромботическое поражение печеночных, почечных вен, которые впадают в нижнюю полую вену.

Наиболее тяжелая тромбоэмболия, с частым смертельным исходом наблюдается из крупных вен — подколенных и вен бедренно-подвздошного сегмента. Тромбы в этих венах крупные по размерам, к тому же высокая скорость потока крови мешает им надежно фиксироваться к стенке вены. ТЭЛА из глубоких вен голени, если и происходит, то не вызывает окклюзии крупных легочных сосудов, поэтому протекает менее тяжело.

Не всякий тромб даже в крупных венах эмболоопасен. Если тромб на всем протяжении фиксирован на стенке вены, вероятность его «отрыва» ничтожна. Такой тромбоз называют пристеночным. Если же верхушка тромба не фиксирована к стенке вены при сохраненном кровотоке, риск ТЭЛА значительно возрастает. Такие тромбы называют флотирующими.

Отличить флотирующий тромб от пристеночного можно только при УЗИ (дуплексном ангиосканировании) или флебографии.

Клиническая картина, диагностика. Клинические проявления ТЭЛА отличаются неспецифичностью и вариабельностью. Симптомы могут быть сходны с проявлениями других заболеваний, таких как инфаркт миокарда, тяжелая пневмония, нарушение мозгового кровообращения и др.

К признакам тромбоэмболии относят:

- внезапная резкая слабость, коллапс;
- боль за грудиной;
- удушье;
- набухание и пульсация шейных вен;
- цианоз или резкая бледность кожных покровов;
- тахикардия;
- одышка;
- резкое снижение артериального давления.

При ТЭЛА сразу все вышеуказанные симптомы встречаются редко, обычно присутствуют несколько из них. Точный диагноз помогает поставить инструментальное обследование — ЭКГ, рентгенография грудной клетки, перфузионное сканирование легких и др.

Пациент с подозрением на ТЭЛА должен быть как можно скорее доставлен в стационар. Следует помнить, что ТЭЛА встречается как при диагностированном тромбозе глубоких вен, так и при «немых» тромбозах, когда ТЭЛА фактически является первым проявлением скрыто протекавшего тромбоза.

Лечение. Лечение ТЭЛА осуществляется в стационаре. Применяют препараты, уменьшающие свертываемость крови, «растворяющие» тромбы (тромболизис). При тяжелом состоянии пациента проводятся все необходимые реанимационные мероприятия, направленные на поддержание жизненно важных функций организма. В некоторых случаях тромбы из легочных артерий удаляют хирургическим путем.

10.4. Посттромбофлебитическая болезнь

Посттромбофлебитическая болезнь (ПТФБ, посттромбофлебитический синдром) — заболевание, возникающее после перенесенного тромбоза глубоких вен нижних конечностей. Изменения в поверхностных венах после тромбофлебита тоже можно в известном смысле называть посттромбофлебитическими, но они никогда не дают симптоматики, которая бывает после тромбоза глубоких вен. Перенесенный ранее

тромбофлебит поверхностных вен имеет значение разве что для оценки предстоящих сложностей перед РЧА, флебэктомией или склеротерапией. Поэтому мы будем рассматривать ПТФБ исключительно как последствие тромбоза глубоких вен.

Не всякий тромбоз глубоких вен нижних конечностей вызывает посттромбофлебитическую болезнь. Существует закономерность: чем выше уровень тромбоза, тем более вероятно развитие ПТФБ и тем сильнее выражены ее проявления. Так, после тромбоза глубоких вен голени ПТФБ либо не развивается, либо протекает довольно благоприятно — небольшой отек к концу дня, легко поддающийся лечению, отсутствие трофических расстройств, трофических язв. Напротив, после илеофemorального тромбоза чаще всего бывают выраженные проявления ХВН, вплоть до циркулярных трофических язв.

После перенесенного тромбоза тромб в вене постепенно «рассасывается», происходит восстановление кровотока по вене (реканализация). Она может быть полной или частичной, в некоторых случаях реканализации не происходит вообще. Проблема состоит в том, что даже при полной реканализации после тромбоза вена не функционирует нормально. Это связано с тем, что при тромбозе разрушаются клапаны внутри вены. Как следствие, нарушается отток крови от конечности, что ведет к повышению давления в венозной системе конечности и развитию симптомов заболевания.

Клиническая картина, диагностика. Ведущий симптом ПТФБ — отек. Локализация отека зависит от уровня тромбоза. После тромбоза глубоких вен голени отек бывает в области лодыжек и стопы, подколенной вены — нижней трети голени и стопы, бедренной вены — нижней трети бедра, голени и стопы, подвздошно-бедренного сегмента — всей нижней конечности. И, наконец, после тромбоза нижней полой вены может наблюдаться отек обеих нижних конечностей.

Выраженность отека бывает разной — от едва заметного до тяжелого, когда пораженная конечность может быть в 2–3 раза толще здоровой.

Отек обычно больше выражен к вечеру, после ночного отдыха практически исчезает при легкой степени венозной недостаточности и уменьшается, но не исчезает совсем при более тяжелой венозной недостаточности. Отекает, как правило, только одна конечность. Исключение составляет ПТФБ после тромбоза нижней полой вены, что встречается довольно редко и протекает очень тяжело.

С течением заболевания, при отсутствии эффекта от лечения, отек становится плотным, перестает исчезать или уменьшаться после ночного отдыха.

Другой симптом ПТФБ — боль, обычно ощущается в виде чувства тяжести, распираания в голени, усиливается к вечеру или после длительного пребывания на ногах. При тяжелом и длительном течении заболевания, особенно при наличии трофических язв, боль может быть довольно сильной и резистентной к обезболивающим средствам.

Один из симптомов ПТФБ — расширение подкожной венозной сети — проявляет себя, как при варикозной болезни, расширением подкожных и ретикулярных вен. Это связано с тем, что при неполном восстановлении проходимости вены после тромбоза (реканализации) отток крови осуществляется по подкожным венам, которые на фоне постоянных перегрузок большими объемами крови начинают варикозно расширяться.

Степень ХВН при ПТФБ классифицируется по клиническому классу (С) классификации СЕАР.

При длительном и тяжелом течении ПТФБ возникают осложнения, такие же, как и при варикозной болезни, — потемнение кожи внизу голени (гиперпигментация), зуд, дерматит, экзема, трофические язвы. При ПТФБ осложнения протекают обычно тяжелее, чем при варикозной болезни, отличаются упорным течением и резистентностью к лечению.

Из инструментальных методов диагностики наиболее информативно УЗИ вен нижних конечностей — оно позволяет оценить степень реканализации пораженных вен, выраженность клапанной недостаточности, наличие варикозных вен, недостаточных перфорантов.

Лечение. Лечение направлено на улучшение оттока крови от конечности, укрепление венозной стенки, улучшение лимфодренажной системы.

Основное лечение — эластическая компрессия, применяется компрессионный трикотаж II—III класса компрессии. Обычно назначают чулок с застёжкой на поясе. При локализации отека только на голени и стопе (после тромбоза вен голени) допускается ношение компрессионных гольфов. В начале лечения, когда отек сильно выражен, можно применять эластическое бинтование, а уже потом, по мере уменьшения отека, перейти на компрессионный трикотаж.

Применяют также флеботоники (детралекс, флебодиа), антиагреганты (тромбо-АСС), системные ферментные препараты (воблизим, флогэзим) мази и гели (лиотон-гель, троксевазин-гель).

При развитии осложнений (дерматит, рожа, трофические язвы и др.) проводят соответствующее лечение.

Рекомендации по лечебной физкультуре и коррекции режима труда и отдыха — такие же, как при варикозной болезни.

Хирургическое лечение ПТФБ обычно сводится к удалению варикозно расширенных подкожных вен (при наличии инструментальных данных (УЗИ) о восстановленной проходимости (реканализации) тромбированных глубоких вен) и перевязке несостоятельных перфорантных вен. Это позволяет улучшить кровоток по реканализованным глубоким венам. Другие хирургические методы (трансплантация вен с дееспособными клапанами, шунтирующие операции и др.) обычно малоэффективны и широкого распространения не получили.

10.5. Профилактика тромбоза и тромбоземболии при операциях

Проблема ТГВ нижних конечностей и последующей тромбоземболии легочных артерий в послеоперационном периоде была и остается одной из актуальных в современной хирургии.

В связи с этим профилактика венозных тромбоземболических осложнений в до- и послеоперационном периоде приобретает крайне важное значение.

Факторы риска ТГВ. Различают факторы, обусловленные оперативным вмешательством, и факторы, обусловленные состоянием пациента.

Факторы риска, обусловленные оперативным вмешательством, зависят в основном от продолжительности и объема операции, а также области ее проведения.

Низкий риск. Вмешательства, которые длятся до 40 мин, неосложненные (например, аппендэктомия, грыжесечение, удаление липомы).

Умеренный риск. Более продолжительные и большие по объему вмешательства (например, холецистэктомия, резекция желудка, ампутация матки, остеосинтез костей предплечья).

Высокий риск. Расширенные вмешательства (например, протезирование тазобедренного сустава, пангистерэктомия).

Факторы риска, обусловленные состоянием больного.

Низкий риск. Факторы отсутствуют (пациент неотягощен сопутствующими заболеваниями и состояниями).

Умеренный риск. Возраст более 40 лет, варикозные вены, прием эстрогенов, постельный режим более четырех дней, сердечная недостаточность, ожирение, послеродовой период.

Высокий риск. ТГВ и ТЭЛА в анамнезе, онкологические заболевания, тромбофилии (генетические нарушения свертываемости крови).

Профилактика тромбоза и тромбоземболии у различных групп пациентов. Всем пациентам независимо от группы риска необходимо эла-

стическое бинтование конечностей бинтами длиной растяжимости. Бинт накладывают от пальцев до верхней трети бедра. Компрессия должна проводиться до начала операции, во время нее и далее непрерывно, днем и ночью, вплоть до адекватной активизации пациента (то есть когда он начнет полноценно ходить). Не применять компрессию допускается у пациентов, которым выполняются мелкие оперативные вмешательства в амбулаторных условиях (вросший ноготь, небольшие липомы и т.п.).

Профилактика у группы низкого риска. Ранняя активизация пациента. Большое значение имеет выбор метода анестезии (например, после эпидуральной анестезии риск ТГВ меньше, чем при эндотрахеальном наркозе).

Профилактика у группы умеренного риска. Введение препаратов низкомолекулярного гепарина (клексан). Препарат вводят по 20 мг в сутки подкожно. Первую инъекцию делают за два часа до операции. Курс лечения — семь—десять дней или до полной мобилизации пациента.

Профилактика у группы высокого риска. Пациентам этой группы также назначают низкомолекулярные гепарины, но в более высокой дозе (клексан 40 мг в сутки). Продолжительность введения может быть увеличена до 35 дней.

В экстренной хирургии, а также в случаях, когда при операции ожидается высокая кровоточивость тканей или большая кровопотеря, низкомолекулярный гепарин назначают сразу после проведения вмешательства.

Глава 11

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ И ОКОЛОСУСТАВНЫХ ТКАНЕЙ

Так уж сложилось, что пациенты с любыми болями в суставах и конечностях в первую очередь попадают на прием к хирургу. Врачу нужно дифференцировать боли, которые могут быть вызваны как патологией опорно-двигательного аппарата, так и невралгией, заболеваниями сосудов и др. Диагностика невралгий обычно не вызывает затруднений, и уже после первичного осмотра пациент может быть перенаправлен к невропатологу. С болями в области суставов дело обстоит несколько сложнее. В задачи амбулаторного хирурга входит купирование острого воспаления и уточнение его причин. Для купирования воспаления обычно назначают НПВС и ГКС (см. ниже). Для уточнения причин воспаления всем пациентам с болями в суставе должен быть назначен клинический анализ крови и СОЭ, а также ревматологические пробы (как минимум, С-реактивный белок, мочевая кислота, ревматоидный фактор, антистрептолизин О). Обязательна рентгенография пораженного сустава (желательно с контрлатеральным суставом для сравнения). Если при обследовании выявляются признаки артрита (ревматоидного, подагрического и др.), следует направить пациента к ревматологу. Если же боль вызвана артрозом или поражением периапфизарных тканей (эпикондилит, периапатрит и др.), можно продолжать лечить и наблюдать пациента самому. При наличии артроза крупных суставов III–IV ст. пациента нужно направить к травматологу-ортопеду для решения вопроса

о протезировании. К травматологу также нужно направлять пациентов с подозрением на повреждение менисков, крестообразных связок, асептический некроз костей и другую патологию, которая входит в компетенцию этого специалиста.

В этой главе мы также рассмотрим общие принципы назначения двух больших групп лекарственных препаратов (нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) и глюкокортикостероиды (ГКС), которые наиболее часто применяются для лечения болей, воспаления в суставах и периартикулярных (околосуставных) тканях.

НПВС обычно назначают короткими курсами пять—семь дней. Возможно и более длительное лечение — до 14 дней, одного месяца и более, но следует помнить, что через один месяц после приема НПВС нужно назначать клинический анализ крови для контроля количества лейкоцитов. НПВС с большой осторожностью назначают пациентам с эрозивно-язвенными поражениями ЖКТ в анамнезе. В этом случае их нужно назначать обязательно после еды и совместно с блокаторами протонной помпы (например, с омепразолом по 20 мг два раза в день). Следует предупреждать всех пациентов, что при появлении боли вверху живота, изжоги на фоне приема препарата, его следует отменить и обратиться к врачу. При наличии открытой язвы желудка или двенадцатиперстной кишки от назначения НПВС следует отказаться. НПВС также с осторожностью назначают пациентам пожилого и старческого возраста с высокими кардиоваскулярными рисками. Этим пациентам нужно назначать препарат в минимальной дозе, контролировать АД.

