



Б ИБЛИОТЕКА
П РАКТИЧЕСКОГО
В РАЧА

В. И. МАСЛОВ

МАЛАЯ ХИРУРГИЯ



МОСКВА · ИЗДАТЕЛЬСТВО «МЕДИЦИНА»

БИБЛИОТЕКА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

ВАЖНЕЙШИЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

В. И. МАСЛОВ

МАЛАЯ ХИРУРГИЯ



МОСКВА «МЕДИЦИНА» 1988

ББК 54.5
МЗ1
УДК 617-089.197.5

Рецензенты: В. Г. Теряев, проф.,
директор МНИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского;
В. К. Гостищев, проф.,
зав. каф. общей хирургии I ММИ им. И. М. Сеченова

Маслов В. И.

МЗ1 Малая хирургия. — М.: Медицина. 1988. — 208 с:
ил. — (Б-ка практ. врача. Важнейшие вопросы хирур-
гии).

ISBN 5—225—00075—4

В книге описаны техника выполнения основных оперативных вмешательств в объеме амбулаторной и малой хирургии, показания к этим операциям и ведение послеоперационного периода. Рассмотрены вопросы организации работы операционной и перевязочной, методы стерилизации инструментов и материалов, способы обезболивания. Представлены показания к проведению новокаиновых блокад, противошоковых и реанимационных мероприятий, осуществляемых в поликлинике. Изложены методы и техника наложения транспортных шин при травматических повреждениях.

Книга рассчитана на хирургов.

М $\frac{411300000-269}{039(01)-88}$ 123-88

ББК 54.5

ISBN 5—225—00075—4

© Издательство «Медицина»,
Москва, 1988

ПРЕДИСЛОВИЕ

Большинство больных с хирургическими заболеваниями первично обращаются в поликлинику, здравпункт предприятия, амбулаторию и здесь получают первую врачебную помощь, а многие и последующее лечение. В этих учреждениях работает основная масса практических врачей, которые ощущают острую необходимость в пособии, освещающем малую хирургию с описанием методики оперативных вмешательств.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях хирургу приходится производить оперативные вмешательства и другие врачебные манипуляции, которые сами по себе чреваты потенциальной опасностью для здоровья и даже жизни больного, как и несвоевременное оказание врачебной помощи или поздняя госпитализация при неотложных состояниях. В связи с этим оправдано строгое отношение к действиям хирурга, к его профессиональной подготовке, а он сам нередко нуждается в помощи более опытного коллеги.

В предлагаемой книге изложены описания техники основных оперативных вмешательств в объеме малой хирургии с широким использованием иллюстраций, отражены практически важные вопросы организации работы в операционной и перевязочной, а также обезболивание при малых операциях, новокаиновые блокады. Хотя лечение тяжелых повреждений и критических состояний выходит за пределы тематики данного пособия, вместе с тем следует признать целесообразным включение в него краткого изложения мероприятий первой врачебной помощи этим больным, которые после травмы или возникновения острого заболевания, особенно на предприятии, вначале нередко доставляются в амбулаторно-поликлиническое учреждение, где до транспортировки в стационар им необходимо оказать неотложную помощь.

В амбулаторных условиях большинству больных с хирургическими заболеваниями устанавливают диагноз и

проводят соответствующее лечение, включая оперативное. Однако по тем или иным причинам и обстоятельствам операции в объеме малой хирургии амбулатории не всегда выполнимы; некоторые вмешательства ПРОИЗВОДЯТ преимущественно в стационаре, другие — как амбулаторно, так и в стационарных условиях. В связи с этим при изложении материала обоснованно отражена малая хирургия не только амбулаторных учреждений, но и стационара. Объем амбулаторных оперативных вмешательств значительно варьирует в зависимости от местных условий и особенно от профессиональной подготовки врача и его опыта.

Предлагаемая читателю книга может оказать реальную помощь практическому врачу. Особенно полезна она начинающим хирургам. Книга также призвана оказывать помощь в разумном расширении объема оперативных вмешательств и других лечебных мероприятий в амбулаторных условиях, что в свою очередь будет способствовать освобождению больничных коек для тяжелобольных, нуждающихся в стационарном лечении. Для практических врачей амбулаторных учреждений, а также врачей стационара, занимающихся малой хирургией, это пособие будет полезным в повседневной работе и в повышении уровня профессиональной подготовки.

Глава 1

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Структура хирургического отделения поликлиники варьирует в зависимости от количества обслуживаемого населения. В средних по величине поликлиниках должны быть как минимум кабинет заведующего, хирургический кабинет, операционная, чистая перевязочная, гнойная перевязочная, стерилизационная с материальной, автоклавная и ожидальня. В крупных поликлиниках, кроме того, разворачиваются предоперационная, травматологический кабинет с гипсовальной комнатой, кабинет уролога, онкологический кабинет.

По приказу Министерства здравоохранения СССР № 999 от 11.10.82 г. «О штатных нормативах медицинского и педагогического персонала городских поликлиник, врачебных и фельдшерских здравпунктов» на каждые 10 000 взрослого населения положено 0,4 ставки врача-хирурга поликлиники. На каждую ставку хирурга введено две ставки медицинской сестры. При наличии в поликлинике четырех и более хирургов и травматологов установлена ставка старшей операционной сестры вместо одной ставки медицинской сестры.

В городах с населением 200 000 человек, а в областных центрах на каждые 100 000 жителей при одной из поликлиник создан травматологический пункт с круглосуточным дежурством травматолога. В меньших населенных пунктах амбулаторная помощь травматологическим больным осуществляется травматологом или хирургом поликлиники, на селе — в амбулатории участковой или районной больницы. На предприятиях эту помощь оказывают в амбулаториях или поликлиниках медико-санитарных частей.

При хорошей организации хирургической работы в поликлинике производят более разнообразные малые операции. Преобладают вмешательства по поводу липом, атером, хирургическая обработка ран, вскрытие панариция, гнойного мастита, флегмон кисти; довольно часто выпол-

няют операции по поводу вросшего ногтя, вальгусного искривления I пальца стопы, вскрытие абсцессов ягодичной области, вмешательства при локтевом бурсите, контрактуры Дюпюитрена; несколько реже производят операции по поводу сухожильного ганглия, молоткообразного пальца, разрыва сухожилия пальцем кисти, стенозирующего лигаментита, поверхностно расположенных инородных тел, копчиковой кисты, а также вскрытие поверхностных абсцессов и флегмон других локализаций.

В амбулаторных условиях нельзя удалять пигментные опухоли (меланомы), лейкоплакии губ, опухоли молочных желез, полипы прямой кишки, так как в этих случаях необходимо производить срочное гистологическое исследование удаленных препаратов. Доброкачественные опухоли других локализаций после удаления подлежат гистологическому исследованию в плановом порядке.

Известно, что в поликлиниках хирурги не только занимаются малой хирургией, но и продолжают лечение больных, выписавшихся из стационара после больших операций и тяжелых травм. Они берут на учет и осуществляют динамическое наблюдение за больными с некоторыми хроническими хирургическими заболеваниями, в частности грыжами разных локализаций, варикозным расширением вен нижних конечностей, трофическими язвами голени, посттромбофлебическим синдромом, доброкачественными опухолями молочной железы, трещинами заднего прохода, параректальными свищами. Этих больных активно вызывают для осмотра 1—2 раза в год с решением вопроса об объеме необходимых лечебных и профилактических мероприятий.

При облитерирующем эндартериите, облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей, болезни Рейно повторные осмотры проводят 2—4 раза в год. После резекции желудка и других больших операций на органах живота и груди наблюдение за больными активно осуществляется на протяжении 5 лет с осмотрами 2 раза в год. Больных с последствиями переломов и вывихов, с хроническим остеомиелитом наблюдает в динамике травматолог-ортопед поликлиники, а при его отсутствии — хирург. После переломов проводят осмотр и необходимое обследование 4 раза в год на протяжении 2 лет.

Динамическое наблюдение проводят для выявления ранних форм заболевания и развивающихся осложнений, требующих амбулаторного или стационарного лечения, а также для своевременного осуществления профилакти-

ческих мер. На каждого такого больного ведется карта диспансерного наблюдения (форма № 30/у).

Наиболее сложная и ответственная задача поликлинического хирурга заключается в организации и практическом выполнении операций. Необходимо иметь не только соответствующие помещения (операционную, перевязочную) и инструментарий, знать показания к хирургическому лечению данного заболевания в амбулаторных условиях, но и уметь правильно выполнять само вмешательство и правильно вести больного в послеоперационном периоде.

Важно соблюдать и правовые нормы. Операцию можно производить только при согласии на нее самого больного, а для детей до 14 лет необходимо согласие родителей или опекунов. Отказ больного от неотложной операции следует с его подписью занести в индивидуальную карту амбулаторного больного (форма № 025/у).

При ряде острых заболеваний хирург поликлиники оказывает лишь первую врачебную помощь и срочно направляет больного в хирургический стационар. Показания для срочной госпитализации следующие.

1. Невозможность оказать полноценную помощь в условиях поликлиники при показаниях к срочной операции и интенсивном стационарном лечении.

2. Острые гнойные заболевания, требующие больших оперативных вмешательств и продолжительного стационарного лечения.

3. Острые хирургические заболевания и травмы органов брюшной и грудной полостей.

4. Состояние после проведенных реанимационных мероприятий.

5. Острые окклюзионные поражения магистральных сосудов.

В плановом порядке направляют на госпитализацию: больных с хроническими хирургическими заболеваниями, которые не подлежат лечению в амбулаторных условиях; при отсутствии эффекта амбулаторного лечения, а также больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и высоким операционным риском, нуждающихся в хирургических вмешательствах в объеме малой хирургии.

Показания для госпитализации могут быть расширены или сужены в зависимости от условий в поликлинике и от уровня профессиональной подготовки хирурга. Объем амбулаторных оперативных вмешательств зависит также от возможности временной квартирной госпитализации

после произведенной операции. По показаниям таких больных отвозят домой санитарным транспортом. Временная госпитализация их в домашних условиях предусматривает возможность ухода за больным, а также периодическое посещение его на дому медицинской сестрой и хирургом поликлиники.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ В ОПЕРАЦИОННОЙ

Операционная предназначена для проведения плановых и срочных оперативных вмешательств в объеме малой хирургии. Гнойные операции и перевязки производят в гнойной перевязочной. Чистые перевязки, новокаиновые блокады и другие манипуляции выполняют в чистой перевязочной. Под операционную оборудуют светлую комнату, площадью 18—20 м², с соотношением площади окон к площади пола 1:3. Стены обкладывают гладкой керамической плиткой или покрывают масляной краской светлых тонов.

Пол в операционной должен быть гладким, легко моющимся, не иметь щелей, в которых могла бы задерживаться грязь. Этим требованиям отвечают монолитные полы из мраморной крошки, покрытые плиткой или линолеумом. В полу устанавливают канализационный люк, прикрытый решеткой, для стока моющего раствора и воды во время мытья операционной (потолка, стен, пола). Влажную уборку в операционной производят ежедневно в конце рабочего дня: мебель, стены и полы протирают 0,5% раствором синтетических моющих средств типа «Новость», «Лотос», «Астра» и др. Один раз в неделю в неоперационный день осуществляют генеральную уборку операционной, которая по объему больше ежедневной и дополняется опрыскиванием из гидропульта потолка, стен, пола 3% раствором лизола или 0,5% раствором синтетических моющих средств с последующим обычным мытьем в такой же последовательности.

В операционной поддерживают температуру воздуха 21—24°С. Для регуляции температуры в жаркое время года используют оконные бытовые кондиционеры БК-1500 или БК-2500, которые устанавливают в оконные проемы. При паровом отоплении радиаторы должны быть гладкими по наружной поверхности в виде плоских калориферов или толстых гладких труб. Лучше устанавливать в стенах электрокалориферы с автоматической регуляцией температуры.

Существует типовое оборудование и оснащение операционной, однако оно может варьировать в зависимости от характера выполняемых операций и объема хирургической работы. Примерное оборудование и оснащение операционной поликлиники приведено ниже.