Из глюкокортикостероидов (ГКС) наиболее часто применяют дипроспан и кеналог. Эти препараты отличаются как действующим веществом, так и особенностью строения кристаллов действующего вещества. У дипроспана кристаллы мелкие, поэтому меньше выражены побочные эффекты, такие как кристаллизация (боль в первые сутки после инъекции), повреждающее действие на околосуставные ткани (связки, сухожилия). Поэтому дипроспан больше показан при введении в мягкие ткани (периартикулярно, в болевые точки, при пяточной «шиуре»). У кеналога кристаллы крупнее, поэтому его лучше вводить в полости, имеющие оболочку — внутрисуставно, в кисту Бейкера, в бursy. После инъекции как кеналога, так и дипроспана, пациента нужно предупреждать о возможном усилении боли в первые сутки после инъекции (за счет эффекта кристаллизации), затем обычно наступает значительное улучшение. ГКС с осторожностью применяют при сахарном диабете (повышают сахар крови, выше риск гнойных осложнений, некроза связок и сухожилий), гипертонической болезни (могут повышать АД). Если пациенту в недалекой перспективе предстоит артроскопическая операция или

эндопротезирование сустава, от введения ГКС лучше воздержаться или согласовать его с травматологом-ортопедом.

Лечение лучше начинать с НПВС и только при их недостаточной эффективности в течение пять—семь дней решать вопрос о назначении ГКС. Исключение может составлять наличие выпота в полостях (синовит, киста Бейкера, бурсит). В этом случае ГКС можно вводить сразу после эвакуации жидкости через ту же иглу.

Следует помнить, что, хотя ГКС и обладают мощным противовоспалительным действием и быстро снимают боль и воспалительные явления, в целом они негативно действуют на сустав (остеопороз, метаболическое повреждение суставного хряща). Поэтому к их назначению нужно подходить взвешенно, не назначая «исем подряд». Считается, что ГКС можно вводить до пяти раз с интервалом пять—семь дней, затем нужно делать перерыв до нескольких месяцев, в противном случае можно получить системные побочные гормональные эффекты. Чаще всего для купирования воспаления бывает достаточно одной—трех инъекций.

При сахарном диабете ГКС следует назначать только в самых крайних случаях, так как имеется высокий риск осложнений в виде гнойного артрита, асептического некроза сухожилий и связок, повышения уровня сахара крови. На инъекцию можно решиться только при отсутствии эффекта от всех других препаратов и методов и при уровне сахара крови не выше 8 ммоль/л.

12.1. Артрит

Артрит — воспалительное заболевание суставов. Существует более 200 видов артрита, вызываемых различными заболеваниями.

Этиология. Существует множество разновидностей артрита — подагрический артрит, ревматоидный, псориатический, ревматический, реактивный (как реакция на какое-то воспаление — хламидии, простуду и др.), неопластический (связанный с опухолями) и др.

Клиническая картина, диагностика. Пациенты жалуются на боль в области пораженного сустава, припухлость, нередко — покраснение кожи над ним (рис. 12.1).



Рис. 12.1. Артрит правого коленного сустава

Боль больше при движениях, может быть более выражена в утренние часы. Очень важен сбор анамнеза. Например, наличие псориаза может говорить о псориатическом артрите, утренняя скованность — о ревматоидном артрите, боли в спине у молодых мужчин под утро — о болезни

Бехтерева. Для уточнения диагноза важна и локализация воспаления, например первый плюснефаланговый и пястно-фаланговый суставы чаще поражаются при подагрическом артрите (рис. 12.2).



Рис. 12.2. Подагрический артрит первого плюснефалангового сустава правой стопы



Рис. 12.3. Деформация кистей при ревматоидном артрите

Для ревматоидного артрита характерно воспаление проксимальных межфаланговых суставов кистей и вторых—третьих пястно-фаланговых с характерной деформацией кисти (рис. 12.3). Для псориатического — дистальных межфаланговых суставов и поражение ногтей.

Пораженные суставы отечны, гиперемизированы, пальпация и движения болезненны. Нередко в них скапливается жидкость (особенно в крупных суставах) (рис. 12.4).



Рис. 12.4. Значительное скопление жидкости в правом коленном суставе при подагрическом артрите

Краткая дифференциальная диагностика артритов и некоторых других ревматологических заболеваний представлена в табл. 12.1.

Лечение. Задача амбулаторного хирурга при выявлении артрита сводится к купированию острого воспаления и первичному обследованию пациента (клинический анализ крови и СОЭ, ревмопробы, рентген и др.). При остром артрите независимо от причины (кроме гнойного) применяют НПВС (вольтарен, мовалис, целебрекс и др.) внутрь и местно, в виде мазей и гелей. При выраженном воспалении целесообразно назначать препарат внутримышечно. При недостаточной эффективности НПВС делают внутрисуставные инъекции с глюкокортикоидными гормонами (дипроспан, кеналог). В некоторых случаях (например, при наличии большого количества жидкости в воспаленном суставе) ГКС целесообразно вводить сразу — после эвакуации жидкости при пункции сустава через ту же иглу. Чаще всего это делается при артрите коленных

или голеностопных суставов, в сустав вводят 1 мл дипроспана или кеналога в смеси с 2 мл 0,5%-ного новокаина. При необходимости инъекцию можно повторить через пять—семь дней.

Таблица 12.1

Краткая дифференциальная диагностика артритов и некоторых других ревматологических заболеваний

Заболевание	Клиническая картина	Рентген	Лабораторные тесты
Артрит аллергический	Связь с аллергеном. Крупные суставы, выпот, повышение температуры тела, аллергические проявления	Изменений нет	Неспецифическая воспалительная реакция
Артрит бруцеллезный	Контакт с больными животными или употребление зараженной молочной продукции, температура с ознобом, увеличение лимфоузлов, печени, селезенки, нарушения нервной системы, полиартрит с выпотом, спондилит, сакроилеит, периартриты, бурситы	Параартикулярная оксификация, краевые эрозии передне-верхней поверхности позвонков, оксифицирующий лигаментит продольных связок позвонков, сакроилеит	Лейкопения, лимфоцитоз, реакция Райта > 1:200, опсонофагоцитарная реакция+, реакция Бюрне+
Артриты вирусные	Связаны с инфекциями (гепатит, краснуха, свинка), длительность от нескольких дней до нескольких месяцев.	Изменений нет	Неспецифическая воспалительная реакция
Артрит гонококковый	Возникает на фоне гонореи, повышение температуры тела, мигрирующие артралгии, олигоартрит (колени, голеностопы, локти, лучезапястные), сильные боли, выпот, ранние контрактуры, папулезные и пустулезные высыпания, в том числе около суставов	Эпифизарный остеопороз	Лейкоцитоз, СОЭ, гонококки в выпоте (не всегда)
Артрит псориатический	Дистальные и проксимальные м/ф, п/ф суставы рук и ног на одном пальце (палец-сосиска), часто вовлекаются крупные суставы (асимметричные моноолигоартрит). Может сочетаться с конъюнктивитом и уретритом (дифференцировать с синдромом Рейтера).	Деструкция эпифизов, анкилоз всех суставов одного пальца, сакроилеит (чаще односторонний)	Возможна неспецифическая воспалительная реакция

Заболевание	Клиническая картина	Рентген	Лабораторные тесты
	Поражение внутр. органов — очень редко		
Артриты реактивные	Связаны с инфекцией (один—два месяца)	Изменений нет	Неспецифическая воспалительная реакция
Артрит ревматоидный	Утренняя скованность. Начальное поражение проксимальных м/ф, лучезапястных, лястно-фаланговых, коленных суставов с припухлостью, симметричное поражение. Ревматоидная кисть («пугочатая петля», «шея лебедя», «лапа моржа»)	Эпифизарный остеопороз — ранний признак. Эрозивный артрит кистей и стоп — узур	Р-фактор, гипохромная анемия, СОЭ, белки острой фазы ↑, LE-клетки — редко
Артрит травматический	Травма (в том числе микро-травма) в анамнезе, боли при нагрузке, припухлость, повышение местной температуры.	Умеренный остеопороз	Неспецифическая воспалительная реакция
Артрит энтеро-генный (при неспецифическом язвенном колите, болезни Крона, Уиппла)	Олигоартрит крупных суставов, обратимый за несколько недель, рецидивы связаны с обострением основного заболевания	Изменений нет	Неспецифическая воспалительная реакция
Артропатии при гемохроматозе	Портальный цирроз, сахарный диабет, пигментация кожи. Коленные, тазобедренные, суставы кистей, чаще артралгии, реже острый артрит. Часто сочетается с хондрокальцинозом	Обызвествление суставных хрящей	Пирофосфат кальция в суставной жидкости
Артропатии паранеопластические	Встречаются при опухолях различной локализации, иногда опережают клинические проявления опухоли. Полиартрит, артралгии нетипичной локализации или течения у пациентов старше 40 лет, несоответствие общего состояния суставной патологии	Умеренные явления остеоартроза	Анемия, несоответствие высокой воспалительной активности слабому суставному синдрому

Заболевание	Клиническая картина	Рентген	Лабораторные тесты
Бехчета синдром	Рецидивирующий аутозный стоматит, афтозные язвы половых органов, увеит, рецидивирующий моно-, олигоартрит, синовит крупных суставов без деформаций	Изменений нет	СОЭ, белки острой фазы↑
Васкулит геморрагический (болезнь Шенлейна—Геноха)	Геморрагические высыпания на коже, артралгии (или артриты), абдоминальный синдром. Крупные суставы, вблизи локализации пурпуры, летучесть, симметричность поражения	Изменений нет	Лейкоцитоз со сдвигом влево, эозинофилия, СОЭ
Волчанка красная лекарственная	Развивается после длительного приема апрессина, новокаинамида, дифенина, триметина, изониазида. По клинике похожа на системную	Изменений нет	Антинуклеарные факторы, антитела к ДНК
Волчанка красная системная	Мелкие суставы кистей, л/з, г/с, реже крупные, веретенообразные пальцы, миалгии, миозиты. Высыпания на лице в виде «бабочки», полисерозит, люпус-нефрит, синдром Рейно	Эпифизарный остеопороз, в тяжелых случаях — узурь с подвывихами	Большое число LE-клеток, антинуклеарные антитела в высоком титре, лейкопения, анемия, тромбоцитопения, СОЭ
Гидартроз интермиттирующий	Периодическое появление безболезненного выпота в одном (редко в двух симметричных) крупном суставе без признаков воспаления и т.п. Периодичность рецидивов — две—четыре недели, жидкость накапливается за сутки, за два—четыре дня полностью рассасывается	Изменений нет	Изменений нет, иногда может повышаться СОЭ
Дерматомиозит	Миалгии при движении, в покое, слабость в мышцах, маскообразность лица (не сразу), синдром Рейно, эритема на теле (декольте),	Кальциноз в мышцах и подкожной клетчатке	Эозинофилия, гипергаммаглобулинемия, СОЭ, АСТ,

Заболевание	Клиническая картина	Рентген	Лабораторные тесты
	висцеральный синдром		АЛТ, КФК, креатинин, СРБ
Диффузный (эозинофильный) фасциит	Полимиялгия, мышечная слабость, чувство стягивания кожи на конечностях, синдром «апельсиновой корки», артралгии, уплотнение мягких тканей конечностей, ограничение движений в суставах, вплоть до контрактур	Изменений нет	Эозинофилия, гипергаммаглобулинемия, СОЭ, СРБ
Гиперлипидопротеинемические артриты	Крупные суставы, реже мелкие, степень выраженности разная. Проявления атеросклероза (ксантелазмы), поражения сосудов	Кисты в эпифизах и метафизах	Гиперхолестеринемия
Гидроксиапатитная артропатия	Моно-, олигоартрит (чаще плечо, кисть, л/з, локти, колени). Клиника похожа на периаитрит. Течение — атаками (от неск. дней до двух—трех недель)	Множественные очаги кальцификации периартикулярных тканей, могут исчезать	Микрокристаллы гидроксиапатита в синовиальной жидкости (не всегда)
Йерсиниоз	Полиартрит (часто симметричный) крупных суставов, возникает через семь—десять дней после энтероколита, часто сочетается с кардитом, повышение температуры тела	Изменений нет	Лейкоцитоз, СОЭ
Нейропатическая артропатия (суставы Шарко), утрата глубокой проприоцептивной чувствительности	Встречается при сифилисе, диабете, сирингомиелии, травмах спинного мозга, анемиях. Увеличение объема, разболтанность одного или двух симметричных суставов, боли мало выражены. Может быть немного выпота. Гипермобильность, хруст	Разрушение суставного хряща, фрагментация и рассасывание субхондральной кости, патологические переломы, гигантские костные разрастания	Изменения, характерные для основного заболевания
Пигментный вилонодулярный синовит	Дискомфорт, боль, припухлость, хруст, скудный кровянистый выпот в коленном суставе	В поздних стадиях — эрозии и множественные кисты в субхондральном отделе кости	Изменений нет, возможно небольшое увеличение СОЭ

Заболевание	Клиническая картина	Рентген	Лабораторные тесты
Остеоартроз	Крупные суставы нижних конечностей и дистальные м/ф суставы кистей. Боль при нагрузке, отсутствует в покое, движения ограничены, синовит — редко. Узелки Бушара, Гебердена	Сужение суставной щели, подхрящевой остеосклероз, деформация суставных поверхностей, остеофиты, кистовидные просветления в эпифизах	Небольшое увеличение СОЭ
Остеоартропатия гипертрофическая	Утолщенные кончики пальцев кистей, периостит длинных костей, рецидивирующий синовит и вегетативные расстройства. Как правило, сопутствует гнойным и опухолевым заболеваниям легких. Болезненность длинных костей при пальпации	Субпериостальное образование костной ткани в дистальных отделах диафизов	Небольшое увеличение СОЭ
Палиндромный ревматизм	Периодическое развитие через разные промежутки времени ярко выраженных артритов. Чаще моноартрит. Атака — от нескольких часов до трех дней. Лучезапястные, п/ф, проксимальные м/ф суставы	Изменений нет	Во время атак — СОЭ, R-фактор на низких титрах
Подагра	Атаки острого артрита, чаще первых плюснефаланговых, первых пястно-фаланговых, тофусы, поражение почек	Круглые дефекты костной ткани (синдром «пробойника»)	Мочевая кислота крови. Микрокристаллические ураты в синовиальной жидкости
Ревматизм	Детский и молодой возраст, через одну—две недели после ангины — повышение температуры тела, поражение сердца (миокардит), быстро нарастающая боль в суставах (крупные суставы, симметричные поражения), затем присоединяются явления артрита, летучесть артритов, быстрое обратное развитие	Изменений нет	Лейкоцитоз, СОЭ, титры антистрептококковых антител, другие показатели неспецифичны, оценивают степень активности процесса

Заболевание	Клиническая картина	Рентген	Лабораторные тесты
Ревматическая полимиалгия	У пожилых. Скованность, двухсторонние боли в мышцах шеи, плечевого и тазового поясов, интенсивность боли не соответствует клиническим проявлениям. Артриты крупных суставов. Слабость, повышение температуры тела. Темпоральный артериит (дифференцировать с болезнью Хортона)	Изменений нет	СОЭ, СРБ
Рейтера синдром	Триада-конъюнктивит, артрит, уретрит. Артрит поли-, олиго-, несимметричный, суставы коленные, г/с, предплюсны, плюсны, верхней конечности — редко. Характерны тендиниты (ахилл, пяточный бурсит). Поражение суставов позвоночника. Поражение кожи и слизистых — подошва стоп — эритема с переходом в гиперкератоз, стоматит, баланит и т.п. Повышение температуры тела	Остеопороз, при длительном течении — узур. При поражении суставов стоп — периодический, имеющий «пушистый» вид. При поражении позвоночника — сакроилеит, похожий на болезнь Бехтерева	При обострении неспецифическое воспаление. RF-фактор отсутствует
Саркоидоз	Узловая эритема в сочетании с артритами, артралгиями. Другие проявления — миокардит, лимфаденопатия, ирит	Увеличение медиастинальных лимфоузлов	Неспецифическая воспалительная реакция
Системная склеродермия	Синдром Рейно, поражение кожи (чаще кисти, лицо), суставно-мышечный синдром с наличием контрактур	Изменений нет	Неспецифическая воспалительная реакция
Спондилоартрит анкилозирующий (болезнь Бехтерева)	Молодой возраст, боль и скованность в области поясницы, постепенно становятся более постоянными, интенсивнее по ночам. Сглаживание поясничного лордоза — ранний признак. Бывают артриты, чаще ассиметричные, одного или неск крупных суставов.	Двухсторонний сакроилеит — ранний признак, «бамбуковая палка»	СОЭ, СРБ

Заболевание	Клиническая картина	Рентген	Лабораторные тесты
	Двухсторонний сакроилеит. Ирит. Вторичный радикулит. Чаще болеют мужчины		
Синдром Титце	25–30 лет, чаще женщины, болезненная припухлость реберно-хрящевых сочленений, иногда симметричная	Изменений нет	Изменений нет
Хондрокальциноз (псевдоподагра)	Похож на подагру (острый приступ), остеоартроз (хроническая форма). Чаще поражается один коленный сустав. При псевдоартрозной форме — крупные суставы, пястно-фаланговые суставы	Кальцификация суставного хряща и менисков, костно-хрящевая деструкция (при деструктивной форме). Кальцификация суставов запястья	Кристаллы пирофосфата кальция в синовиальной жидкости
Шегрена синдром	Ксеростомия, двухсторонний паротит, увеличение слюнных желез (мордочка хомячка), ксерофтальмия, часто сочетается с полиартритом (м/ф суставы и др.), синдром Рейно	Изменений нет	Нормохромная анемия, лейкопения, СОЭ, антинуклеарные факторы, РФ, иммуноглобулины

После стихания острых воспалительных явлений хирург должен направить пациента с артритом к ревматологу для наблюдения и назначения базисной терапии.

12.2. Артрит гнойный

Это гнойное воспаление сустава.

Этиология. Заболевание вызывает попадание гноеродных микробов в полость сустава путем травмы, гематогенным, лимфогенным путем из расположенных рядом гнойных очагов, иногда как осложнение посленукции.

Клиническая картина, диагностика. Пациенты предъявляют жалобы на боли, ограничение подвижности в суставе. Отмечается повышение температуры тела, при поражении крупных суставов — слабость, интоксикация. Сустав опух, может быть гиперемирован, пальпация,

движения — болезненным. При значительном скоплении гноя в коленном суставе надколенник баллотирует. При диагностической пункции получают гной.

В крови отмечается лейкоцитоз, повышение СОЭ.

При рентгенографии одним из первых признаков гнойного артрита является субхондральное лентовидное просветление, позднее появляется деструкция хряща, а затем и суставных поверхностей.

Лечение. При диагностировании гнойного артрита или подозрении на него пациент должен быть немедленно госпитализирован. В стационаре назначают антибиотики, сустав дренируют и промывают растворами антисептиков. Обязательна иммобилизация. При неэффективности консервативного лечения делают артротомию.

12.3. Артроз

Артроз (остеоартроз, деформирующий остеоартроз, остеоартрит) — широко распространенное заболевание суставов, связанное с дегенерацией суставного хряща.

Различают артрозтазобедренных суставов (коксартроз), коленных суставов (гонартроз), артроз мелких суставов кистей и стоп, артроз плечевых, локтевых, голеностопных суставов, артроз суставов позвоночника (спондилоартроз), артроз нескольких групп суставов (полиартроз), наследственный полиартроз (болезнь Келгрена) и некоторые другие.

Этиология. Причины артроза разнообразны — перегрузки суставов, травмы, наследственная предрасположенность, лишний вес, плоскостопие и др. Под влиянием этих факторов происходит истончение, деформация суставного хряща. Хрящ становится неровным, нарушается конгруэнтность суставных поверхностей, появляется трение при движениях, что вызывает боль, воспаление. На более поздних стадиях начинают изменяться и суставные поверхности костей — появляются остеофиты (костные выступы), суставные поверхности уплотняются, сужается суставная щель, вплоть до полного ее исчезновения.

До 50 лет мужчины болеют чаще женщин, после 50 лет женщины болеют в 2 раза чаще, чем мужчины.

Клиническая картина, диагностика. Чаще всего артрозом поражаются суставы, в большей степени подверженные нагрузке — суставы нижних конечностей (коленные, тазобедренные, голеностопные, суставы стоп), но в принципе артроз может возникнуть в любом суставе (рис. 12.5).

Заболевание развивается постепенно, прогрессирует обычно медленно. Пациенты жалуются на боли, в основном при движениях, нагрузках — меха-

нический тип болей. Боль возникает при дневном напряжении и уменьшается в покое. Характерны также стартовые боли — после длительной неподвижности (например, после сна) первые шаги сопровождаются сильными болевыми ощущениями, по мере того, как пациент «расхаживается», боли проходят. Стартовые боли обусловлены накоплением продуктов разрушения хряща на его поверхности, что делает ее неровной и вызывает боли. При первых движениях в суставе эти продукты выталкиваются в полость сустава и боли уменьшаются или проходят. Позднее присоединяется деформация сустава, боли могут беспокоить уже и в покое, ночью. Возникает тугоподвижность в суставе, в нем может скапливаться жидкость (синовит).

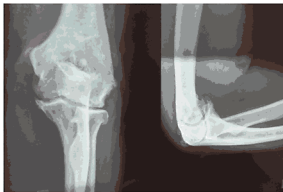


Рис. 12.5. Артроз локтевого сустава

Стадии артроза. На основании сочетания клинических и рентгенологических данных различают три стадии артроза.

I стадия артроза — незначительные болевые ощущения и ограничение подвижности сустава. При рентгене — незначительное сужение суставной щели, заострение краев суставных поверхностей (рис. 12.6).

II стадия артроза — умеренные боли и ограничение подвижности в суставе. На рентгене — выраженное сужение суставной щели, краевые костные разрастания (остеофиты), уплотнение кости под хрящом (субхондральный остеосклероз), кистовидные просветления в костях (рис. 12.7).

III–IV стадия артроза — выраженные болевые ощущения, значительное ограничение подвижности в суставе. На рентгене — практически полное отсутствие суставной щели, значительные костные разрастания и деформации (рис. 12.8).

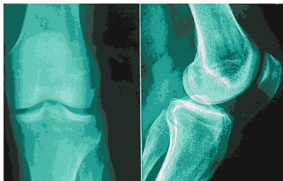


Рис. 12.6. Артроз коленного сустава I стадия



Рис. 12.7. Артроз коленного сустава II стадия



Рис. 12.8. Артроз коленного сустава III стадия

Диагноз артроза ставится на основании жалоб, клинической картины. Из дополнительных методов наиболее информативно рентгенологическое исследование. Когда проводится дифференциальная диагностика с повреждениями внутрисуставных структур, пигментным инфлюидарным синовитом и некоторыми другими заболеваниями, показана МРТ.

В анализах крови изменений обычно нет. При выраженном воспалении в крупных суставах может умеренно повышаться СОЭ.

Лечение. Лечение артроза комплексное. В качестве базисных препаратов назначаются хондропротекторы — вещества, являющиеся структурными компонентами хряща (хондроитин) и улучшающие свойства суставной жидкости (глюкозамин). Их применяют длительно в таблетках (структур, артра, терафлекс и др.) или курсами внутримышечных или внутрисуставных инъекций (афлутоп и др.)

При обострениях назначают противовоспалительные препараты (НПВС) внутрь и местно. При неэффективности терапии НПВС, а также при выраженном воспалении и скоплении жидкости в суставе, делают внутрисуставные инъекции ГКС (дипроспан, кеналог) после эвакуации жидкости в ту же иглу. Одним из сравнительно новых методов лечения артроза является внутрисуставное введение имплантов суставной жидкости, например ферматрона.

Возможно назначение физиотерапии — фонофорез с гидрокортизоном при обострениях, магнитотерапия. В последние годы стало получать распространение введение в сустав собственной плазмы, обогащенной тромбоцитами (плазмолифтинг). Однако этот метод применяется сравнительно недавно, и достоверно оценить его результаты, в том числе отдаленные, пока сложно.

Важную роль в лечении артроза занимает лечебная физкультура и образ жизни.

Артроз тазобедренных суставов (коксартроз). Заболевание чаще всего развивается после 40 лет. Развитие коксартроза в более молодом возрасте обычно обусловлено либо дисплазией (врожденным дефектом развития), либо чрезмерной нагрузкой на сустав — чаще всего сочетание избыточного веса с плоскостопием. Процесс может быть как одно-, так и двухсторонним.

Заболевание начинается постепенно, появляются боли в одном или обоих тазобедренных суставах. Боли беспокоят при ходьбе, могут отдавать в бедро, колено. Постепенно пациент начинает прихрамывать на большую ногу. Возникает атрофия мышц бедра и ягодицы. За счет «проседания» вертлужной впадины конечность постепенно укорачивается. При выраженном двухстороннем коксартрозе появляется «утинная походка» с перенапряжением туловища при ходьбе.

Диагноз коксартроза ставится на основании ряда критериев, разработанных американской коллегией ревматологов (ACR) в 1990 г., для постановки диагноза необходимо наличие боли в тазобедренном суставе и двух клинико-рентгенологических признаков из следующих трех: СОЭ < 20 мм/ч; остеофиты головки бедренной кости или вертлужной впадины; сужение суставной щели.

На фото ниже — рентгенограмма при выраженном артрозе тазобедренного сустава (рис. 12.9).

Лечение коксартроза направлено на замедление дальнейшего прогрессирования заболевания, уменьшение болей и воспалительных явлений при обострениях, улучшение функции сустава. При обострениях назначают НПВС (вольтарен, мовалис и др.) короткими курсами. Возможно применение физиотерапии. В период ремиссии базисную терапию составляют хондропротекторы — препараты, предотвращающие дальнейшее разрушение суставного хряща (структум, дона, артра, алфлутон, терафлекс). Важную роль играет лечебная физкультура, а также меры, направленные на снижение механической нагрузки на сустав, — снижение веса, ортопедический режим. Внутрисуставное введение имплантов суставной жидкости, а также плазмы, обогащенной тромбоцитами, применяется не широко из-за сложности точного

понадания в сустав. При тяжелом коксартрозе III стадии показано протезирование сустава.

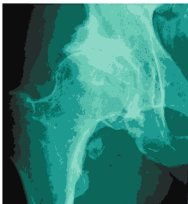


Рис. 12.9. Коксартроз

Артроз коленных суставов (гонартроз). Чаще всего артроз коленных суставов развивается вторично — на фоне избыточного веса, плоскостопия, физических перегрузок, после травм (особенно у спортсменов). Наиболее часто развивается после 50 лет, но возможно заболевание и в более молодом возрасте (особенно это касается посттравматического артроза). Поражение чаще — двухстороннее (за исключением посттравматического артроза) с преобладанием с какой-либо одной стороны.

Основное проявление гонартроза — боль, носящая механический характер, то есть больше выражена при движениях, ходьбе по лестницам. На поздних стадиях боли могут беспокоить и в покое, ночью, при длительном стоянии (ощущение «подкашивания» ног). Характерны «стартовые» боли. Позднее развивается деформация суставов, ограничение подвижности. Боли в покое и ночью свидетельствуют о нарушении внутрисуставного кровообращения, что говорит о поздних стадиях артроза. При артрозе пателло-феморального сочленения боли обычно возникают через 15–20 мин после сидения с согнутыми коленями, при вставании боли проходят.

Течение гонартроза характеризуется чередованием обострений и ремиссий. Обострение может быть спровоцировано физической нагрузкой, длительной ходьбой, переохлаждением. При обострении гонартроза боли усиливаются, в коленном суставе может скапливаться жидкость как реакция на воспаление, сустав может стать отечным, пальпация болезненна. По мере стихания воспаления симптомы регрессируют, и заболевание переходит в ремиссию. Для артроза не характерно повышение температуры тела. В анализах крови может умеренно повышаться СОЭ при обострениях.

Основной метод диагностики — рентгенологическое исследование, при котором видно сужение суставной щели, уплотнение суставных поверхностей (I стадия), заострение межмыщелковых бугорков, краевые костные разрастания — остеофиты (II стадия). При III стадии суставная щель практически отсутствует. Для уточнения диагноза по показаниям делают УЗИ, МРТ. Это необходимо для выявления повреждений менисков и крестообразных связок, кист Бейкера и др.