1. Стол операционный (перевязочный)	— 1
2. Стол для стерильного материала и инструментов	— 1
3. Стол малый инструментальный	— 1
4. Светильник бестеневой стационарный или передвижной	— 1
5. Шкаф для инструментов одностворчатый	— 1
6. Шкаф для перевязочного материала	— 1
7. Столик-подставка для операций на кисти	— 1
8. Столик для растворов и медикаментов с двумя полками	— 1
9. Штатив с флаконодержателем	— 1
10. Подставки для стерильных биксов	— 2
11. Подставка для тазов	— 1
12. Бактерицидная лампа	— 1

При наличии предоперационной часть этого оборудования устанавливают там. Из аппаратов и медицинских предметов в операционной следует иметь стерилизационные коробки разных размеров (4), четырехугольный тазик с крышкой, сфигмоманометр, кровоостанавливающий жгут, одноразовые стерильные системы для внутривенных вливаний (2—4). Хирургические инструменты комплектуют соответственно объему производимых оперативных вмешательств.

Для того чтобы накрыть большой стерильный стол, руки обрабатывают так же, как на операцию, надевают стерильный халат, маску, колпак, перчатки. Стол застилают сложенной пополам стерильной простыней. Половиной второй простыни накрывают стол, а верхнюю половину отворачивают на задний край стола. На простыню в левом переднем углу помещают салфетки и шарики, в заднем — стерильные простыни, полотенца, наволочки. По середине стола укладывают рядами стерильный инструментарий; в первый ряд кладут часто применяемые инструменты, во второй — используемые реже, в третий — дубликаты. В правой части стола размещают шприцы, иглы, стаканчики для новокаина, дренажные трубки. После этого инструменты на столе закрывают верхней половиной второй простыни, к свисающим краям которой по углам прикрепляют зажимы.

Количество инструментов и их перечень на стерильном столе зависит от объема и числа ежедневных операций. Ниже приведен примерный перечень инструментов.

1. Зажимы кровоостанавливающие разные	— 15
2. Зажимы типа «москит»	— 4
3. Зажимы для прикрепления операционного белья	— 6
4. Зонды желобоватые	— 4
5. Зонды хирургические пуговчатые	— 4
6. Иглодержатели	— 3
7. Иглы инъекционные к шприцам	— 20
8. Корнцанг	— 1
9. Крючки пластинчатые двусторонние (Фарабефа)	— 6
10. Крючки двух- или трехзубые острые средние	— 4
11. Перчатки хирургические	— 5 пар
12. Пинцеты анатомические	— 5
13. Пинцеты хирургические	— 5
14. Пинцеты зубчато-лапчатые	— 4
15. Стаканчики для раствора новокаина	— 5
16. Шприцы разные	— 6
17. Тазики почкообразные	— 2

Режущие инструменты постоянно хранят в четырехугольном тазике с крышкой в тройном растворе и извлекают непосредственно перед операцией. Обычно содержат стерильными 5 скальпелей, 5—6 прямых и изогнутых по плоскости ножниц, 10 хирургических игл разных размеров.

Непосредственно перед операцией накрывают малый инструментальный стол индивидуально для каждого больного, используя инструменты и материалы с большого стерильного стола. Режущие инструменты извлекают из тройного раствора, подготавливают и шовный материал из банки или ампульный. Индивидуальный столик вначале накрывают стерильной клеенкой, а сверху в два слоя простыней или двумя стерильными полотенцами. Общий стерильный стол на следующий день накрывают заново стерильными инструментами и материалами.

Плановые операции следует производить в начале рабочего дня до приема первичных больных. Накануне составляют расписание операций с указанием очередности, фамилии больных, хирургов, операционных сестер. Предоперационное заключение хирург записывает в индивидуальной карте амбулаторного больного с отражением

диагноза, показаний к операции, характера предстоящего вмешательства и обезболивания. Накануне операции больному рекомендуют принять душ или ванну со сменой белья. В операционную больной входит в сменной обуви или бахилах, верхнюю одежду снимает в предоперационной.

В качестве премедикации вводят подкожно 1 мл 2% раствора промедола. Все оперативные вмешательства производят только в условиях адекватного обезболивания. Применяют в основном инфильтрационную или проводниковую новокаиновую анестезию. В отдельных случаях показана общая анестезия, но давать ее может только анестезиолог или хирург, прошедший специальную подготовку по анестезиологии. Протокол операции с указанием вида анестезии заносят в операционный журнал и индивидуальную карту амбулаторного больного.

В операционной производят преимущественно плановые операции, относящиеся к категории «чистых».

1. Удаление доброкачественных опухолей кожи, подкожной жировой клетчатки (липомы, фибромы, атеромы).

2. Экзартикуляции и ампутации фаланг пальцев кисти и стопы при их порочном положении, после травм, при молоткообразном пальце.

3. Пункции суставов при гемартрозе, синовите.

4. Пункции и иссечение слизистых сумок при хронических бурситах (препателлярный, локтевой, в области I плюснефалангового сустава).

5. Удаление сухожильных ганглиев и неосложненных гигром.

6. Кожную пластику гранулирующих ран по Янович-Чайнскому—Дейвису, Тиршу, перемещением местных тканей.

7. Наложение вторичных швов на чистую гранулирующую рану.

8. Корректирующие операции при валгусном искривлении I пальца стопы.

9. Удаление экзостозов концевых фаланг пальцев, пяточной шпоры.

10. Иссечение ладонного апоневроза при контрактуре Дюпюитрена.

11. Удаление поверхностно расположенных инородных тел после рентгенологического определения их локализации.

12. Рассечение ущемляющей кольцевидной связки при стенозирующем лигаментите (щелкающий палец).

13. Пластические операции при оmozолелости пальцев стопы.

14. Операции по поводу фимоза.

15. Иссечение дермоидных кист, эпителиальных копчиковых без явлений острого воспаления.

16. Лапароцентез при асците для эвакуации жидкости из брюшной полости.

Секторальные резекции молочной железы по поводу доброкачественных опухолей, удаление железы при гинекомастии производят только при условии обеспечения срочного гистологического исследования удаленного препарата. Ряд перечисленных выше оперативных вмешательств производит ортопед-травматолог, если он есть в штате поликлиники.

В крупных поликлиниках оборудуют специальную комнату под предоперационную, предназначенную для подготовки хирурга к операции. Здесь устанавливают две раковины для мытья рук с кранами-смесителями и подводом горячей и холодной воды. В шкафу хранят запасные хирургические инструменты. Примерное оснащение и оборудование предоперационной следующее.

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Бикс со стерильными масками и салфетками | — | 1 |
| 2. Бутыль с раствором для обработки рук | — | |
| 3. Вешалка для халатов | — | 1 |
| 4. Корнцанг в банке с тройным раствором | — | 1 |
| 5. Ножницы для ногтей | — | 1 |
| 6. Песочные часы | — | 1 |
| 7. Подставки для таза | — | 2 |
| 8. Тазы эмалированные для МЫТЬЯ рук | — | 2 |
| 9. Фартуки пластиковые | — | 2 |
| 10. Щетки для мытья рук в дезинфицирующем растворе | — | 6 |

В относительно небольших поликлиниках предоперационная не предусмотрена. Для этой цели используют стерилизационную, которая располагается рядом с операционной и сообщается с ней окном для передачи стерильного инструментария. Здесь заливают дезинфицирующим раствором и моют использованные инструменты, стерилизуют их в кипятильниках (стерилизаторах) или в сухожаровых электрических шкафах. Стерилизационную можно использовать также и как материальную комнату, где производят заготовку марлевых салфеток, шариков, заполнение биксов перед автоклавированием, хранят запас операционного белья, растворов.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ В ПЕРЕВЯЗОЧНОЙ

Чистая перевязочная предназначена для проведения перевязок после чистых операций и для амбулаторного лечения ряда заболеваний и травм. В перевязочной производят следующие вмешательства.

1. Хирургическую обработку неглубоких ран мягких тканей, введение антибиотиков в окружающие рану ткани, наложение швов.

2. Вправление несложных вывихов после проведения анестезии.

3. Лечение ограниченных ожогов I—II степени без признаков нагноения: туалет ожоговой поверхности, наложение повязки.

4. Катетеризацию или пункцию мочевого пузыря при острой задержке мочи.

5. Вправление головки или рассечение ущемляющего кольца при парафимозе.

Кроме того, при тяжелых травмах и острых хирургических заболеваниях с критическим состоянием больных перед транспортировкой в стационар им оказывают в перевязочной неотложную помощь.

1. Выведение из терминальных состояний: восстановление проходимости дыхательных путей, наружный массаж сердца, искусственное дыхание, внутривенное струйное введение плазмозаменителей.

2. Временную остановку наружного кровотечения с помощью жгута, наложением лигатуры или зажима на видимый в ране кровоточащий сосуд, тугой тампонадой раны марлевыми салфетками с ушиванием кожной раны над тампонами.

3. Противошоковые мероприятия при тяжелом травматическом шоке: новокаиновые блокады, транспортную иммобилизацию при переломах костей конечностей, таза, позвоночника; струйное вливание внутривенно плазмозаменителей, особенно перед предстоящей длительной транспортировкой.

4. Наложение герметизирующей повязки при открытом пневмотораксе; пункцию или дренирование плевральной полости при напряженном пневмотораксе; спирт-новокаиновую межреберную или паравертебральную блокаду при множественных переломах ребер.

5. Катетеризацию мочевого пузыря при его повреждении, травме спинного мозга; пункцию мочевого пузыря при разрыве мочеиспускательного канала и переполнении пузыря.

Перевязочную оборудуют в комнате площадью не менее 15 м² с естественной освещенностью 1:4. Требования по покрытию потолка, стен и пола перевязочной такие же, как в операционной. То же относится и к уборке перевязочной. Для мытья рук в ней устанавливают две раковины с кранами-смесителями горячей и холодной воды. Оборудование и оснащение перевязочной может варьировать в зависимости от местных условий, преобладания той или иной хирургической патологии. Ниже приведен примерный перечень.

1. Стол перевязочный	— 1
2. Стол для стерильных материалов и инструментов.	— 1
3. Малый инструментальный стол	— 1
4. Кресло гинекологическое	1
5. Столик для медикаментов и режущих инструментов.	— 1
6. Стул винтовой	— 2
7. Подставки для биксов	— 2
8. Тазы эмалированные для обработки рук	- 2
9. Подставки для таза	— 2
10. Шкаф для инструментов	— 1
11. Шкаф для медикаментов	1
12. Подставка для операций на кисти	• 1
13. Светильник бестеневого с аварийным освещением	— 1
14. Лампа бактерицидная	— 1
15. Биксы (коробки стерилизационные) рмных размеров	— 4
16. Штатив с флаконодержателем для шпунтовых вливаний	— 1
17. Кипятильник (стерилизатор) электрический	1
18. Тазик четырехугольный с крышкой	— 1
19. Сфигмоманометр	— 1
20. Жгуты кровоостанавливающие	— 2
21. Роторасширитель, языкодержатель	- по 1
22. Трубка дыхательная (воздуховод)	— 1
23. Корнцанг в банке с дезинфицирующим раствором	— 1
24. Ножницы для разрезания повязок	1
25. Системы для внутривенного вливания одно-разового пользования стерильные	— 4
26. Машинка для стрижки волос и бритва	по 1
27. Набор транспортных шин	— 1
28. Ванна ножная	— 1

- | | |
|--|-----|
| 29. Ванна ручная | — 1 |
| 30. Вешалка | — 1 |
| 31. Фартуки пластиковые | — 3 |
| 32. Ведро для сбора грязного материала | — 1 |
| 33. Набор хирургических инструментов, соответствующий объему операций и хирургической работы в перевязочной. | |

В шкафу для медикаментов содержат на разных полках наружные средства и растворы для внутривенного или подкожного введения. Примерный перечень средств для наружного применения следующий.

- | | |
|---|-----------|
| 1. Йодонат | 300 мл |
| 2. Раствор йода спиртовой 5% | — 300 мл |
| 3. Спирт этиловый | — 200 мл |
| 4. Эфир или бензин | — 200 мл |
| 5. Перекись водорода | — 300 мл |
| 6. Фурацилин 1:5000 | — 500 мл |
| 7. Синтомициновая эмульсия | — 200 г |
| 8. Вазелиновое масло стерильное | — 50 г |
| 9. Нашатырный спирт (10% раствор аммиака) | — 500 мл |
| 10. Дегмицид | — 1500 мл |
| 11. Тройной раствор | — 3000 мл |

В качестве внутривенных и инъекционных средств используют следующие препараты.

- | | | |
|--|--------|----------|
| 1. Глюкоза 40% раствор в ампулах | — 1 | коробка |
| 2. Полиглюкин во флаконах | — 5 | флаконов |
| 3. Натрия хлорид 0,85% раствор | — 1000 | мл |
| 4. Кальция хлорид 10% раствор в ампулах | — 1 | коробка |
| 5. Новокаин 0,25% раствор | — 400 | мл |
| 6. Новокаин 0,5% раствор | — 800 | мл |
| 7. Новокаин 2% раствор в ампулах | — 2 | коробки |
| 8. Гидрокортизон во флаконах | — 4 | флакона |
| 9. Адреналин 0,1% в ампулах | — 1 | коробка |
| 10. Мезатон 1% в ампулах | — 1 | коробка |
| 11. Димедрол 1% в ампулах | — 1 | коробка |
| 12. Кофеин 10% в ампулах | — 1 | коробка |
| 13. Столбнячный анатоксин в ампулах | — 1 | коробка |
| 14. Противостолбнячная сыворотка в ампулах | — 1 | коробка |
| 15. Антибиотики разные во флаконах | — 30 | флаконов |

Перечень медикаментозных средств может расширяться или сужаться в зависимости от характера и объема работы в перевязочной. На двухъярусном столике меди-

каменты и перевязочный материал также размещают в определенном порядке. На верхней полке — четырехугольный тазик с залитыми тройным раствором режущими инструментами, корнцанг к банке с тройным раствором, шовный материал в ампулах или банках, стаканчики, баночки С пробкой для спирта, раствора йодоната, йода, клеола. На нижней полке размещают бинты, вату, пластырь.

Перед началом работы в перевязочной накрывают стерильный стол с инструментами и материалами, набор которых варьирует в зависимости от объема работы перевязочной.

Примерный перечень инструментов в перевязочной следующий.

1. Иглодержатель	— 3
2. Зажимы кровоостанавливающие разные	— 12
3. Пинцеты хирургические	— 8
4. Пинцеты анатомические	— 8
5. Пинцеты зубчато-лапчатые	— 5
6. Корнцанг	— 2
7. Крючки пластинчатые (Фарабефа)	— 4
8. Крючки двух- или трехзубые острые средние	— 4
9. Зонд пуговчатый	— 3
10. Зонд желобоватый	— 3
11. Троакар в наборе	— 1
12. Шприцы разные	— 8
13. Зажимы для прикрепления операционного белья	— 8
14. Тазики почкообразные	— 6
15. Стаканчики для раствора новокаина	— 6
16. Катетеры уретральные резиновые разных размеров	— 3
17. Катетеры уретральные металлические	— 2
18. Дренажные трубки и микроирригаторы	— 10
19. Перчатки хирургические	— 6 пар
20. Иглы инъекционные к шприцам разные	— 20

Режущие инструменты и хирургические иглы хранят стерильными в четырехугольном тазике, залитыми тройным раствором: скальпели — 6, ножницы — 6, иглы шовные хирургические разные — 10. Для обеспечения неотложной помощи в перевязочной необходимо иметь специальные наборы стерильных инструментов для трахеостомии и венесекции.

Набор для трахеостомии

1. Пинцет хирургический	— 1
2. Пинцет анатомический	— 1
3. Крючки пластинчатые (Фарабефа)	— 2
4. Зажимы кровоостанавливающие	— 4
5. Иглодержатель	— 1
6. Шприц объемом 10 мл	— 1
7. Иглы к шприцу разные	— 3
8. Крючки однозубые трахеотомические	— 2
9. Расширитель трахеотомический	— 1
10. Трубки трахеотомические № 3 и 4	— 2
11. Стаканчик для новокаина	— 1
12. Тазик почкообразный	— 1

Набор для венесекции

1. Пинцет анатомический	— 1
2. Пинцет хирургический	— 1
3. Крючки острозубые или пластинчатые	— 2
4. Зажимы кровоостанавливающие	— 4
5. Иглодержатель	— 1
6. Шприц объемом 5 мл	— 1
7. Иглы к шприцу разные	— 3
8. Стаканчик для новокаина	— 1
9. Иглы Дюфо разных размеров	— 2
10. Тазик почкообразный	— 1

Указанные наборы инструментов укладывают в почкообразный тазик и стерилизуют в сухожаровом шкафу. После окончания стерилизации наборы удобно оставлять в том же шкафу, дверцу которого держат закрытой и опечатанной. Для выполнения срочной операции к этим инструментам добавляют, извлекая из тройного раствора, режущие инструменты: скальпель, ножницы, хирургические иглы. Шовный материал используют ампульный, который всегда готов к употреблению. Стерильные шарики, салфетки, полотенца берут непосредственно из бикса. В ряде учреждений трахеотомический набор помещают в бикс и стерилизуют в автоклаве.

Непосредственно перед срочной операцией (хирургическая обработка раны) или перевязкой накрывают индивидуальный инструментальный столик с большого стерильного стола, а если перевязка предстоит небольшая, то вместо столика отбирают инструменты в стерильный почкообразный тазик — индивидуально для каждого больного.

Для закрытия ран широко используют клеоловые или лейкопластырные повязки, что дает значительную экономию перевязочного материала. Для фиксации стерильной салфетки на ране в амбулаторной хирургии удобно пользоваться сетчато-трубчатыми бинтами «Рэтэласт», которые изготавливают разных размеров: № 1 — для пальцев, №2 — для кисти и стопы, № 3 и 4 — для плеча и голени, № 5 и 6 — для головы и бедра, № 7 — для груди и живота.

Гнойную перевязочную оборудуют и оснащают примерно так же, как и чистую. Режим асептики необходимо соблюдать в ней с такой же тщательностью. Гнойная перевязочная предназначена для лечения ряда гнойных заболеваний и ран, для перевязок и операций по поводу этих заболеваний. Примерный перечень оперативных вмешательств в гнойной перевязочной следующий.

1. Вскрытие поверхностно расположенных флегмон и абсцессов, абсцедирующих фурункулов, карбункулов, гидраденитов, атером.

2. Вскрытие поверхностных форм панариция (кожный, подкожный, подногтевой, паронихия).

3. Хирургическое лечение некоторых глубоких форм панариция.

4. Вскрытие поверхностных флегмон кисти (комиссуральная флегмона, флегмона срединного пространства кисти, флегмона тыла кисти).

5. Операции по поводу вросшего ногтя с нагноением.

6. Вскрытие ограниченных форм гнойного мастита.

7. Вскрытие нагноившейся копчиковой кисты и некоторые другие вмешательства.

В гнойной перевязочной более широко используют антисептические растворы для промывания ран, мази с антибиотиками и антисептиками. Широко применяют дренажные трубки, микроирригаторы, выпускники в виде полос перчаточной резины. Инструментарий, выделенный для гнойной перевязочной, нельзя использовать в чистой перевязочной, тем более в операционной.

Если в поликлинике нет травматологического кабинета и гипсовальной комнаты, то в гнойной перевязочной приходится устанавливать гипсовальный стол, тазы для замачивания гипсовых бинтов и лонгет; необходимо иметь также гипсовые ножницы, нож, пилу, клеенчатые фартуки, нарукавники.

АСЕПТИКА И АНТИСЕПТИКА В МАЛОЙ ХИРУРГИИ

Требования к обеспечению асептики выполнения операций в амбулаторных условиях должны быть не меньшими, чем в хирургическом стационаре. Нарушение правил асептики и антисептики неизбежно ведет к развитию гнойных осложнений, которые не только ухудшают результаты операции, но нередко вызывают более тяжелый патологический процесс, чем был до операции, вплоть до сепсиса.

Следует придерживаться незыблемого принципа: все, что соприкасается с раной, должно быть стерильным. Это достигается предварительной стерилизацией (накануне операции) материалов, операционного белья, инструментов, обработкой рук хирурга перед операцией, соблюдением асептического режима работы в операционной и перевязочной. Особо следует подчеркнуть необходимость строгой асептики в гнойной перевязочной и не только в отношении предупреждения суперинфекции гнойных ран, но и в интересах профилактики загрязнения одежды и рук медицинского персонала и последующего микробного обсеменения операционной и чистой перевязочной.

СТЕРИЛИЗАЦИЯ БЕЛЬЯ И ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА

Стерилизацию простыней, халатов, полотенец, наволочек и перевязочного материала производят **автоклавированием** в металлических барабанах (биксах). Заполняют их бельем и материалами рыхло, а в центр бикса помещают пробирку с порошкообразной серой или бензойной кислотой, антипирином, мочевиной. Эти порошкообразные вещества при определенной температуре, создаваемой в автоклаве, плавятся, превращаясь из порошка в монолитный сплав. Это служит контролем надежности стерилизации, подтверждая, что в середине бикса действительно была достигнута температура заданного уровня. Сера плавится при температуре 115–120°С, бензойная кислота — при температуре 120–121°С, приобретая фиолетовую окраску, антипирин — при 113°С, мочевина — при 132°С.

Перед загрузкой в автоклав обязательно открывают

боковые отверстия в биксах, расслабляя и соответственно перемещая прижимной металлический кожух (пояс). Без открытия этих отверстий пар не сможет в достаточной степени проникать внутрь бикса. При давлении в автоклаве 1 атм (избыточная атмосфера) стерилизацию обычно проводят и течение 45 мин, при 1,5 атм достаточно 30 мин.

Автоклавирование осуществляют следующим образом. Крышку автоклава герметически закрывают. Через воронку заливают в котел автоклава воду до уровня, отмеченного на водомерной трубке. Закрывают все краны, кроме предназначенного для выхода пара. Включают ток или подогревают котел дровами, газовой горелкой, примусом. После появления пара из пароотводного крана его перекрывают и поднимают давление в автоклаве до 1 ати. Затем выпускают смешанный с воздухом пар в целях удаления остатков воздуха и перекрывают кран, поднимая давление. Отсчет времени стерилизации производят с момента достижения заданного уровня давления, например 1,5 ати.

По окончании стерилизации выключают подогрев и осторожно открывают клапан выпуска пара. Крышку автоклава можно открывать только после того, как стрелка манометра упадет до нуля. Вынимают биксы и сразу закрывают боковые отверстия в них, смещая кожух. Воду из автоклава выпускают, сам аппарат оставляют открытым для просушивания. К каждому биксу прикрепляют клеенчатую бирку, на которой простым карандашом отмечают, какой материал в биксе, дату стерилизации, фамилию и подпись сестры, производившей автоклавирование.

Автоклав — это котел высокого давления пара, поэтому создается повышенная опасность для обслуживающего персонала. Неисправность автоклава и неумение пользоваться им может привести к ожогам паром и взрыву котла. Разрешение на эксплуатацию каждого установленного автоклава дает после проверки специальная организация — «Котлонадзор». К работе с автоклавом допускают только средних медработников, прошедших специальную подготовку и сдавших экзамен по технике безопасности.

Для текущих перевязок материал (салфетки, готовые ватно-марлевые повязки, шарики и др.) удобно стерилизовать в отдельном конверте (пакете) из простыни или наволочки в количестве, необходимом на день работы перевязочной. В бикс помещают до трех конвертов. Перед

началом работы извлекают один конверт, на стерильном столе разворачивают его и добавляют простерилизованный в сухожаровом шкафу инструментарий (или после его кипячения). Если не хватает металлических биксов, то автоклавирование материалов производят в двойных мешках из плотного полотна с завязками в виде кисета. Невскрытые биксы (мешки) подлежат повторной стерилизации через 2—3 сут.

Для проведения хирургических вмешательств операционное белье (халаты, шапочки, маски, простыни, полотенца) и перевязочный материал стерилизуют в отдельном биксе, укладывая крупное белье в конверт в вертикальном положении, чтобы можно было любую вещь извлечь отдельно, не трогая других. Перевязочный материал готовят из рулонной марли: средние салфетки размером 40 X 30 см и малые — 20 X 15 см. При изготовлении салфеток необходимо соблюдать следующее правило: подворачивать края марли внутрь салфетки для предотвращения попадания отдельных ниток в рану. Шарики готовят из куска марли размером 10 X 10 см, складывая ее пополам и обертывая затем вокруг указательного пальца. В образовавшийся марлевый «кулек» заправляют свободные концы марли.