Следует особенно внимательно подходить к диагнозу гонартроза у молодых пациентов. До 40 лет артроз встречается довольно редко, чаще бывает посттравматическим. Нужно помнить, что боли в суставе могут быть вызваны множеством других причин. При рентгенографии признаки артроза I стадии встречаются довольно часто даже у молодых людей, но далеко не во всех случаях это говорит о заболевании. Поэтому при болях в коленных суставах у молодых пациентов в первую очередь нужно думать о повреждениях связок, менисков, энтезиопатии, артрите. Диагноз первичного гонартроза можно поставить только после исключения всех остальных заболеваний, при соответствующей клинической картине.

Основные принципы лечения гонартроза те же, что и для артроза любых суставов.

Пациенты должны максимально уменьшить нагрузку на коленные суставы. Необходимо ограничение подъема тяжестей, ходьбы по лестницам (особенно вниз), занятий видами спорта, которые дают большую нагрузку на коленный сустав (бег, игра в футбол и т.п.). Нежелательно ношение тяжелых сумок, ходьба по пересеченной местности. Пациентам с плоскостопием нужно носить ортопедические стельки. При лишнем весе необходимо его снижение. Нагрузки должны чередоваться с отдыхом, который позволит восстановить кровообращение в суставе. Например, после 30—40 мин ходьбы нужен 15-минутный отдых.

При обострениях, особенно сопровождающихся сильной воспалительной реакцией, хорошо помогают блокады с дипроспаном или кеналогом. Вводить в коленный сустав эти препараты можно либо при наличии

большого количества жидкости в суставе (после ее эвакуации через ту же иглу), либо при отсутствии эффекта от всех других методов лечения (приема НПВС внутрь или в инъекциях, физиотерапии и др.). Нужно понимать, что ГКС не лечат сустав, а только снимают воспаление, а при частом введении вызывают остеопороз и дополнительное повреждение суставного хряща. Считается, что допустимо не более пяти внутрисуставных инъекций с интервалом между ними не менее пяти дней, после чего необходимо воздержание от их введения несколько месяцев во избежание развития побочных гормональных эффектов и недостаточности коры надпочечников. Тем не менее, нужно стараться делать минимальное количество инъекций ГКС. Практика показывает, что для купирования обострения артроза, даже с выраженным синовитом, достаточно одного—трех введений. С особой осторожностью нужно подходить к введению ГКС пациентам с сахарным диабетом.

Хороший эффект дают внутрисуставные инъекции производных гиалуроновой кислоты (остенил, ферматрон и др.). Существуют разные формы подобных препаратов. Одни из них вводят в сустав пять раз, другие — три, третьи — один. Рассмотрим это на примере ферматрона.

1%-ный фематрон вводится в полость сустава один раз в неделю, на курс требуется пять инъекций. Ферматрон «Плюс» вводят также один раз в неделю, но на курс требуется три инъекции. Ферматрон «С» вводится однократно. Какую форму выбрать — четких указаний нет. С моей точки зрения, оптимален ферматрон «Плюс» — на курс достаточно три инъекции, за счет нескольких введений препарат более равномерно распределяется в полости сустава. Курса лечения обычно хватает на 6—12 месяцев, иногда дольше.

Уже после первой инъекции значительно уменьшаются боли в пораженном суставе, увеличивается его подвижность.

Ферматрон можно вводить в любые суставы, но наиболее эффективен он при артрозе коленных суставов.

Следует отметить, что ферматрон оптимально применять при артрозе I—II стадии, когда суставной хрящ еще сохранен, а костные деформации маловыражены. При III стадии, когда суставной хрящ практически отсутствует, эффекта от его введения практически нет, а если и есть, он непродолжителен.

Ферматрон и подобные ему препараты нельзя применять при синовите. При наличии воспаления в суставе нужно сначала купировать его (НПВС, ГКС внутрисуставно), а уже потом вводить ферматрон. У некоторых пациентов введение ферматрона сразу же вызывает рецидив синовита, в этом случае от лечения препаратами этой группы нужно отказаться.

В последнее время получает распространение лечение артроза коленного сустава собственной плазмой, обогащенной тромбоцитами. Ведутся исследования по применению стволовых клеток в терапии этого заболевания.

Артроз III стадии является показанием к эндопротезированию сустава.

12.4. Синовит коленного сустава

Синовит — воспаление синовиальной оболочки сустава. Синовиальная оболочка образует «мешок», окружающий подвижный сустав. Внутри здорового сустава синовиальная оболочка тонкая, она выделяет небольшое количество нормальной синовиальной жидкости, которая способствует уменьшению трения суставных поверхностей.

Если синовиальная оболочка воспаляется, она становится утолщенной, производит излишнее количество жидкости, которая вызывает увеличение сустава в объеме, дискомфорт, ограничение подвижности.

Синовит может развиваться в любом суставе, но в подавляющем большинстве случаев встречается в коленном суставе, поэтому его мы и рассмотрим в этом разделе.

Этиология. Синовит — неспецифическое состояние. Любое воспалительное заболевание или травма сустава может вызвать синовит. Выделяют следующие основные причины синовита:

- артриты — ревматоидный артрит, псориатический артрит, подагра, реактивный артрит и др.;
- артроз — при обострении деформирующего остеоартроза возможно развитие синовита, при этом воспаление вторично и вызывается трением деформированных суставных поверхностей друг о друга;
- травматический синовит — чаще всего развивается при повреждении внутрисуставных структур — менисков, крестообразных связок, но может появиться и после простого ушиба;
- редкие виды синовита — например, вилонодулярный синовит.

Клиническая картина, диагностика. Пациенты жалуются на боли, ограничение подвижности сустава, увеличение его в объеме, иногда на легкое покраснение кожи над пораженным суставом.

При сборе анамнеза удастся выяснить наличие в прошлом какого-либо заболевания суставов (подагры, ревматоидного артрита, артроза и др.) или травмы.

Общее состояние пациента обычно не страдает, температура тела повышается редко. При осмотре сустав опух, иногда гиперемизирован, контуры его сглажены, может быть горячим на ощупь. Пальпация умеренно болезненна. При синовите коленного сустава наиболее характерным

признаком является баллотация надколенника, которая свидетельствует о скоплении жидкости в полости сустава. Иногда количество жидкости бывает настолько большим, что между надколенником и суставом определяется флюктуация. Движения в пораженном суставе болезненны, ограничены, особенно сгибание, препятствием к которому служит большое количество жидкости в полости сустава.

В анализе крови может повышаться количество лейкоцитов, почти всегда повышена СОЭ, часто повышен С-реактивный белок. При синовите на фоне артрита наблюдается изменение лабораторных показателей, характерное для данного артрита (повышение ревматоидного фактора при ревматоидном артрите, повышение уровня мочевой кислоты в крови при подагрическом артрите и т.п.).

При ультразвуковом исследовании, КТ и МРТ наблюдается избыточное количество жидкости в полости сустава. В некоторых случаях бывает видна и причина синовита — повреждение мениска, деформирующий артроз, суставные «мышцы» и др.

При рентгеновском исследовании можно диагностировать причины синовита, например деформирующий артроз.

Лечение. Пациенту назначают покой, движения в пораженном суставе на время обострения нужно максимально ограничить.

Внутрь и наружно назначают НПВС — вольтарен, нимесил и т.п. При выраженном синовите целесообразно назначать их в инъекциях, с последующим переходом на таблетированные формы. При минимальном количестве жидкости НПВС бывает достаточно для быстрого регресса симптоматики.

При значительном скоплении жидкости в суставе показана пункция, которая имеет как диагностическое, так и лечебное значение. В плане диагностики пункция помогает дифференцировать гнойный артрит, наличие крови в полости сустава (гемартроз), в некоторых случаях (например, при диагностике кристаллических артритов) большое значение имеет цитологическое исследование суставной жидкости.

При пункции синовита обычно получают прозрачную желтоватую жидкость, количество которой (особенно в коленных суставах) может быть значительно — до 100 мл и более. После эвакуации жидкости в полость сустава через ту же иглу можно ввести ГКС (1 мл дипроспана или кеналога) в смесь с 2 мл новокаина или лидокаина. Следует помнить, что ГКС не рекомендуется вводить при гемартрозе и категорически нельзя вводить при подозрении на инфекционный артрит.

Прогноз при синовите обычно благоприятный, однако в силу того, что синовит чаще всего сопутствует хроническим заболеваниям суставов, имеется склонность к рецидивам.

13.1. Болезнь де Кервена

Болезнь де Кервена (тендовагинит де Кервена, теносиновит де Кервена) — заболевание, при котором происходит сужение сухожильного влагалища мышц, отводящих большой палец на уровне запястья.

Канал, через который проходит сухожилие, в силу разных причин сужается, что приводит к затруднению движений сухожилия в канале. Как следствие, увеличивается трение при движении сухожилия, что вызывает боль, отек, воспаление. Постепенно процесс хронизируется, в сухожильном влагалище формируются спайки, сужение начинает приобретать постоянный характер, сухожилие утолщается, боли также начинают приобретать постоянный характер.

Этиология. Основной причиной болезни де Кервена можно считать перегрузку лучезапястного сустава и большого пальца. К ней могут привести как однократные сильные нагрузки, так и повторяющиеся незначительные воздействия (работа дома, в саду). Во многих случаях заболевание носит профессиональный характер (пианисты, доярки, слесари). Из других причин можно выделить травмы, заболевания суставов, некоторые обменные заболевания. Чаще болеют женщины.

Клиническая картина, диагностика. Болезнь де Кервена обычно не сложна в диагностике. Диагноз ставится на основании клинической картины. Пациенты жалуются на боль в области лучезапястного сустава, со стороны большого пальца (рис. 13.1).

Боль возникает при движениях в большом пальце и лучезапястном суставе, но на более поздних стадиях может беспокоить и в покое. Боль может отдавать как в большой палец, так и выше по предплечью, до локтевого сустава. При выраженном воспалении возможна иррадиация даже в плечо.

При осмотре иногда можно отметить незначительный отек в области шиловидного отростка лучевой кости, там же отмечается пальпаторная болезненность.

Существует несколько диагностических тестов, наиболее точным из которых является проба Филькенштейна: пациента просят прижать большой палец к ладони и «накрыть» его сверху остальными пальцами.

Кисть сжата в кулак, но первый палец находится не над, а под остальными. В этом положении кисть отводят в локтевую сторону, что при положительной пробе сопровождается резкой болью (рис.13.2). При другом тесте пациенту предлагают большим и указательным пальцами обеих рук взять и поднять какой-либо предмет. С пораженной стороны это вызывает боль и снижение силы.

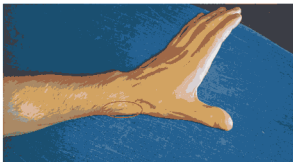


Рис. 13.1. Место болезненности при болезни де Кервена



Рис. 13.2. Проба Финкельштейна

Дополнительные методы исследования, как правило, не требуются, однако при травмах в анамнезе назначают рентген для исключения костно-травматических повреждений шиловидного отростка и лучезапястного сустава.

Лечение. Лечение теносиновита де Кервена — комплексное. В арсенале врача имеются разные средства для воздействия на заболевание.

- Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС).
- Блокады с глюкокортикоидами (дипроспан).
- Физиотерапия.
- Кинезиотейпирование.

НПВС снимают воспаление, что дает уменьшение боли, снижение отека в области пораженного сухожилия.

Физиотерапия обычно включает в себя фонофорез с гидрокортизоном, что тоже имеет противовоспалительное действие.

Кинезиотейпирование — метод, при котором с помощью специальной клейкой ленты (тейпа) снимается перенапряжение мышц, связок и сухожилий, улучшается лимфатический дренаж (рис. 13.3).



Рис. 13.3. Пример наложения тейпа при болезни де Кервена

Пациентам рекомендуют убрать нагрузки на пораженную кисть. Лечение обычно начинают с применения противовоспалительных препаратов внутрь и местно. Возможно одновременное проведение физиотерапии и кинезиотейпирования. При неэффективности проводят блокады с дипроспаном. Инъекцию производят в область так называемой анатомической табакерки⁴ — углубления, образованного сухожилиями разгибателя большого пальца (рис. 13.4), точка инъекции показана стрелкой.



Рис. 13.4. Точка инъекции ГКС при болезни де Кервена

При хроническом течении болезни де Кервена с частыми обострениями и резистентностью к лечению, показана операция — рассечение связки, сдавливающей сухожилие.

Чем раньше пациент обращается к врачу, тем проще и быстрее можно снять воспаление. Раннее лечение теносиновита де Кервена — залог того, что заболевание не перейдет в хроническую форму, не потребуются хирургическое лечение.

13.2. Болезнь Дюпюитрена (контрактура Дюпюитрена)

Это прогрессирующее дегенеративно-дистрофическое заболевание кистей, выражающееся в рубцовом перерождении ладонного апоневроза и ведущее к ограничению подвижности вовторого—пятого пальцев кистей.

Этиология. В настоящее время единого мнения о причинах заболевания нет. Доказана наследственная предрасположенность к болезни, почти всегда болеют мужчины. Есть мнения, что развитию контрактуры Дюпюитрена способствует хронический алкоголизм, локальная и общая вибрация.

Клиническая картина, диагностика. Заболевание обычно начинается с появления безболезненных уплотнений на ладони в проекции сухожилий сгибателя четвертого, пятого, реже второго—третьего пальцев одной или обеих кистей. Постепенно уплотнения увеличиваются в размерах, появляется ограничение движений в указанных пальцах (в сторону затруднения разгибания). По мере прогрессирования заболевания

пальцы становятся постоянно согнутыми, разгибание невозможно, возникает снижение или утрата трудоспособности.

По клиническим проявлениям контрактура Дюпюитрена делят на степени:

- I степень — наличие уплотнения на ладонной поверхности кисти без каких-либо нарушений функции кисти;
- II степень — распространение тяжей на основные фаланги пораженных пальцев, затруднение разгибания пальцев;
- III степень — стойкое нарушение функций кисти, уплотнения распространяются на средние фаланги пальцев, возникает стойкая сгибательная контрактура пальцев (пораженные пальцы находятся в положении сгибания, разогнуть их пациент не может даже с помощью другой руки).