Операционные маски шьют из марли в 3—4 слоя. Обычный размер маски равен 15x20 см. По углам пришивают четыре тесемки длиной 30 см для фиксации маски на лице. Палочки с ватой длиной 15—20 см для обработки операционного поля готовят фиксацией комка ваты к концу палочки несколькими вращательными движениями.

СТЕРИЛИЗАЦИЯ ИНСТРУМЕНТОВ, ПЕРЧАТОК И ШОВНОГО МАТЕРИАЛА

Стерилизация инструментов. Перед стерилизацией бывшие в употреблении инструменты подлежат предварительной обработке. Их раскрывают, разбирают и моют теплой проточной водой, удаляя кровь и загрязнения. Затем замачивают в 1 % растворе моющих средств (стиральных порошков) на полчаса и в этом же растворе моют каждый инструмент щеткой или ватно-марлевым тампоном. Остатки моющих средств отмывают с инструментов теплой проточной водой, затем раскладывают их в обычные металлические стерилизаторы или в крышки от них, почкообразные тазики либо в другую металличе-

скую тару и помещают и сухожаровой шкафу (стерилизатор) при температуре в нем 40°C.

Инструменты предварительно просушивают, подогревая в шкафу с открытой дверкой в течение 15 мин. После остывания шкафа до температуры 40°C инструменты извлекают и укладывают в простые металлические стерилизаторы, которые закрывают крышкой. В таком виде производят сухожаровую стерилизацию инструментов, для чего в шкафу поднимают температуру до 160°C, и выдерживают 60 мин; при температуре 180°C продолжительность стерилизации сокращают до 40 мин. Открывать шкаф и вынимать инструменты можно только после снижения температуры в нем до 40°C.

В сухо жаровом шкафу надежно стерилизуются также шприцы, которые выдерживают температуру 200°C (не плавится клей, соединяющий стеклянные и металлические части). В порядке предварительной подготовки шприцы и иглы промывают теплой водой под давлением (с помощью поршня). Иглы дополнительно продувают воздухом из шприца и прочищают мандреном. Затем шприцы в разобранном виде и иглы замачивают на 15 мин в теплом 1 % растворе стирального порошка с добавлением перекиси водорода до получения 1 % раствора (на 1 л раствора — 40 мл 33% пергидроля). В этом же растворе промывают их под давлением с помощью поршня, а также моют ершами или ватно-марлевыми тампонами. Остатки стирального порошка отмывают проточной водопроводной водой, а затем прополаскивают шприц и иглы в дистиллированной воде.

Подготовленные и просушенные шприцы и иглы к ним укладывают в обычные металлические стерилизаторы и закрывают крышкой. Удобно также помещать шприцы с иглами в специальные бумажные пакеты (из сульфатоберточной бумаги): цилиндр-канюлей в сторону заклеенного конца пакета; поршень — рядом, рукояткой вверх; иглы — острием вниз. Открытый конец пакета загибают и склеивают клеем ПВА (из 10% поливинилового спирта) или крахмальным клейстером. Стерилизацию в сухожаровом шкафу осуществляют в том же режиме, что и инструментов: при температуре 160°C — 60 мин, при 180°C — 40 мин.

Если для внутривенных инфузий применяют системы многоразового пользования, предварительную обработку их перед стерилизацией проводят с особой тщательностью. Сразу же после употребления системы промы-

вают проточной водой, не допуская высыхания в трубках остатков вливаемой жидкости, особенно содержащей белок. После этого систему демонтируют, разбирая стеклянные и резиновые трубки, иглы, капельницы, погружают в моющий раствор (10 г стирального порошка и 5 мл нашатырного спирта на 1 л воды) на 2 ч, при этом резиновые трубки разминают, не вынимая из раствора. Затем все трубки и иглы промывают проточной водой и замачивают дистиллированной водой на 15 мин. Стерилизацию систем производят в автоклаве.

Стерилизация систем для внутривенных инфузий, инструментов, шприцев возможна также кипячением, если нет автоклава или сухожарового стерилизатора. На дно кипятильника (стерилизатора) помещают специальную металлическую сетку. Заливают в кипятильник дистиллированную или дважды прокипяченную воду, которая полностью должна закрывать инструменты. Для стерилизации их в воду добавляют до получения 1 % раствора карбонат натрия (сода), который губительно действует на оболочки бактериальных спор, препятствует окислению и появлению ржавчины на инструментах. Заменять карбонат натрия гидрокарбонатом (питьевая сода) нельзя, так как последний легко разлагается во время кипячения с выделением углекислоты, способствующей развитию коррозии металла. Инструменты, разложенные на сетке, помещают в стерилизатор после начала кипения воды. Время стерилизации кипячением 40 мин. Простерилизованные инструменты вынимают с сеткой и раскладывают на стерильном столе.

Стерилизацию шприцев кипячением производят в дистиллированной воде без добавления соды. При кипячении в водопроводной воде соли оседают на цилиндре и поршне, который быстро стирается, что ведет к нарушению герметизма между поршнем и цилиндром во время инъекции. Поршень перед кипячением обязательно вынимают и помещают отдельно от стеклянного цилиндра. На дно сетки кипятильника укладывают ватно-марлевую прокладку, которая смягчает удары инструментов о сетку во время кипячения.

Шприцы в отличие от других инструментов погружают в воду комнатной температуры и постепенно нагревают до кипения; с этого момента отсчитывают время стерилизации — 40 мин.

Помещение стеклянных изделий в кипящую воду приводит к их растрескиванию. Иглы для шприцев стерили-

зуют с мандренами в отдельной коробке или наколотыми в ватно-марлевою подушечку.

Стерилизация режущих и колющих инструментов кипячением или сухим жаром нежелательна, так как приводит к порче инструментов, тупит их. Широко применяют холодную химическую стерилизацию в антисептических растворах. Скальпели, ножницы, хирургические иглы заливают перед операцией спиртом на 2—3 ч или тройным раствором следующего состава.

Карболовая кислота (фенол)	3,0 г
Формалин	20,0 г
Карбонат натрия	15,0 г
Вода дистиллированная	до 1000 мл

Возможно и более длительное хранение инструментов в этом растворе.

Стерилизация перчаток. После употребления перчатки моют мыльным раствором и проточной водой. В гнойной перевязочной перчатки предварительно погружают на 1—2 ч в 5% раствор лизола.

После мытья перчатки высушивают и пересыпают изнутри тальком. Между ними прокладывают марлевые салфетки для предотвращения слипания, складывают в отдельный бикс и стерилизуют в автоклаве текучим паром в течение одного часа. При автоклавировании под давлением перчатки очень быстро портятся, «пережигаются», легко рвутся. В связи с этим применяют стерилизацию завернутых в марлю перчаток кипячением или их заливают раствором на 3 ч, затем просушивают стерильными салфетками. Эти методы удлиняют срок эксплуатации перчаток.

Стерилизацию щеток для мытья рук осуществляют кипячением (15 мин) после предварительного мытья их с мылом. Хранят щетки в банке с тройным раствором и достают оттуда стерильным корнцангом.

Стерилизация шовного материала. В амбулаторных условиях проще и удобнее пользоваться ампульным, готовым к употреблению шовным материалом. При самостоятельной стерилизации шелковые, лавсановые, капроновые нити в мотках моют в мыльной воде, трижды меняя ее, тщательно прополаскивают, сушат на стерильном полотенце. Затем нити наматывают на стеклянные пластинки (предметные стекла) или стеклянные катушки и заливают в банке с притертой пробкой эфиром на сутки. Высушивают шовный материал на стерильных полотенцах и вновь за-

ливают в банке на сутки 70% этиловым спиртом. Затем кипятят материал в эмалированной посуде в течение 15 мин в растворе сулемы (дихлорид ртути) 1:1000. Хранят шовный материал в банках с притертыми пробками в 96% этиловом спирте. После стерилизации производят бактериологический контроль (участки нитей помещают в пробирки с питательной средой и выдерживают в термостате). Применять шовный материал можно только после получения отрицательного ответа из бактериологической лаборатории, т. е. когда роста микробов не получено.

Кетгут стерилизуют также в банках с притертыми пробками. Вначале мотки кетгута заливают эфиром на сутки, потом люголевским раствором на 8 сут, затем раствор Люголя заменяют новым на следующие 8 сут. После этого помещают кетгут в 96% этиловый спирт и через 4 сут берут нити на бактериологическое исследование. Хранят кетгут в чистом спирте. На банках с шовным материалом обязательно должна быть этикетка с указанием даты стерилизации, даты и номера бактериологического анализа. При частом открывании банки и пользовании шовным материалом спирт в ней следует менять через 10 сут.

ОБРАБОТКА РУК ХИРУРГА И ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ

Обработка рук. Хирурги и операционные сестры должны внимательно следить за чистотой и состоянием кожи рук, избегать прямого контакта рук с гнойным или загрязненным материалом, не допускать образования заусениц, царапин, мозолей, трещин. При выполнении физических и домашних работ необходимо пользоваться рукавицами или перчатками. Ногти следует всегда коротко стричь. От повторной обработки антисептическими растворами кожа рук нередко грубеет, уплотняется, шелушится. Хорошо смягчает кожу рук смесь в равных частях глицерина, нашатырного спирта, этилового спирта и воды.

Перед операцией при любом способе обработки рук их следует просто помыть с мылом. Мытье со щетками является обязательным элементом при некоторых способах обработки рук. Для этого необходимо установить в предоперационной или перевязочной раковину, водопроводные краны со смесителем горячей и холодной воды. Щетки, прокипяченные и залитые тройным раствором,

извлекают из банки корнцангом. Эмалированные тазы для обработки рук антисептическим раствором стерилизуют обжиганием. Небольшим количеством этилового спирта смачивают внутреннюю поверхность таза и поджигают, все время поворачивая таз, чтобы прожглись все его стенки. Нужны также сами антисептические растворы для обработки рук и стерильные салфетки в биксе.

Широко применяют простой и доступный метод обработки рук хирурга по Спасокукоцкому — Кочергину. Вначале руки моют в проточной воде щеткой с мылом, затем салфеткой в 0,5% растворе нашатырного спирта последовательно в двух тазах по 3 мин в каждом. Осушают руки полотенцем или салфеткой (стерильными) и в течение 2 мин обрабатывают 96% этиловым спиртом. Метод достаточно эффективен. Кожа обычно не раздражается.

В последние годы для обработки рук хирурга стали применять новые антисептические средства — роккал, дегмин, хлоргексидин (гибитан) и др. Однако в настоящее время получены данные, что роккал обладает канцерогенным действием, поэтому не следует рекомендовать широко им пользоваться.

Удобна обработка рук 1% раствором дегмина. Предварительно руки моют теплой водой с мылом, ополаскивают в проточной воде. Затем обрабатывают по 3 мин двумя поролоновыми губками или салфетками, смоченными в тазу 1% раствором дегмина. Вытирают руки сухим стерильным полотенцем (салфеткой). Бактерицидные свойства раствора дегмина сохраняются полгода. В аптечную сеть выпускается 30% раствор дегмина (дегмицид) во флаконах по 500 мл. Дегмицид перед применением разводят в 30 раз обычной питьевой водой.

Для обработки используют также хлоргексидин (гибитан), который выпускают во флаконах по 500 мл 20% водного раствора. Для обработки рук его разводят в 40 раз 70% этиловым спиртом до получения 0,5% раствора. Используют также 1% водный раствор хлоргексидина, для чего исходный раствор разводят в 20 раз дистиллированной или прокипяченной водой. Вначале руки моют в проточной воде с мылом, а затем в тазу 0,5% спиртовым или 1% водным раствором хлоргексидина в течение 3 мин. Вытирают руки стерильным полотенцем или салфеткой. Достигается хорошая дезинфекция рук, однако иногда наблюдаются зуд кожи, дерматиты.