Нередко встречается контрактура Дюпюитрена с двух сторон (рис. 13.5).



Рис. 13.5. Контрактура Дюпюитрена с двух сторон.
Справа — II стадия, слева — III стадия

Лечение. При I степени заболевания проводят консервативное лечение — лечебная физкультура, физиотерапия, тепловые процедуры (грязелечение и др.). Лечение не приводит к выздоровлению, а замедляет прогрессирование заболевания. В некоторых случаях удается достигнуть длительной ремиссии.

При II и III степени показано хирургическое лечение, которое целесообразно проводить в специализированных стационарах по лечению

заболеваний кисти. При операции иссекают пораженные участки апоневроза, рассекают спайки. После операции полного восстановления подвижности пальцев удастся добиться не всегда, но в целом результаты хирургического лечения хорошие.

13.3. Болезнь Нотта (щелкающий палец)

При этом заболевании на сухожилии сгибателя в области пястно-фалангового сустава по ладонной поверхности кисти появляется утолщение. При сгибании пальца это утолщение цепляется за связку, которая поддерживает сухожилие, что дает затруднение сгибания, ощущение «щелчка».

Этиология. Причинами щелкающего пальца могут быть механические воздействия (постоянная травматизация, вибрация и т.п.), в ряде случаев причину установить не удастся.

Клиническая картина, диагностика. В начальных стадиях заболевания при сгибании пальца ощущается небольшое затруднение, сопровождающееся ощущением «щелчка», позднее пациенту приходится разгибать палец другой рукой, на поздних стадиях формируется контрактура в положении сгибания. По ладонной поверхности пястно-фалангового или межфалангового сустава пальпируется слегка болезненное уплотнение, над которым при сгибании пальца определяется щелчок.

Лечение. В начальной стадии противовоспалительные препараты местно и внутрь, блокады с дипроспаном, неплохой эффект дает физиотерапия. На более поздних стадиях — хирургическое лечение (рассечение связки, сдавливающей сухожилие).

13.4. Бурсит

Бурсит — воспаление околосуставных сумок. В норме эти сумки нужны для того, чтобы обеспечить хорошее «скольжение» тканей над костями в местах сгибов конечности.

Этиология. Чаще всего механическое воздействие, трение, ушибы. Наиболее часто встречаются бурсит локтевого отростка, бурсит в области коленной чашечки (надколенника) — пренателлярный бурсит, встречаются бурситы и других локализаций (подпяточный бурсит, субакромиальный бурсит и др.).

Клиническая картина, диагностика. Различают серозный и гнойный бурситы.

При серозном бурсите области пораженной сумки имеется округлая безболезненная припухлость, кожа над ней не изменена (рис. 13.6), иногда имеется легкое покраснение, температура тела нормальная, при пальпации создается ощущение наличия жидкости внутри образования (флюктуация). При глубоком залегании сумки (например, при инфрапателлярном и субакромиальном бурсите) поставить диагноз помогает ультразвуковое исследование.



Рис. 13.6. Серозный бурсит области надколенника

При гнойном бурсите область сумки — с выраженным покраснением, нередко с переходом на соедине отделы конечности (рис.13.7), могут беспокоить боли, бывает повышение температуры. Иногда отличить серозный бурсит от гнойного можно только при помощи диагностической пункции.

Лечение. При серозном бурсите делается пункция, жидкость удаляется, в полость сумки через ту же иглу вводит дипроспан или гидрокортизон. Дипроспан разводят новокаином или лидокаином. Пункцию следует выполнять иглой не тоньше 21G, в противном случае экссудат может не пойти в иглу. Одновременно назначают противовоспалительную терапию (НПВС внутрь и местно), рекомендуют покой для конечности. При серозном бурсите при пункции получают прозрачную желтоватую или чуть розовую жидкость. После травм жидкость нередко носит геморрагический характер, напоминая по виду старую кровь. В этом случае от введения глюкокортикостероидов лучше отказаться. В случае повторного накопления жидкости она, скорее всего, будет уже серозной, тогда и можно ввести ГКС.



Рис. 13.7. Гнойный бурсит локтевого отростка

Если же при пункции получен гной, это говорит о гнойном бурсите, тогда показана операция. Под местной анестезией делают разрез над пораженной бурсой, эвакуируют гной, полость санитируют антисептиками и дренируют марлевыми турундами. При гнойном бурсите назначают антибиотик.

В некоторых случаях серозный бурсит рецидивирует, то есть жидкость накапливается опять и приходится делать повторные пункции. В этом случае неплохой эффект дает промывание полости бетадином (повидон-йод 10%). После эвакуации выпота в полость бursы через ту же иглу вводят бетадин, разведенный 1:10 с физраствором (одна часть бетадина на десять частей физраствора), и тут же вытягивают его обратно шприцем. Процедуру повторяют при каждом накоплении жидкости, что через несколько пункций дает выздоровление.

При упорном рецидивирующем серозном бурсите делают операцию — иссечение бursы. Вышеательство выполняют травматологи-ортопеды в условиях стационара.

13.5. Киста Бейкера (подколенная киста)

Киста Бейкера — подкожное образование, которое находится в подколенной области, позади коленного сустава.

Представляет собой образование, наполненное прозрачной, чуть желтоватой тягучей жидкостью, бывает объемом от 2—3 до 150 (иногда и более) мл. В кисте могут быть перегородки, вегетации. Обычно киста

связана с задним заворотом коленного сустава. Считается, что из сустава в кисту жидкость поступать может, а обратно — нет.

Этиология. Чаще всего киста сопутствует артрозу коленного сустава. Она также может появляться после травмы сустава, иногда — при ревматоидном артрите. В некоторых случаях причину появления выявить не удается.

Клиническая картина, диагностика. Пациенты жалуются на умеренные боли позади коленного сустава, связанные с движениями. Возможно усиление болей при сгибании сустава, ограничение сгибания при крупных кистах. Если киста большая, ее можно пропальпировать под кожей.

В некоторых случаях киста сдавливает нервный или сосудистый пучок, что ведет к вторичным нарушениям — боли в голени, отек голени, онемение и др. В редких случаях киста настолько сдавливает подколенную вену, что может вызвать тромбоз глубоких вен.

Нередки случаи разрыва кисты — это сопровождается внезапной сильной болью под коленом с последующим нарастанием отека голени. Данное состояние нужно дифференцировать от тромбоза глубоких вен и межмышечной гематомы. Точный диагноз позволяет поставить УЗИ.

Наиболее простым и информативным методом диагностики является ультразвуковое исследование.

Лечение. Кисту пунктируют толстой иглой 18G, удаляют шприцем содержимое, в полость кисты через ту же иглу вводят противовоспалительный препарат (кеналог, динпростан). Желательно делать манипуляцию под УЗИ-контролем. Это позволяет полностью удалить жидкость даже в многокамерной кисте и избежать повреждения сосудистого пучка, который проходит рядом.

Если жидкость в кисте накапливается опять, несмотря на повторные пункции, а киста имеет тенденцию к увеличению в размерах, рекомендуют операцию, которую проводят травматологи-ортопеды.

13.6. Периартрит

Периартрит — воспаление тканей, окружающих сустав. По сути, под периартритом понимают любое (кроме гнойного) воспаление около сустава. Это может быть и эпикондилит, и плечелопаточный периартрит, и боли, вызванные перегрузкой связок сустава.

Этиология. Наиболее частой причиной периартрита является энтезиопатия — воспаление мест прикрепления связок к костям. По сути, энтезиопатия представляет собой микронадрывы связок. К ним могут привести как однократные сильные нагрузки по типу растяжения, так

и стереотипные, повторяющиеся движения (закручивание шурупов, работа с клавиатурой компьютера и др.).

К другим причинам можно отнести ревматологические заболевания — анкилозирующий спондилоартрит, псориатическая артропатия и др., которые дают предрасположенность к энтезопатии.

При микронадрывах в области связок возникает воспалительный процесс, надрывы заживают с точечными отложениями кальция в толще связок, благодаря чему эти связки постепенно теряют эластичность и становятся менее прочными на разрыв, и при повторных уже небольших нагрузках надрывы формируются опять, процесс приобретает хроническое течение.

Клиническая картина, диагностика. Диагноз периартрита ставится, как правило, на основании клинической картины. Пациенты жалуются на боли в области сустава, в основном при определенных движениях. В анамнезе нередко присутствует указание на физическую перегрузку за один-два дня до появления симптомов. Иногда в зоне периартрита может быть умеренный отек. Покраснение кожи не встречается практически никогда. Пальпация в зоне прикрепления пораженной связки или места прикрепления мышцы умеренно болезненна. Например, при периартрите локтевого сустава, при воспалении мест прикрепления мышц к надмыщелкам плечевой кости (эпикондилит), пальпация может быть болезненна по наружной или внутренней поверхности сустава (латеральный или медиальный эпикондилит).

Движения в пораженном суставе умеренно болезненны. Болезненность отмечается в основном при напряжении тех мышц, места прикрепления которых вовлечены в периартрит. Характерно, что болезненны в основном активные движения (которые делает сам пациент). Пассивные движения (которые делает врач, например поднимает и опускает расслабленную руку) практически безболезненны. При периартрите в области связок, которые окружают и фиксируют сустав, болезненна нагрузка (например, при периартрите голеностопного сустава больно наступать на ногу).

Лабораторные исследования (общий анализ крови, ревматологические пробы) обычно находятся в пределах нормы и скорее говорят об отсутствии других заболеваний — артрита, периапартулярной флегмоны и др.

При диагностике периартрита применяют рентгенологическое и ультразвуковое исследование (УЗИ). Рентген позволяет исключить переломы, а также другие заболевания, сопровождающиеся болями в области сустава (артроз, костные опухоли). При хроническом течении периартрита в области надрывов связок видны отложения кальция —

кальцинаты, а также экзостозы (костные выступы в местах прикрепления связок к костям).

УЗИ может показать частичные или полные разрывы связок, кальцинаты, а также исключить другие заболевания (бурсит, повреждение менисков и др.).

Лечение. Пораженному суставу нужен покой, можно применять фиксирующие повязки из эластического бинта или специальные ортезы.

Из лекарственных препаратов назначают НПВС внутрь и местно. При неэффективности — блокады с динпроспаном в болезненную точку (обычно дают быстрое улучшение). Блокаду делают следующим образом: врач нащупывает болезненную точку, в ее проекции водят иглу со шприцем перпендикулярно к коже, упираются в подлежащую костную структуру. Затем иглу подтягивают на себя на 1–2 мм и вводят содержимое шприца. Для блокад применяют 1 мл кеналога или динпроспана, разведенного в 1–2 мл новоканна или лидокаина. Следует отметить, что анестетик в данной ситуации применяется не столько для анестезии, сколько для разведения препарата для распространения его на большую площадь.

К другим методам лечения можно отнести физиотерапию, кинезиотейпирование, лечебную гимнастику (только упражнения, вызывающие расслабление мышечного корсета вокруг сустава, например упражнение Кодмана при плечелопаточном периартрите).

Важно, чтобы после улучшения полноценная нагрузка на сустав давалась не ранее, чем через один месяц после перенесенного заболевания, увеличение нагрузок должно быть постепенным. В противном случае надрывы связок не успевают хорошо зажить, и периартрит рецидивирует.

13.7. Плечелопаточный периартрит

Плечелопаточный периартрит — собирательный термин, которым обозначают состояния, когда боль в области плечевого сустава вызвана не заболеванием самого сустава, а окружающих сустав тканей (связок, сухожилий, мышц, синовиальных сумок). В последнее время при формулировке диагноза принято конкретизировать пораженную структуру (например, «тендит надостной мышцы» или «субакромальный бурсит»).

Этиология. Наиболее частыми причинами плечелопаточного периартрита являются физические перегрузки. Заболевание может вызвать как однократная сильная нагрузка, так и часто повторяющиеся монотонные движения, которые могут вызвать перегрузку определенной

мышцы или связки. Другими причинами периаартрита могут быть травмы, а также остеохондроз шейного отдела позвоночника, который может быть причиной мышечного спазма, а тот, в свою очередь, ведет к микронадрывам мышц и связок.

В самом общем виде механизм развития плечелопаточного периаартрита выглядит так: на фоне нагрузок возникают микронадрывы в мышцах и связках, которые вызывают боли. В тканях, окружающих плечевой сустав, развивается воспаление, которое во многих случаях приобретает хроническое течение. По мере заживления микронадрывов в них откладывается соли кальция, что делает ткани менее эластичными и более «хрупкими» на разрыв. Поэтому даже небольшая нагрузка может вызвать рецидив периаартрита. В некоторых случаях боль может быть вызвана соударением большого бугорка плечевой кости, акромиального отростка и коракоакромиальной связки (импиджмент-синдром).

Клиническая картина, диагностика. Движения в плечевом суставе осуществляются в основном четырьмя мышцами — надостной, подостной, подлопаточной и малой круглой. К большому бугорку головки плечевой кости прикрепляется сухожилие длинной головки бицепса, что тоже может влиять на патогенез болевого синдрома. Данные мышцы и их сухожилия в совокупности называют ротаторной (вращательной) манжетой плечевого сустава.

Боль при плечелопаточном периаартрите может быть обусловлена воспалением одной или нескольких из этих мышц или их сухожилий.

Пациенты жалуются на боли в области плечевого сустава, чаще при выполнении определенных движений. В начале заболевания боли беспокоят преимущественно при нагрузке, при хронизации процесса боль может быть и в покое, а также ночью.

В анамнезе, как правило, присутствует указание на перегрузку плечевого сустава — растяжение, подъем тяжести, профессия (например, штукатур) и др. У многих пациентов имеется сопутствующий остеохондроз шейного отдела позвоночника или грыжи дисков.

При осмотре внешних изменений нет. При пальпации определяются болезненные точки по передней, боковой или задней поверхности плечевого сустава в местах прикрепления мышц ротаторной манжеты. Движения в плечевом суставе болезненны. Характерна большая болезненность при активных (которые делает сам пациент) движениях, в то время как пассивные движения (которые делает конечностью пациента врач) менее болезненны. Несложные функциональные тесты позволяют уточнить, какие именно мышцы ротаторной манжеты воспалены.