Широко применяют, особенно в стационарах, обработ-

ку рук первомуру. Несколько сложна методика приготовления рабочего раствора антисептика. Вначале смешивают 171 мл 33% раствора перекиси водорода и 69 мл 100% раствора муравьиной кислоты с добавлением воды до 1 л. Эту смесь помещают на 1 ч в холодильник. К 120 мл исходного раствора добавляют до 5 л водопроводной воды — получают рабочий раствор, в котором последовательно могут обработать руки 15 человек. Раствор годен только в течение 6—8 ч. Вначале руки моют в проточной воде, вытирают чистым полотенцем, а затем погружают в раствор первомура на 1 мин и вытирают стерильной салфеткой. Дополнительная обработка спиртом или йодом не нужна.

Весьма прост и своеобразен метод подготовки рук хирурга *церигелем* — синтетической пленкообразующей антисептической жидкостью. В количестве 3—4 мл ее тщательно растирают на коже кистей и нижней трети предплечий. Затем руки просушивают на воздухе; пальцы разводят в стороны, чтобы при высыхании препарата они не слиплись. Образующаяся пленка стерильна и предотвращает прямой контакт кожи рук и раны.

После обработки рук тем или иным способом надевают стерильные перчатки, позволяющие сохранить асептичность рук. Во время операции перчатки периодически обрабатывают антисептиками, особенно после «грязных» этапов. Кратковременные вмешательства можно производить и без применения перчаток, за исключением гнойных операций.

Обработка операционного поля в амбулаторных условиях нередко связана с определенными трудностями, так как вмешательства приходится производить в экстренных случаях на загрязненных областях, особенно на кисти и стопе. Кожу вначале моют салфетками с мылом, раствором детергента или нашатырным спиртом (0,5% раствор). Мазут, жировые загрязнения удаляют салфетками, смоченными бензином. Затем кожу обрабатывают этиловым спиртом и дважды 3—5% спиртовым раствором йода. Однако в этом растворе при хранении его свыше 3 мес образуется йодистоводородная кислота, которая вместе с йодом оказывает раздражающее воздействие на кожу, вызывая дерматиты или ожоги.

В последние годы для обработки операционного поля стали применять другие антисептические препараты, не уступающие йоду по эффективности. Используют 1% раствор *дегмина*, в котором обильно смачивают ватные

тампоны и дважды тщательно обрабатывают ими кожу. В этих случаях дополнительного применения спирта или других антисептиков не требуется. С аналогичной целью применяют 0,5% раствор хлоргексидина (водно-спиртовой), которым обрабатывают кожу дважды с интервалом в 2 мин.

Рациональным заменителем спиртового раствора йода стал **йодонат** — водный раствор комплекса поверхностно-активного вещества с йодом. Препарат содержит 4,5% йода. Для обработки операционного поля употребляют 1% раствор, для чего исходный йодонат разводят в 4,5 раза дистиллированной водой. Кожу дважды смазывают этим раствором перед операцией. В конце вмешательства перед наложением швов на кожу обрабатывают повторно тем же раствором.

Контроль за состоянием асептики в операционной и перевязочной осуществляют санитарно-эпидемиологические станции, которые производят периодически бактериологические посевы с обработанных рук хирурга, шовного материала, инструментов, перевязочного материала из стерильных биксов. Хирурга должны интересовать результаты этих бактериологических исследований для своевременного принятия мер по устранению недостатков в стерилизации и соблюдении режима работы операционно-перевязочного блока.

В соответствии с «Инструкцией по бактериологическому контролю комплекса санитарно-гигиенических мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях» (Приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения СССР № 720 от 31.07.78 г.) в операционной не реже 1 раза в месяц следует производить посев воздуха. Количество микроорганизмов в 1 м³ воздуха операционной не должно превышать 500—1000. Также 1 раз в месяц производят бактериологические посевы кусочка салфетки, шарика или другого материала, взятого из середины стерильного бикса.

Периодически берут смывы с рук хирурга, которые полностью обработаны перед началом операции. Стерильным ватным тампоном, смоченным в стерильном изотоническом растворе хлорида натрия, производят смывы с рук, особенно по краям ногтей, в межпальцевых промежутках и складках кожи. Затем эти тампоны помещают в пробирки со стерильным сахарным бульоном. Каждую партию простерилизованного в отделении шовного материала обязательно подвергают бактериологическому конт-

ролю. Без бактериологического исследования не допускается применение шовного материала. Периодически исследуют также смывы со стерильного инструментария.

Глава 3

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В МАЛОЙ ХИРУРГИИ

Любые оперативные вмешательства, а также травматичные или болезненные манипуляции необходимо производить после предварительного обезболивания. В амбулаторной хирургии применяют преимущественно местную новокаиновую анестезию, реже кратковременный наркоз. Широко производят новокаиновые блокады. Нередко местную анестезию дополняют подкожным введением наркотических анальгетиков (1—2 мл 2% раствора промедола). Кратковременный наркоз может давать только анестезиолог или хирург, прошедший специальную подготовку по анестезиологии, с медицинской сестрой, имеющей подготовку сестры-анестезиста. На практике в амбулаторных условиях наркоз применяют редко.

МЕСТНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

В амбулаторных условиях применяют **местную инфльтрационную анестезию** раствором новокаина. При небольших вмешательствах удобно пользоваться ампулированными растворами новокаина, так как он может длительно храниться, стерилен и всегда готов к применению. Для более обширных вмешательств, проведения новокаиновых блокад пользуются приготовленным и простерилизованным во флаконах 0,25—0,5% раствором новокаина. С этой целью готовят солевой раствор по прописи А. В. Вишневого:

Натрия хлорида	2,5 г
Калия хлорида	0,04 г
Кальция хлорида	0,56 г
Воды дистиллированной	500 мл

Затем для стерилизации этот раствор кипятят и в кипящую жидкость добавляют 2,5 г. порошка новокаина (для получения 0,5% раствора), с которым продолжают кипячение еще 1 мин. Более длительное кипячение приводит к разрушению новокаина и снижению обезболи-

вающего действия раствора. Для сужения сосудов и замедления всасывания введенного в ткани новокаина добавляют 1 мл 0,1% раствора адреналина. По упрощенной методике новокаин готовят на изотоническом (0,9%) растворе хлорида натрия.

Высшая разовая доза новокаина в пересчете на сухой препарат составляет 0,75 г (150 мл 0,5% раствора). В 0,25% растворе можно применять значительно большее количество новокаина, так как препарат всасывается медленно, а при рассечении тканей часть раствора изливается наружу. Допустимо вводить до 1,5 л 0,25% раствора новокаина. В амбулаторной практике целесообразно готовить раствор новокаина в герметично закрывающихся флаконах по 30—50 мл. Каждый флакон используют один раз. Оставшийся в открытом флаконе новокаин считается непригодным для дальнейшего употребления, так как неизбежно нарушается его стерильность. Для небольших по объему анестезируемых участков удобно пользоваться раствором новокаина в ампулах по 5 мл.

Для местной инфильтрационной анестезии применяют шприцы емкостью 5—10 мл. Надо стремиться производить как можно меньше проколов кожи в интересах сохранения стерильности. Иглу постепенно продвигают в глубь тканей, предпосылая ей введение раствора новокаина. Вначале через тонкую иглу инфильтрируют раствором новокаина кожу (внутрикожное введение) до образования «лимонной корочки». Затем через толстую иглу пропитывают раствором подкожную жировую клетчатку, а при необходимости и глубже лежащие ткани. Важно обезболить прежде всего кожу, которая отличается большой чувствительностью. Внутрикожно инфильтрацию раствором новокаина производят по всей длине предстоящего разреза (рис. 1).

Прокол кожи иглой на новом месте следует производить по краю образовавшейся «лимонной корочки», чтобы последующие уколы были безболезненными. По ходу операции иногда приходится дополнительно вводить раствор новокаина в окружающие ткани. При инъекциях вблизи кровеносных сосудов следует периодически слегка оттягивать поршень шприца для контроля, не попал ли конец иглы в просвет сосуда. Если это произошло, то иглу извлекают из сосуда и вновь продвигают в ткани, изменив несколько направление. Анестезия обычно наступает через 5 мин. Однако перед нанесением разреза следует контролировать степень анестезии уколом иглой.

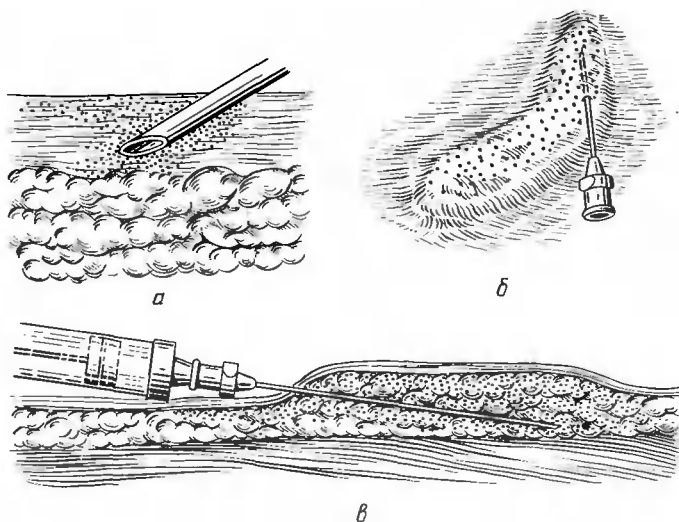


Рис. 1. Этапы местной инфильтрационной анестезии.
 а — внутрикожное введение раствора новокаина; б — инфильтрация кожи раствором новокаина; в — инфильтрация подкожной жировой клетчатки.

Противопоказаний к местной новокаиновой анестезии практически нет, за исключением случаев повышенной чувствительности к новокаину у некоторых больных. Осложнения в основном связаны с передозировкой препарата или введением его в сосудистое русло. Проявляется такое осложнение падением артериального давления, учащением пульса, холодным потом, беспокойством больного.

Проводниковую анестезию в малой хирургии применяют преимущественно при операциях на пальцах кисти (вскрытие панариция, хирургическая обработка ран, ампутация или вычленение фаланги). Вмешательства на дистальной и средней фалангах обычно выпоняют, используя проводниковую анестезию по Лукашевичу, которая позволяет не только обеспечить хорошее обезболивание, но и временное обескровливание места операции, что существенно облегчает выполнение самого вмешательства (рис. 2).

На основание пальца накладывают циркулярный жгут из стерильной тонкой резиновой трубки или марлевой тесьмы, который препятствует также быстрому рассасыванию введенного новокаина. Сущность анестезии заключается в новокаиновой блокаде на протяжении обоих

пальцевых нервов, проходящих по боковым поверхностям. Вкол короткой тонкой иглой производят на границе тыльной и боковой поверхности проксимальной или средней фаланги и вводят 3 мл 1 % раствора новокаина, продвигая постепенно иглу в ладонном направлении и к кости. Аналогичным образом вводят новокаин (3 мл 1 % раствора) с другой стороны пальца.

При локализации патологического процесса на проксимальной фаланге или поражении всего пальца применяют проводниковую анестезию на уровне дистальных эпифизов пястных костей по Оберсту (цит. по. И. Литтманну, 1981) или на уровне диафизов пястных костей по Усольцевой. Сама же методика выполнения анестезии в обоих случаях практически идентична. На уровне середины диафиза пястной кости или дистальнее тонкой иглой над межкостным промежутком внутрикожно вводят новокаин. Затем через этот участок более толстой иглой вводят подкожно раствор новокаина, постепенно продвигая иглу вглубь к ладонной поверхности (рис. 3). Всего вводят 15—20 мл 1 % раствора новокаина.

Иглу извлекают до уровня подкожной жировой клетчатки и в ней проводят горизонтально ко второму межкостному промежутку, осуществляя инфильтрационную анестезию. После этого прокол иглой со второй стороны пястной кости становится безболезненным. Ко второму нерву также подводят 15 мл 1 % раствора новокаина. Аналогичным образом можно анестезировать несколько пальцев. Анестезия наступает через 4—5 мин и сохраняется около часа. Противопоказанием к проводниковой анестезии является индивидуальная непереносимость к новокаину. Возможно осложнение — повреждение иглой сосуда на тыле кисти; иногда наблюдаются временное головокружение и тошнота от действия новокаина.