При поражении сухожилия надостной мышцы болезненно отведение плеча. Появление болезненности только вначале и в конце движения

говорит о воспалении серозной сумки, расположенной под акромиальным отростком лопатки (субакромиальный бурсит). Сейчас это состояние чаще называют импиджмент-синдром.

Боль при наружной ротации плеча (попытка причесаться) говорит о поражении сухожилий подостной и малой круглой мышц.

Заведение руки за спину (внутренняя ротация плеча) свидетельствует о воспалении сухожилия подлопаточной мышцы.

Сгибание в локтевом суставе и супинация предплечья, напоминающее поворот ключа в замке (врач оказывает сопротивление этому движению), говорит о поражении сухожилия головки бицепса.

При болезненных пассивных движениях в плечевом суставе можно думать о поражении самого плечевого сустава (артроз, артрит).

Уточнение, какая именно поражена мышца, может быть полезно при проведении блокад.

Всем пациентам с болями в плечевом суставе необходима рентгенография. При плечелопаточном периаартрите рентгенограммы обычно бывают в норме, при хроническом процессе можно обнаружить кальцификацию связок или сумок, окружающих сустав. Исследование позволяет исключить другие заболевания, могущие вызвать боль в плечевом суставе (артроз, остеохондропатии, переломы, костные опухоли и др.).

Магнитно-резонансную томографию (МРТ) целесообразно проводить при подозрении на разрыв ротаторной манжеты.

В анализах крови отклонений обычно нет. При выраженном хроническом воспалении может немного повышаться СОЭ. Отсутствие изменений в анализах крови позволяет исключить другие заболевания, сопровождающиеся болями в плечевом суставе (артрит).

Лечение. Лечение плечелопаточного периаартрита должно быть комплексным. Пациентам назначают нестероидные противовоспалительные препараты внутрь и местно. При выраженном болевом синдроме желателен их внутримышечное введение.

Показана физиотерапия (фонофорез с гидрокортизоном).

Хороший эффект дает лечебная физкультура, значение которой часто недооценивается как врачами, так и пациентами. В период обострения показано только упражнение Кодмана — пациент здоровой рукой опирается о стол, больная рука опущена вниз, расслаблена и совершает маятникообразные движения. Это упражнение расслабляет ротаторную манжету.

При неэффективности НПВС целесообразно проведение блокад с кортикостероидами (дипроспан или кеналог). Блокады делают в мягкие ткани в болевых точках области плечевого сустава. При сопутствующем остеохондрозе шейного отдела позвоночника желательно также

выполнение блокад в мышечный массив воротниковой зоны — это способствует расслаблению мышц ротаторной манжеты.

Курс блокад обычно начинают с воротниковой зоны. В болезненную точку над остью лопатки (как можно медиальнее — там почти всегда есть резко болезненная точка) вводят 1 мл динпроспана плюс 5 мл 0,5%-ного новокаина. Иглу ведут вниз, упираются в ость лопатки, отступают на 1–2 мм и вводят смесь в надостную мышцу. В некоторых случаях этой блокады бывает достаточно, чтобы полностью купировать обострение. При недостаточном эффекте, через пять–семь дней блокаду повторяют, но уже в наиболее болезненную точку периапартулярно по передней, боковой или задней поверхности плечевого сустава. Вводят 1 мл динпроспана плюс 2 мл 0,5%-ного новокаина. При недостаточном эффекте через пять–семь дней блокаду повторяют. Более трех блокад подряд делать нежелательно, а более пять — нельзя. После курса блокад необходим перерыв не менее три месяцев.

В последние годы для лечения плечелопаточного периапартита активно стали применять ударно-волновую терапию, однако сведения об эффективности этого метода пока противоречивы.

Неплохой эффект в комплексной терапии дает кинезиотейпирование. Тейпы накладывают в проекции надостной мышцы. Возможно наложение и после блокады воротниковой зоны.

У пациентов с хроническим течением периапартита, а также при наличии сопутствующего остеохондроза шейного отдела позвоночника необходимо проведение лечения совместно с невропатологом.

При неэффективности консервативной терапии, а также при наличии разрывов ротаторной манжеты ставится вопрос о хирургическом лечении.

13.8. Пяточная шпора

Пяточная шпора — разрастание пяточной кости в виде «шипа» в месте крепления подошвенного апоневроза (так называемая нижняя пяточная шпора) или в месте крепления ахиллова сухожилия (так называемая верхняя пяточная шпора).

Этиология. К пяточной кости по подошвенной поверхности прикрепляется подошвенный апоневроз. При нагрузках или неправильных установках стопы, в том числе при плоскостопии, в местах прикрепления апоневроза к пяточной кости происходят микронадрывы и начинается воспаление, сопровождающееся болями, тогда это состояние называют подошвенным фасциитом. При заживлении надрывов происходит отложение в тканях солей кальция. При повторном надрыве происходит

то же самое — в итоге при многократных надрывах образуется структура костной плотности, напоминающая «шип». Образовавшись, она остается навсегда. По такому же принципу формируется «шпора» в месте прикрепления ахиллова сухожилия к пяточной кости. С другой стороны, боли при пяточной шпоре обусловлены не столько самим «шипом», сколько воспалением окружающих его тканей, в том числе маленькой серозной сумки под пяткой (так называемый подпяточный бурсит).

Клиническая картина, диагностика. Сама по себе пяточная шпора не вызывает болей и не приносит пациенту каких-либо неудобств. Нередко шпору выявляют случайно, при рентгеновских исследованиях по другим поводам. Жалобы появляются при воспалении окружающих тканей. Обычно пациента беспокоят боли по подошвенной поверхности пятки, при ходьбе. Боли также выражены при первых шагах после покоя (например, утром при вставании с постели) — так называемые стартовые боли. После нескольких шагов боли прекращаются или ослабевают. Пальпация по подошвенной поверхности пятки или в месте прикрепления ахиллова сухожилия болезненна.

На рентгене выявляется характерный «шип» (рис.13.8), в некоторых случаях изменений на рентгене нет.

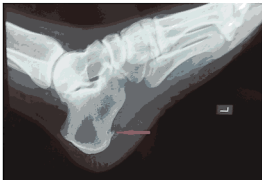


Рис. 13.8. Пяточная шпора — показана стрелкой

Встречаются пяточные шпоры как по верхнему, так и по нижнему краю бугра пяточной кости (рис.13.9).

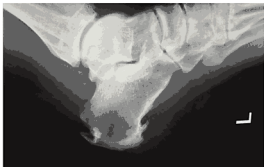


Рис. 13.9. Верхняя и нижняя пяточные «шпоры»

Лечение. Основная задача лечения — ликвидировать не саму «шпору», а воспаление окружающих тканей. Саму шпору убрать сложно, это можно сделать путем ортопедической операции, в результате которой нельзя гарантировать полного избавления от болей и отсутствия рецидива шпоры. Воспаление ликвидируется комплексным лечением, которое включает в себя:

- ортопедическую коррекцию — применяют супинаторы, разгружающий подпятник и др.;
- противовоспалительную системную терапию — препараты группы НПВС внутрь и местно в виде мазей;
- блокады с ГКС — динпроспан, депо-медрол, кеналог и др. — обеспечивают наилучший эффект за счет мощного противовоспалительного действия;
- физиотерапию — электрофорез, фонофорез с гидрокортизоном, УВЧ и др.;
- рентгенотерапию — обладает хорошим эффектом, но ограничена в применении в связи с дорогостоящим и редким оборудованием;
- ударно-волновую терапию — относительно новый метод, заключающийся в прицельном волновом воздействии на шпору. Ударно-волновая терапия при пяточной шпоре приносит положительный эффект далеко не во всех случаях, а иногда ведет к обострению болей;
- хирургическое лечение — удаление шпоры, применяется крайне редко, при неэффективности всех других методов;

- кинезиотейпирование — относительно новый метод, применяется в сочетании с другими. Суть метода заключается в воздействии на ткани, окружающие сустав, с помощью тейпов — специальным образом изготовленных эластичных липких лент, имеющих особую структуру и свойства. Путем фиксации тейпов на различные области тела удастся добиться поддержки одних мышц, расслабления (ингибции) других, улучшения лимфатического дренирования очага воспаления, и, таким образом, купировать болевой синдром, уменьшить воспаление и улучшить функцию пораженных тканей — мышц (связки, мышцы, сухожилия, отечные ткани). Кинезиотерапия успешно сочетается с другими методами лечения пяточной шпоры. Так, после блокады возможно наложение тейпа с целью поддержки подошвенной фасции и уменьшения нагрузки на пяточную кость в области «шпоры». Тейпы накладывают на несколько дней, ношение их не причиняет неудобств, они гипоаллергенны, с ними можно мыться в душе.

Техника блокады при пяточной шпоре. Для проведения блокады наиболее предпочтителен дипроспан. Блокаду проводят шприцем 2 мл, в который набирают 1 мл дипроспана и 1 мл 0,5%-ного новоканна. При непереносимости новоканна его можно заменить на 2%-ным лидокаином. Точка инъекции при нижней пяточной «шпоре» находится по нижнебоковой поверхности с медиальной стороны пятки. Иглу направляют в сторону нижнего края пяточной кости. После упора в кость отступают на 1–2 мм и медленно вводят препарат (рис. 13.10).

При введении не должно быть очень большого сопротивления (это может говорить о том, что препарат вводится в толщу апоневроза, что нежелательно). При точном попадании в очаг воспаления инъекция может быть довольно болезненна. При верхней пяточной «шпоре» иглу вводят под ахиллово сухожилие с латеральной или медиальной стороны у места его прикрепления к пяточной кости, направляя к центру и вниз до упора в верхний край пяточной кости. Затем иглу подтягивают на себя на 1–2 мм и медленно вводят препарат. Важно не ввести препарат в толщу сухожилия (сопротивление при введении) — это может вызвать его некроз.

Пациента нужно предупредить, что в первые сутки после блокады возможно усиление боли, а затем должно наступить улучшение. Болевой синдром чаще встречается при блокаде «нижней» пяточной шпоры, возникает в связи с кристаллизацией препарата, субфасциальным отеком и компрессией в нем нервных окончаний. Лечение — НПВС, мочегонные в небольших дозах. В очень редких случаях боли бывают сильными и длятся до нескольких дней, затем обычно наступает улучшение. В большинстве случаев вышеуказанные побочные эффекты не наступают.



Рис. 13.10. Блокада при пяточной шпоре

Дальнейшая тактика лечения следующая: если через пять—семь дней боли полностью не прошли, блокаду повторяют. В случае полного купирования боли либо, напротив, отсутствии какого-либо положительного эффекта от введения препарата, повторные блокады не показаны. Максимальное количество блокад с интервалом пять—семь дней — до пяти. Потом нужно делать перерыв минимум три месяца. Практика показывает, что для купирования обострения при пяточной шпоре достаточно одной—двух блокад. После стихания болей важно, чтобы пациент носил ортопедические стельки, так как если перегрузка будет продолжаться, боли вскоре вернутся опять.

13.9. Синдром карпального канала

Синдром карпального (запястного) канала — совокупность симптомов, возникающих при сдавлении срединного нерва в месте его прохождения через запястье. Срединный нерв берет свое начало из плечевого нерва, который ближе к предплечью делится на лучевой, локтевой и срединный. Срединный нерв проходит по ладонной поверхности запястья на кисть через карпальный канал. Этот канал образован костями запястья и поперечной связкой запястья. Вместе со срединным нервом через него проходят сухожилия сгибателей.

Синдром карпального канала относится к так называемым туннельным синдромам — ущемлению различных анатомических структур в костно-фиброзных каналах.

Этиология. Синдром запястного канала — довольно распространенная патология. К его возникновению ведут как узость самого канала (врожденная, приобретенная — рубцовая и т.п.), так и перегрузка сухожильных сгибателей:

- перегрузки (повторяющиеся монотонные движения в запястье);
- травма (после ушибов и переломов может быть деформация канала или сдавление в нем структур за счет отека);
- некоторые заболевания (ревматоидный артрит, синдром Педжета, акромегалия, гормональные нарушения, алкоголизм и др.);
- профессии, связанные с воздействием вибрации на кисть (бульдозерист, работа с отбойным молотком и т.п.).

Клиническая картина, диагностика. Основные проявления синдрома карпального канала связаны с ущемлением нерва. Срединный нерв иннервирует второй—третий пальцы кисти, половину четвертого пальца и большую часть первого пальца. Соответственно, вся симптоматика проявляется в зоне иннервации. Пациенты жалуются на чувство онемения, боли, покалывание в указанных пальцах. Может быть их умеренный отек (или ощущение такового). Симптомы больше выражены ночью или утром. Пациентам приходится периодически встряхивать ночью кисти, что ведет к уменьшению боли. По мере прогрессирования заболевания боль может распространяться вверх по руке и в тяжелых случаях достигать даже шеи.

Известно несколько диагностических проб, которые помогают в постановке диагноза.

Симптом Тинеля — постукивание молоточком или пальцем по коже в проекции карпального канала вызывает боли и покалывание в пальцах кисти. Разновидность симптома Тинеля — при умеренном давлении пальцем исследователя в проекции запястного канала более одной минуты появляются боли и парестезии в иннервируемых срединным нервом пальцах.

Другие симптомы — боль при дотрагивании кончиком большого пальца до подушечек других пальцев. Затруднение движений в пальцах (невозможность застегнуть пуговицу и т.п.).

Мизинец при синдроме карпального канала не поражается никогда.

По показаниям могут быть назначены дополнительные исследования — рентгенография, тест на скорость проведения импульсов по нерву и др.

В некоторых случаях встречается двусторонний синдром карпального канала.

Похожая симптоматика наблюдается при синдроме канала Гийона (сдавление локтевого нерва в Гийоновом канале), с той разницей, что парестезии локализуются в пятом пальце и по тыльной стороне четвертого пальца кисти.