Внутрикостная анестезия обеспечивает относительно длительное обезболивание целого сегмента конечности — всей кисти или стопы. Однако в амбулаторной практике ее применяют относительно редко. Введенный внутрикостно раствор новокаина распространяется по губчатому веществу кости, поступает в венозные сосуды дистальнее наложенного жгута, а из венозной сети диффундирует в ткани, пропитывает их и вызывает обезболивание всего участка конечности дистальнее жгута. Введение раствора новокаина внутрикостно производят только через здоровые ткани со строгим соблюдением асептики. Для выполнения анестезии необходимы толстая короткая игла с относи-

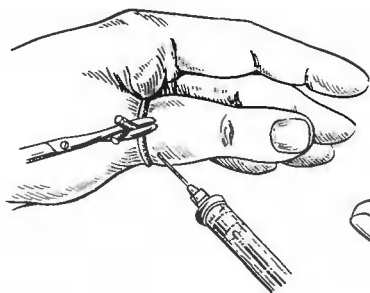


Рис. 2. Проводниковая анестезия пальца по Лукашевичу.

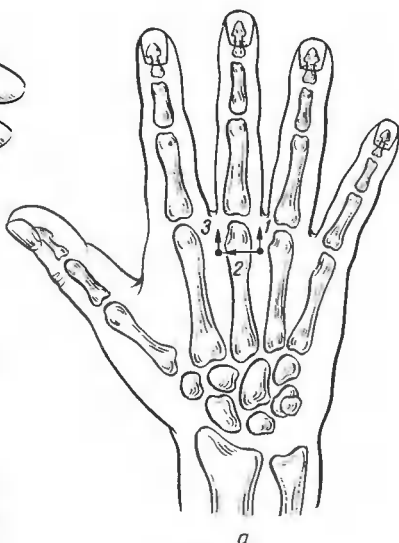
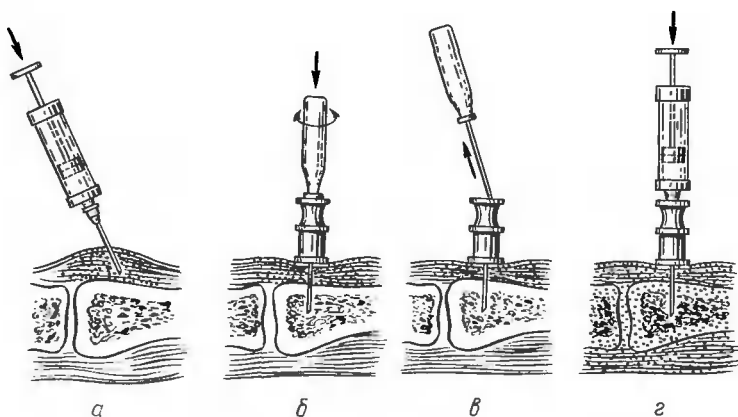
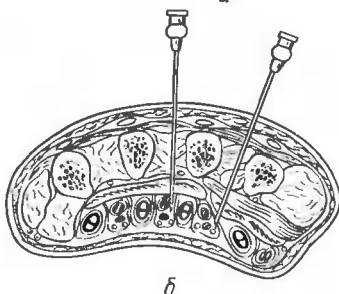


Рис. 3. Метакарпальная проводниковая анестезия по Оберсту. *а* — точки вкола иглы (цифрами обозначена последовательность изменений направления иглы); *б* — положения иглы на поперечном срезе.

Рис. 4. Этапы проведения внутрикостной анестезии.

а — анестезия мягких тканей; *б* — введение иглы в губчатое вещество кости; *в* — удаление мадрена из иглы; *г* — введение раствора новокаина в губчатое вещество кости.



тельно тупым срезом и хорошо пригнанным мандреном и шприц емкостью 10 мл с хорошо притертым поршнем.

Для анестезии кисти раствор новокаина обычно вводят в эпифиз лучевой кости, при операциях на стопе — в пятую кость. Перед анестезией конечности придают возвышенное положение для обеспечения венозного оттока и проксимальнее места введения анестетика накладывают циркулярный резиновый жгут, сдавливающий как венозные, так и артериальные сосуды до исчезновения пульса на артериях дистальнее жгута. Тонкой иглой производят анестезию кожи и надкостницы над местом предстоящего прокола кости. Иглу с мандреном проводят через анестезированный участок кожи и затем вращательными движениями продвигают иглу через корковое вещество кости на глубину 1—1,5 см до ощущения «провала» в более податливое губчатое вещество (рис. 4).

Извлекают мандрен и через иглу вводят раствор новокаина. Первые порции раствора вызывают боль, поэтому целесообразно вначале ввести 3—5 мл 2% раствора новокаина, выждать 2—3 мин, а затем добавить 0,5% раствор новокаина в количестве 40—50 мл для стопы. Анестезия наступает через 5—10 мин и сохраняется, пока затянут жгут. Быстрое поступление в общий кровоток новокаина после снятия жгута может вызвать головокружение, падение артериального давления. В связи с этим предварительно внутривенно вводят 1 мл 5% раствора эфедрина или заблаговременно (перед началом оперативного вмешательства) инъецируют подкожно 1 мл 10% раствора кофеина.

НОВОКАИНОВЫЕ БЛОКАДЫ

При ряде заболеваний и травм в амбулаторных условиях хирурги производят новокаиновые блокады как с целью обезболивания, так и в порядке лечения с добавлением к раствору новокаина антибиотиков, спирта и других лекарственных средств. Новокаиновые блокады производят в условиях чистой перевязочной с соблюдением требований асептики.

Больного укладывают в положение, удобное для проведения новокаиновой блокады. Кожу обрабатывают антисептиками. Врач надевает стерильные перчатки, обкладывает «операционное поле» стерильными салфетками. Тонкой иглой вводят раствор новокаина внутрикожно до образования ограниченного участка «лимонной корочки». Через него затем на необходимую глубину проводят длинную

иглу, все время предпосылая продвижению ее раствор новокаина.

Периодически следует оттягивать поршень шприца в обратном направлении для контроля, не попала ли игла в просвет сосуда или паренхиматозный орган. На заданном уровне вводят необходимое количество раствора новокаина. При повторном присоединении заполненного шприца к игле необходимо следить, чтобы игла «незаметно» не продвигалась в глубь тканей. Иглу удерживают на установленном уровне, фиксируя пальцами за канюлю. По окончании блокады место прокола закрывают марлевым шариком, который приклеивают клеолом.

Производить новокаиновые блокады через маперированную или загрязненную кожу не следует из-за опасности занесения микробов в глубину тканей. Иглу проводят в этих случаях сбоку, через здоровую кожу. Изложенные положения относятся ко всем видам новокаиновых блокад, техника же выполнения каждой из них представлена отдельно.

Новокаиновая блокада места перелома — один из наиболее простых и эффективных методов обезболивания перед транспортной иммобилизацией при закрытых переломах длинных трубчатых костей. При этом обеспечивается блокада нервных рецепторов непосредственно в очаге повреждения, а смешивание раствора новокаина с излившейся кровью (гематома в области перелома) способствует замедлению всасывания его и пролонгированию обезболивающего эффекта. На уровне перелома иглу проводят через кожу до кости, стремясь попасть в гематому, окружающую кость (рис. 5). В этом случае при оттягивании поршня в шприц поступает кровь или вытекает из иглы после отсоединения шприца. В гематому вводят 30—50 мл 1 % раствора новокаина. При множественных переломах приходится блокировать каждый перелом длинной трубчатой кости в отдельности. Общее количество вводимого 1 % раствора новокаина не должно превышать 100 мл. При пункции следует учитывать расположение крупных сосудов и нервов и избегать повреждения их иглой. Не рекомендуется производить пункцию в том месте, где отломки определяются непосредственно под кожей.

Циркулярную новокаиновую блокаду поперечного сечения конечности производят при открытых, в том числе огнестрельных, переломах длинных трубчатых костей, а также перед снятием длительно находившегося на конеч-

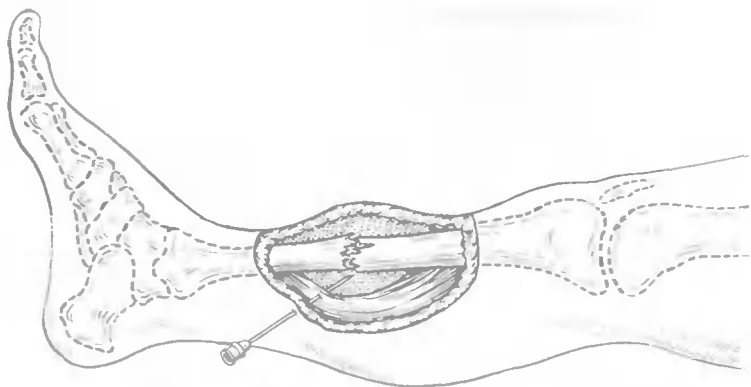


Рис. 5. Новокаиновая блокада места перелома.

ности жгута в целях профилактики «турникетного» шока и синдрома длительного сдавления.

Проксимальнее места перелома (жгута) циркулярно из нескольких точек вводят в мягкие ткани на всю глубину до кости 0,25% раствор новокаина в количестве 250—300 мл в зависимости от толщины сегмента конечности. Каждый раз иглу проводят перпендикулярно к коже в радиальном направлении к кости.

Футлярная новокаиновая блокада по А. В. Вишневскому основана на введении раствора новокаина в фасциальные футляры мышц конечностей, в которых обычно проходят и сосудисто-нервные пучки. Введенный раствор новокаина в пределах фасциального футляра омывает нервные стволы и блокирует их. При этом раствор новокаина вводят в мышечный футляр из двух или даже одного прокола иглой в количестве от 50 до 100 мл 0,25% раствора в зависимости от объема мышц, заключенных в фасциальном футляре. Показана футлярная блокада при открытых, в том числе огнестрельных, переломах длинных трубчатых костей.

Внутритазовая блокада по Школьникову — Селиванову. Показана при закрытых и открытых (огнестрельных) переломах костей таза с повреждением и без повреждения внутренних органов. В положении больного на спине иглу проводят на 1 см кнутри от передней верхней ости подвздошной кости, скользя по ее внутренней поверхности в направлении вниз и кпереди. На глубине 12—14 см конец иглы упирается в середину (ямку) подвздошной кости, куда и вводят 200—300 мл 0,25% раствора новокаина

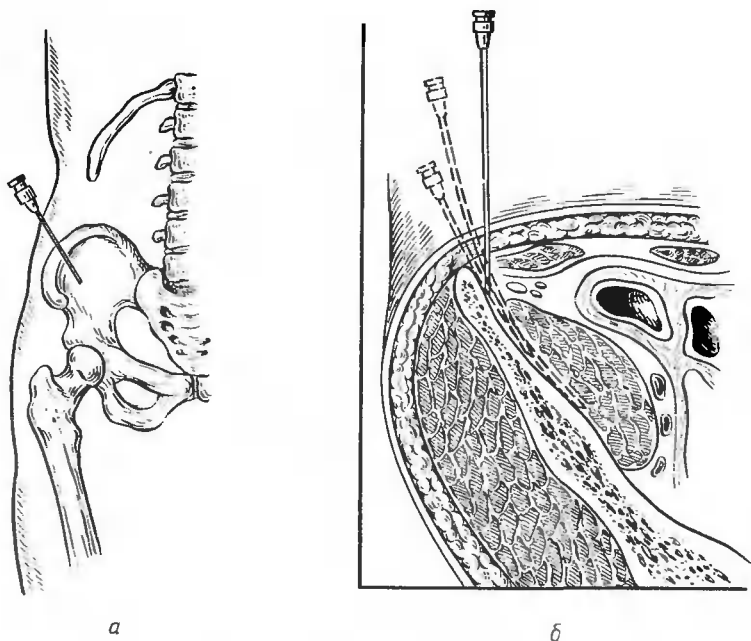


Рис. 6. Внутритазовая блокада по Школьникову—Селиванову.

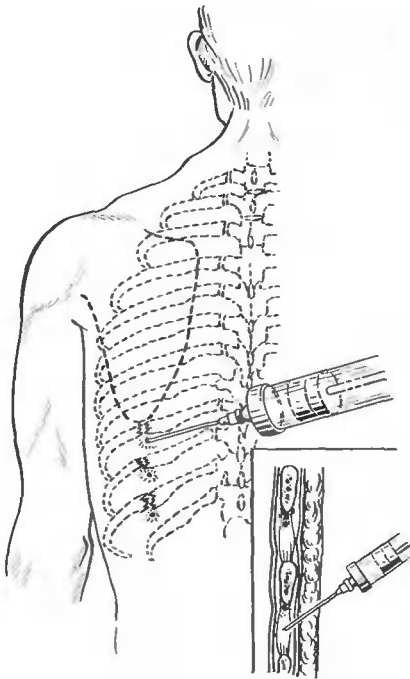
a — направление иглы; *б* — этапы введения иглы в пазуху таза забрюшинно.

(рис. 6). При двусторонней внутритазовой блокаде с каждой стороны вводят по 200 мл 0,25% раствора новокаина.

Межреберную новокаиновую блокаду применяют при одиночных и множественных одинарных переломах ребер. Больной лежит на здоровом боку или сидит. На уровне перелома иглу проводят до упора в нижний край ребра, затем продвигают под него на 0,5 см. В клетчатку, окружающую межреберный нерв, вводят 8 мл 1% раствора новокаина (рис. 7). Для пролонгирования обезболивающего эффекта через ту же иглу дополнительно вводят 2 мл этилового спирта. Введение спирта без предварительной анестезии новокаином болезненно. Слишком глубокое введение иглы может сопровождаться повреждением паритетальной плевры и легкого.

Паравертебральная новокаиновая блокада межреберных нервов показана при множественных двойных переломах ребер. Положение больного на здоровом боку или сидя. Несколько латеральнее паравертебральной линии под каждое ребро, периферические отделы которых сломаны,

Рис. 7. Межреберная новокаиновая блокада.



а также на одно ребро выше и ниже поврежденных вводят по 6—8 мл 1 % раствора новокаина, как и при обычной межреберной блокаде, добавляя для пролонгирования обезболивающего эффекта по 2 мл спирта.

Паравerteбральная новокаиновая блокада спинномозговых нервов показана при множественных двойных переломах ребер, особенно задних отделов их; переломах поперечных отростков и тел позвонков; остром радикулите (люмбаго). Пострадавший

лежит на здоровом боку или сидит. На 2—3 см влево или вправо от остистого отростка соответствующего позвонка перпендикулярно к коже проводят иглу по направлению к поперечному отростку позвонка до упора в него. Вводят 15—20 мл 0,5% раствора новокаина, который омывает спинномозговой нерв, его ветви: заднюю, межреберную и соединительную с симпатическим стволом.

Шейную вагосимпатическую новокаиновую блокаду производят в порядке оказания первой врачебной помощи при тяжелой травме груди, если транспортировка больного в стационар задерживается на несколько часов. В положении больного на спине под лопатки подкладывают поперечный валик, голову поворачивают в противоположную сторону, надплечье опускают вниз. Указательным пальцем левой руки надавливают на задний край середины грудиноключично-сосцевидной мышцы, смещая ее и глубже лежащие магистральные сосуды кпереди и медиально.

Рядом с пальцем проводят иглу в мягкие ткани шеи по направлению к передней поверхности тел шейных позвон-

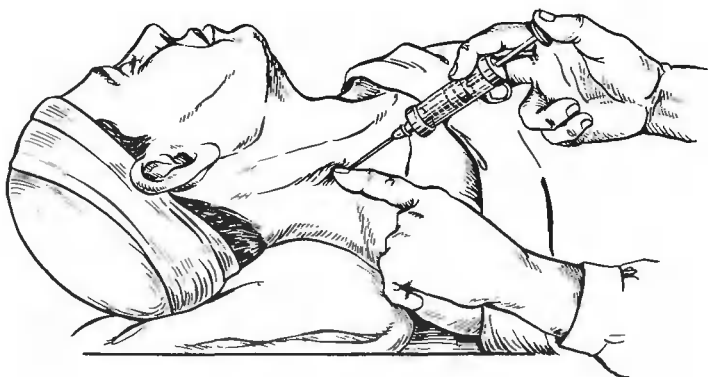


Рис. 8. Шейная вагосимпатическая новокаиновая блокада.

ков. На глубине примерно 4—5 см игла проникает в около-сосудистую клетчатку,, в которую вводят 30—40 мл 0,5% раствора новокаина (рис. 8). Признаком эффективности блокады служит появление синдрома Бернара — Горнера (птоз, миоз, энофтальм) на стороне блокады.

При проведении блокады необходимо строго придерживаться описанной техники, в противном случае возможно

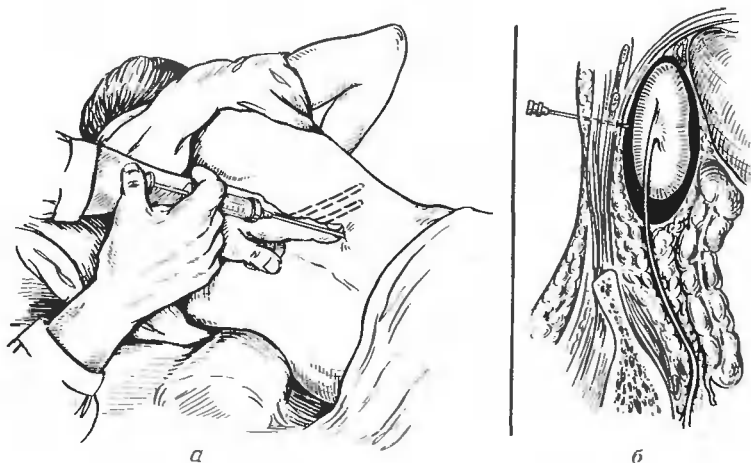


Рис. 9. Паранефральная новокаиновая блокада.

а — направление и место введения иглы; *б* — сагиттальный срез по ходу иглы, введенной в жировую капсулу почки.

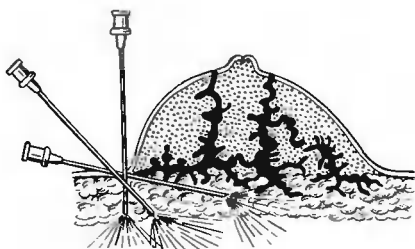
повреждение иглой сонной артерии или яремной вены. Если конец иглы попал в один из этих сосудов, то в шприце (при оттягивании поршня) появляется кровь. Иглу тотчас извлекают из сосуда, который временно прижимают пальцем. Игла не должна доходить до тел позвонков, тем более до их передней поверхности, где можно проникнуть в просвет пищевода.

Паранефральная новокаиновая блокада показана при травмах органов живота и забрюшинного пространства, ожоговом шоке, синдроме длительного сдавления, если транспортировка больного в стационар задерживается на несколько часов. Положение больного на противоположном блокаде боку с валиком между XII ребром и крылом подвздошной кости. Нижняя конечность на стороне блокады вытянута, противоположная согнута в коленном и тазобедренном суставах. Указательным пальцем левой кисти врач определяет место пересечения XII ребра с наружным краем мышцы, выпрямляющей позвоночник (рис. 9). Иглу проводят перпендикулярно к поверхности кожи в глубь тканей, постоянно предпуская игле струю раствора новокаина. Периодически оттягивают поршень шприца для контроля, не попала ли игла в просвет сосуда или в почечную паренхиму.

Проникновение иглы в жировую капсулу почки определяется по появившемуся ощущению уменьшения сопротивления движению поршня при введении раствора новокаина, а при отсоединении шприца раствор из иглы обратно не вытекает в отличие от расположения конца иглы в мышце. В жировую капсулу почки вводят 60—80 мл 0,25% раствора новокаина, который омывает почку и забрюшинные нервные сплетения: вокруг почечных сосудов, чревное сплетение, а также симпатический ствол.

Особое внимание следует обращать на удержание иглы на установленном уровне при давлении на поршень и во время смены шприца, заполненного раствором новокаина. Указанные манипуляции легко приводят к продвижению иглы вглубь, в почечную паренхиму, которая во время дыхательных движений может значительно повреждаться иглой с образованием околопочечной гематомы. Если иглу проводить не перпендикулярно к поверхности кожи, а с отклонением в сторону, она может проникнуть в просвет кишки. Тогда при отсасывании в шприц будет поступать газ и кишечное содержимое. Иглу тотчас извлекают и другой иглой и шприцем вводят в жировую капсулу почки большие дозы антибиотиков широкого спектра действия.

Рис. 10. Ретромаммарная новокаиновая блокада.



В связи со значительным количеством введенного новокаина, особенно при двусторонней паранефральной блокаде, иногда у больных наблюдаются головокружение, слабость, снижение артериального давления. В связи с этим после блокады больному в поликлинике следует отдохнуть полчаса, лучше лежа на кушетке. Больному измеряют артериальное давление и при необходимости вводят подкожно 1 мл 5% раствора эфедрина или 1 мл 10% раствора кофеина.

При маститах в фазе инфильтрации и для обезболивания во время операций на молочной железе (вскрытие гнойного мастита, секторальная резекция по поводу доброкачественных опухолей) производят **ретромаммарную новокаиновую блокаду**. По краю молочной железы тонкой иглой вводят внутривожно раствор новокаина, создавая кожный желвак. Через него длинной иглой проникают под железу в ретромаммарную клетчатку, предпосылая продвижению иглы введение раствора новокаина (рис. 10). Всего под железу вводят 60—80 мл 0,25% раствора новокаина. При показаниях к нему добавляют антибиотики. При большой железе производят инъекции новокаина с внутреннего и наружного краев железы.

При остром эпидидимите, орхите, почечной колике хороший лечебный эффект достигается новокаиновой **блокадой семенного канатика**. Пальцем определяют наружное кольцо пахового канала и выходящий из него семенной канатик. Его фиксируют большим и указательным пальцами левой руки, а правой с помощью тонкой иглы внутривожно, а затем подкожно вводят раствор новокаина. Иглу продвигают к семенному канатику и вводят в него и окружающие ткани 50 мл 0,5% раствора новокаина с добавлением по показаниям антибиотиков. При паховой грыже эта блокада противопоказана из-за возможности повреждения иглой кишки в грыжевом мешке.

Перианальная новокаиновая блокада показана при

остром воспалении геморроидальных узлов и выраженных болях. Положение больного на спине с поднятыми и согнутыми в коленных суставах ногами. Удобнее создать это положение на гинекологическом кресле. После тщательной обработки кожи промежности антисептиками производят вкол иглой, отступя от края заднепроходного отверстия 1,5–2 см. Инъекцией раствора новокаина создают внутрикожный желвак. Затем через него новыми уколами тонкой иглы продлевают этот желвак циркулярно вокруг заднепроходного отверстия. При правильном выполнении этой манипуляции больной ощущает боль преимущественно только при первом уколе.

Из четырех равно удаленных друг от друга точек, начиная с уровня копчика, через этот желвак более длинной иглой вводят в окружающую прямую кишку клетчатку по 20 мл 0,25% раствора новокаина на глубину 3–4 см. К раствору новокаина добавляют антибиотики. Гнойные процессы на коже и в подкожной жировой клетчатке промежности являются противопоказанием для такой блокады. Возможное осложнение — инфицирование параректальной клетчатки, избежать которого можно только тщательным соблюдением правил асептики и продвижением в глубь иглы с учетом расположения прямой кишки. При уколе из задней точки (на 6 часах по циферблату) иглу следует продвигать, наклоняя конец ее кзади, к копчику.

Кокцигогенению, анальный зуд можно снять **околокопчиковой спирт-новокаиновой блокадой по Аминеву**. Положение больного такое же, как и для проведения перианальной блокады. Между копчиком и задним краем заднепроходного отверстия тонкой иглой создают внутрикожный новокаиновый желвак. В просвет кишки вводят указательный палец левой кисти, которым контролируют продвижение позади кишки длинной иглы по формирующемуся ползучему инфильтрату от вводимого новокаина. Иглу проводят, отклоняя кзади, на переднюю поверхность копчика. Вводят 50 мл 0,5% раствора новокаина с добавлением в последний шприц 2–3 мл этилового спирта. Блокаду можно повторять. Строгое соблюдение правил асептики необходимо в интересах предупреждения инфицирования параректальной клетчатки.