Лечение

Консервативное лечение. Синдром карпального канала нужно начинать лечить на ранних стадиях заболевания. Чем раньше начато лечение, тем больше шансов обойтись консервативными мероприятиями, тем меньше вероятности, что заболевание будет прогрессировать. Лечение включает в себя прием внутрь противовоспалительных препаратов (вольтарен, мовалис), местное применение мазей (индовазин-гель). Также назначаются средства, улучшающие питание нерва (мильгамма, никотиновая кислота).

Хороший эффект приносят блокады с дипроспаном — препарат в смеси с анестетиком вводится непосредственно в карпальный канал, что приводит к уменьшению отека, воспаления — давление на нерв уменьшается, наступает улучшение. Инъекция выполняется так же, как при анестезии срединного нерва по Брауну в нижней трети предплечья (см. п. 1.3). Вводят 1 мл дипроспана в смеси с 1 мл 2%-ного новокаина или лидокаина. При синдроме канала Гийона инъекцию делают на 2 см выше линии лучезапястного сустава по лучевому краю сухожилия локтевого сгибателя кисти так же, как при анестезии по Брауну локтевого нерва.

В комплексную терапию могут быть включены физиотерапия, кинезиотейпирование.

В любом случае нужно исключить какие-либо нагрузки на кисть. Лицам, занятым в работах, сопряженных с локальной вибрацией, рекомендуют сменить профессию.

При наличии сопутствующих заболеваний, способствующих возникновению синдрома карпального канала (ревматоидный артрит, сахарный диабет и др.), необходимо их адекватное лечение у соответствующих специалистов. Своевременно начатая и грамотная терапия при лечении синдрома карпального канала может позволить избежать хирургического вмешательства и надолго затормозить прогрессирование заболевания.

Хирургическое лечение. При неэффективности консервативной терапии показана операция. При этом вмешательстве производится рассечение связки, сдавливающей срединный нерв. После операции болевые ощущения значительно уменьшаются сразу, однако полная реабилитация наступает через несколько месяцев.

13.10. Стилоидит

Стилоидит — воспаление в области шиловидного отростка лучевой или локтевой костей. Соответственно, в зависимости от того, какой отросток воспален, заболевание называется локтевой или лучевой сти-лоидит.

Локтевой шиловидный отросток располагается по боковой поверх-ности лучезапястного сустава со стороны мизинца, а лучевой шиловид-ный отросток — со стороны большого пальца. Собственно, воспаляется не сам отросток, а места прикреплений к нему связок и сухожилий или сухожильные влагалища. Заболевание также носит название «лучеза-пястный стилоидит».

Наиболее часто возникает стилоидит лучевой кости, так как в этой области располагается сухожильное влагалище мышцы, отводящей боль-шой палец, сужение которого предрасполагает к возникновению забо-левания.

Этиология. Основная причина стилоидита лучезапястного суста-ва — перегрузки. Заболевание могут вызвать как однократные нагруз-ки (подъем тяжелой сумки и т.п.), так и повторяющиеся однообразные движения в лучезапястном суставе и большом пальце (например, при вы-полнении определенных работ на производстве). Другая причина сти-лоидита — травма (ушиб, растяжение).

Клиническая картина, диагностика. Диагноз ставится на основа-нии характерных жалоб и клинической картины. Дополнительные мето-ды исследования проводятся по показаниям. Например, при ушибе нуж-на рентгенография для исключения перелома шиловидного отростка.

Лучевой стилоидит. Клиническая картина напоминает таковую при болезни де Кервена. Основное проявление — боль. Она возникает в области лучезапястного сустава с лучевой стороны (со стороны боль-шого пальца). Боль может возникнуть как остро (например, вследствие травмы), так и нарастать постепенно (при хронических перегрузках). Характерно наличие боли при движениях в лучезапястном суставе или большом пальце. Боль в покое встречается значительно реже и может быть при очень сильно выраженном воспалении или при хроническом длительном течении заболевания.

При внешнем осмотре изменений обычно нет. В редких случаях можно обнаружить небольшую припухлость над шиловидным отрост-ком. Покраснения кожи практически не бывает.

Пальпация в области шиловидного отростка болезненна. Движе-ния в лучезапястном суставе и (или) большом пальце умеренно болез-ненны.

Существует несколько проб для диагностики стилоидита лучевой кости. Проба Финкельштейна (описана в разделе, посвященном болезни де Кервена). Пальцевая проба — при сведении кончика большого пальца с кончиком второго и третьего пальцев боли нет, а при сведении с кончиками четвертого и пятого пальцев пациент ощущает боль. Проба с отведением ладоней — пациент кладет ладони на стол и отводит в одну и другую стороны. При этом при отведении в локтевую сторону (в сторону мизинца) наблюдается ограничение движений и боль.

Локтевой стилоидит. Местная симптоматика при стилоидите локтевой кости аналогична таковой при лучевом поражении, но в проекции шиловидного отростка локтевой кости. Одно из отличий — боль при локтевом стилоидите может иррадиировать в четвертый и пятый пальцы кисти. Это связано с давлением на локтевой нерв в воспаленных тканях. Разница также имеется и в диагностических пробах.

Пальцевая проба и проба Филькенштейна при данном заболевании не проводится. При проведении пробы с отведением ладоней боль и ограничение движений будут возникать при отведении в лучевую сторону (в сторону большого пальца).

Лечение. Лечение стилоидита при поражении с лучевой и локтевой стороны одинаково и включает в себя:

- ограничение нагрузок;
- применение (НПВС) внутрь и местно;
- блокады с динпроспаном или кеналогом;
- физиотерапию;
- кинезиотейпирование.

Нагрузки рекомендуется убрать на один—два месяца. Что касается лекарственной терапии, то при стилоидите начинают с приема НПВС внутрь (вольтарен, нимесил и др.) с одновременным местным применением (вольтарен-гель, индовазин-гель).

Одновременно можно дополнить терапию кинезиотейпированием и физиотерапией. При неэффективности терапии в течение семи дней назначают блокады с динпроспаном (от одного до трех, с интервалом пять—семь дней). При значительно выраженном болевом синдроме блокады можно начать делать сразу, не дожидаясь эффекта от НПВС. Для выполнения блокады берут шприц 2 мл. Набирают 1 мл динпроспана и 1 мл 0,5%-ного новокаина. В области пораженного шиловидного отростка находят болезненную точку. Иглу ведут к основанию шиловидного отростка со стороны наибольшей болезненности, упираются в кость. Затем шприц подтягивают на себя на 1 мм и вводят лекарственную смесь.

13.11. Тендовагинит

Тендовагинит — воспаление сухожильного влагалища, как правило, вместе с проходящим в нем сухожилием. Наиболее частая локализация тендовагинита — запястье, предплечье, область ахиллова сухожилия.

Этиология. Наиболее частая причина тендовагинита — физическая перегрузка определенной мышцы или группы мышц, к которым прикрепляются заинтересованные сухожилия. Перегрузка может быть как однократной, так и связанной с часто повторяющимися однотипными движениями (например, игра на фортепиано).

Причиной тендовагинита могут стать некоторые ревматологические заболевания, а также травмы. Способствовать развитию тендовагинита могут сужения запястных каналов, костные деформации.

Клиническая картина, диагностика. Пациенты жалуются на боль в области пораженного сухожилия. Боль преимущественно при движениях, которые связаны с напряжением мышцы, к которой прикрепляется воспаленное сухожилие. В зоне воспаления может быть умеренный отек, покраснение кожи. Пальпация проекции пораженного сухожилия болезненна, иногда при движениях определяется характерный хруст (крепитирующий тендовагинит). Общее состояние страдает редко, в некоторых случаях бывает повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

Диагноз тендовагинита обычно ставят на основании осмотра, однако в сомнительных случаях могут быть полезны дополнительные методы исследования.

УЗИ позволяет исключить флегмону и тромбофлебит поверхностных вен, которые иногда бывают похожи на тендовагинит. Ультразвуковое исследование позволяет также визуализировать сухожильное влагалище с жидкостью в нем.

Рентгенологическое исследование может помочь при травме для исключения перелома. В некоторых случаях рентгенологическое исследование может быть полезно для выявления костных деформаций, которые могут способствовать развитию тендовагинита, а также для исключения других заболеваний.

В анализе крови могут быть признаки, характерные для воспаления (лейкоцитоз, повышение СОЭ). При этом никогда не бывает сдвига лейкоцитарной формулы влево, что больше характерно для гнойных процессов. При ревматологических заболеваниях могут быть изменения в ревматологических пробах (ревматоидный фактор, С-реактивный белок, АСЛО, мочевая кислота).

Лечение. Для пораженной конечности рекомендуют покой. В тяжелых случаях накладывают гипсовую лонгету на 10–14 дней.

Пациенту назначают НПВС внутрь и местно, в виде мазей. Показана физиотерапия — ультразвук с гидрокортизоном.

При недостаточной эффективности в область пораженного сухожильного влагалища можно ввести ГКС (дипроспан). При выполнении блокады важно не ввести препарат в толщу сухожилия, что может вызвать его некроз. Препарат должен вводиться в сухожильное влагалище или в ткани вокруг него свободно, без сопротивления.

13.12. Энтезиопатия

Под этим термином понимают воспаление и микронадрывы мест прикрепления связок и сухожилий к костям и мышцам.

Этиология. Энтезиопатию может вызвать как однократная большая нагрузка, так и длительно повторяющиеся стереотипные движения (например, закручивание винтов отверткой, мытье посуды и т.п.). Определенная предрасположенность к энтезиопатии наблюдается при некоторых ревматологических заболеваниях (например, анкилозирующем спондилоартрите, псориатической артропатии). Для некоторых энтезиопатий существуют специальные названия (например, латеральный и медиальный эпикондилит, подошвенный фасциит (пяточная «шпора»).

Клиническая картина, диагностика. Чаще всего энтезиопатия возникает в области суставов. Пациенты жалуются на боли при движениях в пораженном суставе. Характерно отсутствие болей в покое. При энтезиопатии практически никогда не возникает отека в зоне воспаления (исключение — энтезиопатия в области голеностопных суставов, которая может давать умеренный отек). Пальпация в зоне воспаления болезненна, причем не над всем суставом, а только в области места прикрепления воспаленных связок. Лабораторные показатели — в пределах нормы. При рентгенографии может быть тендиноз сухожилий и связок в виде отложения кальцинатов (при длительном заболевании с периодически обострениями).

Лечение. Назначают покой, НПВС внутрь и местно. При неэффективности показаны блокады с дипроспаном. Для блокады в шприце смешивают 1 мл дипроспана с 1 мл 0,5%-ного новокаина или 2%-ного лидокаина. Нащупывают болезненную точку и делают в нее инъекцию — иглу ведут перпендикулярно к поверхности кожи, упираются в кость. Потом иглу подтягивают на себя на 1–2 мм и вводят лекарственную смесь. При необходимости блокаду повторяют через пять–семь дней. Нельзя выполнять более пяти блокад, так как это может вызвать побочные системные гормональные эффекты. После пяти блокад нужно делать перерыв три–четыре месяца.

Из других методов применяют физиотерапию (фонофорез с гидрокортизоном, магнитотерапию), кинезиотейпирование.

После стихания болей важно не менее чем на один месяц ограничить физические нагрузки, чтобы микронадрывы в области связок полностью зажили. В противном случае будет рецидив, а после нескольких рецидивов болезнь приобретает хроническое течение, и обострения могут быть даже после небольших нагрузок.

13.13. Эпикондилит

Эпикондилитом называют воспаление мест прикреплений мышц и связок к костям, чаще всего — в области локтевого сустава. Различают медиальный эпикондилит (локоть гольфиста) — при болях с внутренней стороны локтевого сустава и латеральный эпикондилит (локоть теннисиста) — при болях с наружной стороны локтевого сустава.

Этиология. Основная причина эпикондилита — перегрузка мышц, прикрепляющихся к надмыщелкам плечевой кости в области локтевого сустава (как однократные сильные нагрузки, так и многократные, часто повторяющиеся движения — закручивание отверткой шурупов, мытье посуды и т.п.).

Клиническая картина, диагностика. Эпикондилит проявляет себя болями в области локтевого сустава, чаще при нагрузках, реже — в покое, по ночам, боли могут быть довольно сильными. При латеральном эпикондилите пальпация болезненна по наружному краю локтевого сустава, положительны симптомы Велша и Томсена. Симптом Велша считается положительным, когда при резком разгибании руки с одновременным поворотом кисти вокруг своей оси наружу в области наружной части локтевого сустава (латеральный надмыщелок плеча) возникает резкая боль. Симптом Томсена — пациент держит руку, кисть находится в положении разгибания. Врач берет кисть пациента в руки и пытается согнуть, а пациент противодействует этому движению. При положительном симптоме Томсена в этот момент возникает резкая боль в области латеральной поверхности локтевого сустава за счет перенапряжения мест прикреплений разгибателя. При медиальном эпикондилите пальпация болезненна по внутренней поверхности локтевого сустава. Симптомы Велша и Томсена положительны при движениях в обратных направлениях по отношению к таковым при латеральном эпикондилите.

На рентгене изменений обычно не выявляется, иногда — признаки кальцинатов в связках. В анализе крови изменений нет.

Лечение. Пациентам назначают покой, НПВС местно и внутрь, хороший эффект приносят блокады с динпроспаном или кеналогом.

В комплексную терапию целесообразно включить физиотерапевтическое лечение. При рецидивирующем эпикондилите рекомендуют периартикулярные инъекции с препаратом «Траумель».

В последние годы для лечения эпикондилита с успехом стала применяться методика кинезиотейпирования. При данном методе на предплечье и область локтевого сустава накладываются специальные липкие эластичные ленты — тейпы. С помощью них удастся расслабить мышцы, перенапряжение которых вызывает болевой синдром в местах прикрепления к костям. Ниже показаны примеры кинезиотейпирования при латеральном и медиальном эпикондилите (рис. 13.11, 13.12).



Рис. 13.11. Наложение тейпа при латеральном эпикондилите



Рис. 13.12. Наложение тейпа при медиальном эпикондилите

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время, в связи с реформированием системы здравоохранения, наблюдается перенос определенного объема медицинской помощи из стационаров в поликлиники. Многие вмешательства, которые ранее однозначно выполнялись в условиях стационара, теперь рекомендуют выполнять амбулаторно. Именно поэтому в своей книге я уделил большое внимание практической части, т.е. технике выполнения операций и манипуляций. За исключением острых, urgentных ситуаций, большая часть обращений пациентов с хирургическими заболеваниями, заболеваниями вен и суставов направлена в поликлинику. Поэтому на амбулаторного хирурга ложится огромная нагрузка и ответственность. Своевременная диагностика и лечение заболеваний позволяют добиться лучших результатов, не допускать перехода патологии в более тяжелую, «запущенную» форму. Врач должен четко понимать, какими пациентами он может заниматься сам, а каких нужно направить на лечение в стационар. При этом одни пациенты нуждаются в плановом обследовании и лечении, другие – в неотложной медицинской помощи, вплоть до вызова «скорой помощи» с последующей госпитализацией. Хорошее знание амбулаторной хирургии, флебологии и артрологии позволит выбирать оптимальную тактику лечения.

Изложенные в книге подходы к операциям и манипуляциям включают не только классические методики, но и некоторые нюансы исполнения, приобретенные автором за время многолетней практики. Надеюсь, что книга будет интересна не только начинающим докторам, но и опытным хирургам, которые заинтересуются книгой, оценивая в призма личного опыта предложенные автором методики.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Альтерович Б.И., Соловьев М.М.* Клиника и лечение гнойных заболеваний. Томск: Изд-во Томск. ун-та, 1986.
2. *Ан В.К., Ривкин В.Л.* Неотложная проктология. М.: ИД Медпрактика-М., 2003.
3. Амбулаторная хирургия. Справочник практического врача / под ред. В.В. Гриценко, Ю.Д. Игнатова. СПб.: Нева ; М. : Олма-Пресс Звездный мир, 2002.
4. *Берзиньш Ю.Э., Бреманис Э.Б., Ципарсоне Р.Т.* Синдром запястного канала: этиология, патогенез, клиника и лечение. Рига : Зинатне, 1982.
5. Болевые синдромы в неврологической практике / под ред. чл.-корр. РАМН А.М. Веина. М.: МЕДпресс-информ, 2001.
6. Боль в области коленного и плечевого суставов (Алгоритмы дифференциальной диагностики) : клиническое руководство для практических врачей / И.В. Меньшикова, С.А. Сергиенко, Ю.В. Пак [и др.]. Изд 2-е, исправл. и доп. М.: ИД «Медпрактика-М», 2011.
7. *Бортная Т.И.* Ревматология. М.: Эксмо, 2010.
8. *Вулф К., Джонсон Р., Сюрмонд Д.* Дерматология по Томасу Фицпатрику. Атлас-справочник : пер. с англ. 2-е рус. изд.— М.: Практика, 2007.
9. *Гостищев В.К.* Оперативная гнойная хирургия. Руководство для врачей. М.: Медицина, 1996.
10. Диагностика и лечение диабетической стопы / А.З. Гусейнов, В.А. Вередченко, Д.А. Истомин [и др.]. М.: Трида-Х, 2009.
11. Заболевания вен / под ред. Х.С. Фронек; пер. с англ. под ред. И.А. Золотухина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
12. *Ивашкин В.Т., Султанов В.К.* Болезни суставов. Пропедевтика, дифференциальный диагноз, лечение. М. : Литтера, 2005.
13. *Канделис Б.Л.* Неотложная проктология (руководство для врачей). Л.: Медицина, 1980.
14. Клиническая хирургия: справочное руководство / В.Л. Анзимиров, А.П. Баженова, В.А. Бухарин [и др.]; под ред. Ю.М. Панцырева. М.: Медицина, 1988.

15. *Лазовские И.Р.* Справочник клинических симптомов и синдромов. 2-е изд. перераб. и доп. М.: Медицина, 1981.
16. Лечение трофических язв венозной этиологии : пособие для врачей / под ред. В.С. Савельева. М.: Издательство НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2000.
17. Лимфадема конечностей / К. Бенда, А.Ф. Цыб [и др.]. Прага ; ЧССР : Авиценум, 1987.
18. Лимфадема : учебно-методическое пособие / В.Н. Бордаков, В.С. Деркачев, П.А. Левченко. Минск : БГМУ, 2012.
19. *Носков С.М.* Болезни суставов : учебное пособие. Ростов н/Д. : Феникс, 2006.
20. *Оскретков В.И.* Уход за больными и сестринское дело в хирургии : учебное пособие / В.И. Оскретков, А.Р. Андреасян, Д.В. Балацкий ; под ред. В.И. Оскреткова. — Москва : КНОРУС, 2018. — 386 с.
21. Основы колопроктологии / под ред. Г.И. Воробьева. М.: Медицинское информационное агентство, 2006.
22. *Пауткин Ю.Ф., Малярчук В.И.* Поликлиническая хирургия : учебное пособие М.: Изд-во РУДН, 1999.
23. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / В.С. Савельев, М.М. Абакумов, Л.П. Бакулева [и др.]; под ред. В.С. Савельева. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1986.
24. *Савельев В.С., Кошкин В.М., Каралкин А.В.* Патогенез и консервативное лечение тяжелых стадий облитерирующего атеросклероза нижних конечностей: руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство, 2010.
25. *Симон Р.Р., Кенигскихт С.Дж.* Неотложная ортопедия. Конечности : пер. с англ. М.: Медицина, 1998.
26. Справочник по ревматологии / под ред. В.А. Насоновой. 2-е изд., перераб. и доп. Л.: Медицина, 1983.
27. *Татаренко Д.П.* Местная хирургическая инфекция и ее лечение. Сестринский процесс : монография / Д.П. Татаренко. — Москва : РУСАЙНС, 2016. — 76 с.
28. *Тер-Вартанян С.Х., Яременко О.Б., Худина В.С.* Локальная инъекционная терапия при поражении суставов и периапартулярных тканей. Киев : Книга плюс, 1997.
29. Травматология и ортопедия : руководство для врачей: в 3-х т. / под ред. Ю.Г. Шапошникова. М.: Медицина, 1997.
30. Флебология : руководство для врачей / Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. [и др.]; под ред. В.С. Савельева. М.: Медицина, 2001.

31. *Шайн А.А.* Онкология: в 4 т. Т. 2. Опухоли грудной клетки. Тюмень: Понск, 2001.
32. *Чадаев А.П., Зверев А.А.* Острый гнойный лактационный мастит. М.: Медицина, 2003. *Чадаев А.П., Буткевич А.Ц., Савзьян Г.Г.* Гнойные заболевания пальцев и кисти. М.: Геликон, 1996.
33. *Чуриков Д.А., Кириенко А.И.* Ультразвуковая диагностика болезней вен. М.: Литтера, 2008.
34. *Юмашев Г.С.* Травматология и ортопедия. 2-е изд. перераб. и доп. М.: Медицина, 1983.
35. *Яблоков Е.Г., Кириенко А.И., Богачев В.Ю.* Хроническая венозная недостаточность. М.: Беге, 1999.
36. *Caremer P., Hochberg M.C.* Osteoarthritis // *Lancet*. 1997. Vol. 350. P. 503–508.
37. *Corman M.L.* Colon and rectal surgery. London, 1984.
38. *Goldman M.P., Bergan J.L., Guex J.J.* Pathophysiology of varicose veins // Sclerotherapy: Treatment of Varicose and Teleangiectatic Leg Veins. 4th edn. St. Louis, MO: Mosby, 2007.
39. *Hughes E., Cuthbertson A., Killingack M., Livingston C.* Colorectal Surgery. Edinburgh, 1983.
40. *Leu H.J., Vogt M., Pfrunder H.* Morphological alterations of nonvaricose and varicose veins // *Basic Res. Cardiol.* 1979. Vol. 74. P. 435.
41. Morbidity in superficial thrombophlebitis and its potential surgical prevention / *Mouton R.N., Nae M., Otten K.T.* [et al.] // *Swiss Surg*. 2003. № 9. P. 15–17.
42. *Ramelet A.A., Monti M.* Phlebology: The Guide. Amsterdam : Elsevier, 1999.
43. *Thompson J.C.* Netter's Concise Atlas of Orthopaedic Anatomy. Saunders : Elsevier, 2002.
44. *Vahlensieck M., Genant H.K., Reiser M.* MRI of the Musculoskeletal System. Thieme Medical Publishers, 2000.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Абсцесс 64
Анальная трещина 131
Анальный зуд 132
Антипротекторы 152
Анестезия в нижней трети пред-
плечья по Брауну 14
Анестезия по Брауну-Усолье-
вой 13
Анестезия по Лукашевичу-Обер-
сту 12
Антибиотики 155
Апостема 64
Аппликационная анестезия 11
Артериальный тромбоз и эмбо-
лия 50
Артрит 237
Артрит гнойный 246
Артроз 247
Атерома 15
Атеросклероз сонных артерий 52
Биопсия 156
Болезнь Бюргера 63
Болезнь де Кервена 257
Болезнь Дюпонтрена 260
Болезнь Нотта 262
Боль в животе 139
Бурсит 262
Варикозная болезнь нижних ко-
нечностей 192
Варикозное расширение вен ма-
лого таза 205
Внутрипротоковая папиллома 129
Вросший ноготь 66
Ганглий 25
Гангрена конечности 86
Гемангиома 24
Геморрой 133
Гигрома 25
Гидраденит 87
Гирудотерапия 203
Гломерулярная опухоль 28
Гнойник 64
Гонартроз 252
Диабетическая стопа 90
Дисгормональные гиперплазии
молочных желез 126
Диффузная мастопатия 127
Дуктография 126
Желудочно-кишечное кровоте-
чение 140
Индуративный целлюлит 204
Иородное тело 157
Инфильтрационная анестезия 11
Карбункул 92
Киста копчика 136
Киста Бейкера 264
Киста молочной железы 128
Кожная пластика 159
Кожный рог 28
Коксартроз 251
Коленный феномен Панченко 57
Компрессионный трикотаж 198
Контрактура Дюпонтрена 260
Костный панариций 104
Кровотечение 161
Ксантома 29
Лазерная абляция вен 201
Лактостаз 93

- Лигатурный свищ 94
 Лимфаденит 96
 Лимфангит 97
 Лимфедема 163
 Лимфопресс 166
 Липома 29
 Липома молочной железы 129
 Липоматоз 39
 Маммография 124
 Маммология 122
 Мастит 98
 Мастопатия 126
 Межреберная блокада 167
 Меланома 41
 Местная анестезия 9
 Механическая желтуха 142
 Неврома послеоперационного рубца 42
 Невус (родинка) 43
 Нестероидные противовоспалительные средства 167
 Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей 53
 Облитерирующий тромбангит 63
 Облитерирующий эндартерит нижних конечностей 62
 Ожоги 169
 Онихогрифоз 82
 Онихокриптоз 66
 Операция Дюпонтрена 82
 Операция Шмидена 74
 Остеомиелит 100
 Острый аппендицит 143
 Острый панкреатит 145
 Острый холецистит 147
 Осумкованная гематома 173
 Отморожения 174
 Панариций 101
 Пандактилит 105
 Папиллома 44
 Параноктит 137
 Паронихия 101
 Паховая грыжа 149
 Первичная хирургическая обработка раны 176
 Периаартрит 265
 Перфорация полого органа брюшной полости 151
 Пиогенная гранулема 106
 Плечелопаточный периаартрит 267
 Плоскостопие 177
 Пневмоцистография 125
 Подкожный панариций 102
 Подколенная киста 264
 Подиотетная гематома 178
 Подошвенная бородавка 46
 Полуспиртовая повязка 180
 Посттромбофлебитическая болезнь 229
 Проба Гольдфлама 57
 Проба Филькенштейна 257
 Проводниковая анестезия 11
 Профилактика тромбоза и тромбоземболии при операциях 232
 Пункционная биопсия молочной железы 125
 Пункция 180
 Пункция сустава 181
 Пупочная грыжа 152
 Пяточная шпора 270
 Радиочастотная абляция вен 201
 Рак молочной железы 129
 Рак Педжета 130
 Регионарная внутривенная анестезия 14
 Ректальное исследование 182
 Рожистое воспаление 107
 Симптом Вельша 281
 Симптом Кенинга 127

- Симптом плантарной ишемии
Оппеля 57
- Симптом прижатия пальца 57
- Симптом Томпсона 281
- Синдром карпального канала
274
- Синовиит коленного сустава 255
- Склеротерапия 207
- Стилоидит 277
- Суставной панариций 104
- Сухожильный панариций 103
- Тендовагинит 279
- Тромбоз вен нижних конечностей 223
- Тромбофлебит вен нижних конечностей 224
- Тромбозомболия легочных артерий 228
- Трофические язвы 110
- Узловая мастопатия 128
- Укушенные раны 183
- Ущемление пальца в кольцо 185
- Фиброаденома молочной железы 129
- Флебодатия 206
- Флеботропные препараты 197
- Флебэктомия 202
- Флегмона 117
- Флегмона кисти 119
- Фурункул 119
- Хирургические швы 186
- Щелкающий палец 262
- Энтезиопатия 280
- Эпикондилит 281
- Эпителиальный копчиковый
ход 136
- Эризипелод 121

- Симптом плантарной ишемии
Оппеля 57
- Симптом прижатия пальца 57
- Симптом Томпсона 281
- Синдром карпального канала
274
- Синовиит коленного сустава 255
- Склеротерапия 207
- Стилоидит 277
- Суставной панариций 104
- Сухожильный панариций 103
- Тендовагинит 279
- Тромбоз вен нижних конечностей 223
- Тромбофлебит вен нижних конечностей 224
- Тромбозомболия легочных артерий 228
- Трофические язвы 110
- Узловая мастопатия 128
- Укушенные раны 183
- Ущемление пальца в кольцо 185
- Фиброаденома молочной железы 129
- Флеботомия 206
- Флеботропные препараты 197
- Флебэктомия 202
- Флегмона 117
- Флегмона кисти 119
- Фурункул 119
- Хирургические швы 186
- Щелкающий палец 262
- Энтезиопатия 280
- Эпикондилит 281
- Эпителиальный копчиковый
ход 136
- Эризипелод 121