Пресакральную новокаиновую блокаду производят при трещинах заднего прохода с выраженным болевым синдромом, а также с целью обезболивания при операциях на анальной области. Положение больного на спине с

приведенными к животу ногами. Тонкой длинной иглой прокалывают кожу на середине расстояния между копчиком и заднепроходным отверстием. Указательным пальцем левой кисти, введенным в прямую кишку, контролируют дальнейшее продвижение иглы. Ее проводят по вогнутой (передней) поверхности крестца, предпосылая вперед струю раствора новокаина. Пальцем в прямой кишке определяют ползучий инфильтрат от вводимого раствора новокаина и ориентируются в направлении продвижения иглы. В пресакральную клетчатку (между крестцом и задней стенкой прямой кишки) вводят 80—100 мл 0,25% раствора новокаина.

Короткую новокаиновую блокаду с антибиотиками применяют для купирования острого воспалительного процесса в фазе инфильтрации при начинающемся фурункуле, карбункуле, гидрадените и других инфильтратах. Анестезируют участок кожи на 1—2 см от края воспалительного очага — тонкой иглой создают внутрикожный новокаиновый желвак. Затем через этот участок под воспалительный инфильтрат проводят длинную иглу, предпосылая ее продвижению инъекцию анестетика. Всего вводят 40—60 мл 0,25% раствора новокаина с соответствующим антибиотиком. Для предупреждения осложнений, в частности распространения инфильтрации на окружающие ткани, следует избегать проведения иглы через воспалительный очаг или вводить в него раствор новокаина. Игла должна проходить только через здоровые ткани в окружности очага (см. рис. 10).

Глава 4

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПРИ УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ СОСТОЯНИЯХ

Острые хирургические заболевания и травмы, ведущие к нарушению жизненно важных функций организма и угрожающие самой жизни, нечасто наблюдаются в амбулаторной практике, так как эти больные подлежат лечению в стационарных лечебных учреждениях. Но первую врачебную помощь таким больным обычно оказывает врач здравпункта, амбулатории, медико-санитарной части при возникновении травмы или острого тяжелого заболевания на предприятии. Такую помощь должен оказать и врач

поликлиники. К угрожающим жизни состояниям относят острую остановку сердца, асфиксию, массивное кровотечение, тяжелый травматический шок и др.

Успех и исход последующего лечения в решающей степени зависят от своевременности и полноценности первой врачебной помощи, от знания и умения врача определить характер патологических нарушений и оказать необходимую помощь. В таких ситуациях нет времени посмотреть в книгу для уточнения диагностических и лечебных вопросов. Незнание, неумение и растерянность врача, его неправильные действия ведут к печальным последствиям для больного. Не только врач, но и средний медицинский персонал должны быть всегда готовыми к оказанию неотложной помощи по жизненным показаниям. Для этой цели также должны быть всегда наготове инструменты, врачебные предметы и лекарственные средства.

В данной главе изложены методы экстренной помощи хирургическим больным при неотложных состояниях, наиболее часто встречающихся в амбулаторной практике. Описание характера самого патологического состояния, его диагностики представлено кратко в расчете на достаточное знакомство врачей с этими вопросами. Основное внимание уделено, как и в других главах, изложению лечебных мероприятий.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Острые профузные кровотечения всегда создают реальную опасность для жизни, быстро приводят к обескровливанию организма, развитию постгеморрагического коллапса и смерти. Остановка кровотечения теми или иными способами предотвращает развитие тяжелых осложнений и фатальный исход. Кровотечения бывают наружные с истечением крови во внешнюю среду и внутренние, при которых изливающаяся кровь собирается в серозных полостях, в просвете полых органов. Скопление крови в межмышечных, межфасциальных пространствах, в мягких тканях приводит к образованию гематом.

Остановка наружного кровотечения

Пальцевой метод. При артериальном кровотечении дорога каждая секунда. Недопустима потеря времени на поиски помощника, жгута и других приспособлений, не остановив предварительно кровотечение. Практически врач должен

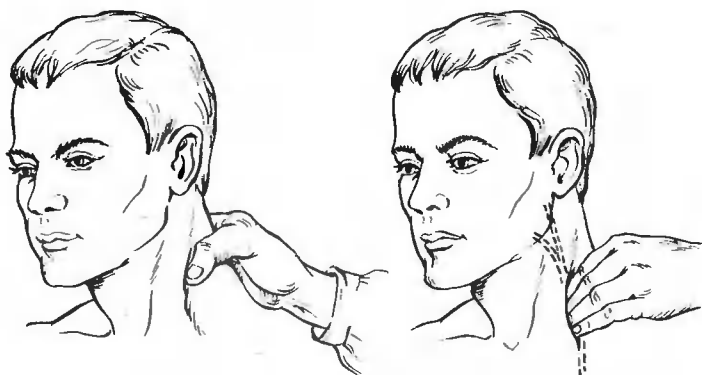


Рис. 11. Способы пальцевого прижатия общей сонной артерии.

сразу же применить пальцевой метод прижатия артерии к кости выше места ранения. Только после того, как будет остановлено этим методом кровотечение, можно заняться поисками жгута, позвать помощника и осуществить более надежную временную остановку кровотечения.

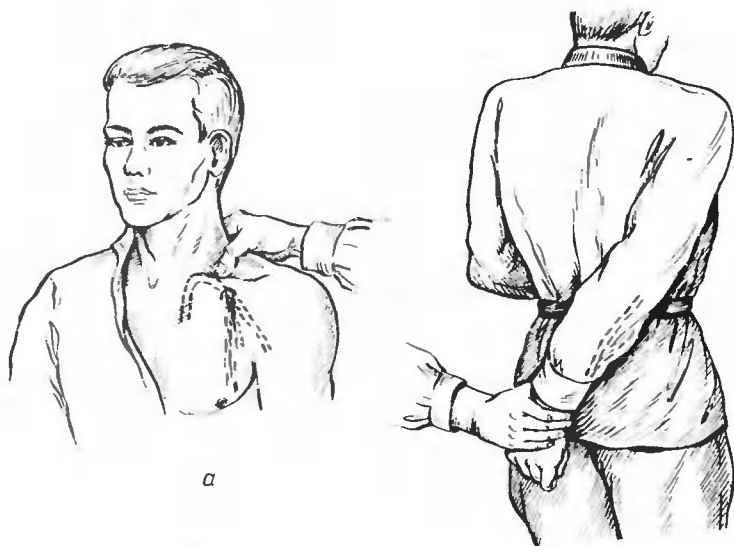


Рис. 12. Временная остановка кровотечения из подключичной артерии. *а* — пальцевое прижатие артерии к I ребру; *б* — сдавление артерии между ключицей и I ребром при крайнем заведении верхней конечности за спину.

Кровотечение из ветвей и ствола общей сонной артерии останавливают прижатием ее к поперечным отросткам шейных позвонков большим пальцем или, лучше, сведенными вместе четырьмя пальцами, как показано на рис. 11. Врач становится сзади или сбоку от больного, пальцами несколько сдвигает кпереди грудино-ключично-сосцевидную мышцу и прижимает к поперечным отросткам шейных позвонков сонную артерию ниже места ее повреждения. Пальцы быстро устают, поэтому приходится помогать другой рукой, помещая ее на сдавливающие пальцы. В верхней половине шеи удобнее прижимать сонную артерию спереди от грудиноключично-сосцевидной мышцы, отодвигая ее кзади.

Кровотечение из плечевой артерии в верхней трети, из подмышечной и подключичной артерии останавливают пальцевым прижатием последней в надключичной ямке, проникая большим пальцем под ключицу на границе между медиальной и средней третью ее и прижимая артерию к I ребру. Применяют также прижатие артерии к I ребру в подключичной ямке между головкой плечевой кости и ключицей. Если нет перелома ключицы, то можно ее и артерию прижать к I ребру, заведя верхнюю конечность на поврежденной стороне за спину и оттягивая книзу (рис. 12). Подмышечную артерию прижимают пальцами через подмышечную ямку к головке плечевой кости.

При кровотечении из плечевой артерии в средней и нижней трети сосуд прижимают пальцами к плечевой кости выше места ранения (рис. 13). Обычно такое прижатие достаточно эффективно, так как между артерией и костью практически нет интерпозиции мышечной ткани: сосуд проходит в борозде между двуглавой и трехглавой мышцами. Поврежденную бедренную артерию прижимают двумя большими пальцами на уровне середины паховой складки к лобковой кости. Но создать таким способом достаточное давление и поддерживать его несколько минут трудно: пальцы устают, кровотечение возобновляется. Более надежно бедренную артерию пережимают при давлении кулаком, используя вторую руку, а также частично и собственную массу врача, оказывающего помощь (рис. 14).

Наложение кровоостанавливающего жгута. Более длительно и надежно временную остановку артериального кровотечения осуществляют наложением стандартного **кровоостанавливающего жгута**, который постоянно следует хранить на видном месте в перевязочной и в амбулатории.

Рис. 13. Пальцевое прижатие
плечевой артерии.

Накладывать жгут следует проксимальнее места ранения, но возможно ближе к нему, чтобы уменьшить участок конечности, лишенный кровоснабжения. Под жгутом оставляют одежду или специально в качестве прокладки используют салфетку, несколько туров бинта, носовой платок для предотвращения ущемления кожи жгутом. С этой же целью каждый последующий виток должен перекрывать часть предыдущего, а не отдельно ложиться на кожу.

Перед накладыванием первого витка жгут предварительно растягивают руками и делают один оборот вокруг конечности. Уже первый тур жгута должен пережать артерию и остановить кровотечение. Последующие витки жгута накладывают с небольшим натяжением только в целях поддержания первого витка. В противном случае, если все последующие витки накладывают с таким же натяжением, как и первый, усиливается эластическая тяга жгута, что приводит к чрезмерному сдавлению тканей, нервных стволов, развитию некрозов и невритов. С другой стороны, не следует накладывать жгут слишком слабо. Объективный показатель достаточного затягивания жгута — прекращение кровотечения из раны. Под жгутом или на одежде прикрепляют записку с указанием времени наложения жгута: дата, часы и минуты. Допустимое время пребывания затянутого жгута на конечности — 2 ч. После этого начинают развиваться необратимые ишемические изменения в тканях.

Если предстоит длительная транспортировка больного, а жгут лежит уже 2 ч и более, выше его производят цир-



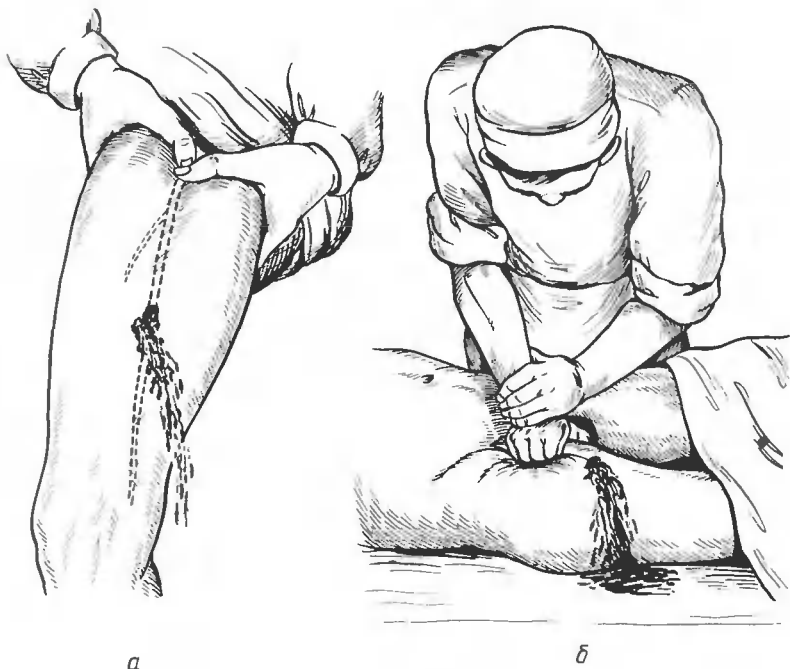


Рис 14. Временная остановка кровотечения из поврежденной бедренной артерии.

a — двумя большими пальцами; *б* — всей кистью.

кулярную новокаиновую блокаду поперечного сечения конечности. Затем помощник прижимает артерию к кости выше места повреждения, а врач снимает жгут. Ослабляя сдавление артерии, следят за состоянием раны. Если кровотечение из раны не возобновилось, то жгут, вероятно, был наложен не по показаниям на месте происшествия и артерия не повреждена. В таком случае жгут не затягивают, но на всякий случай оставляют провизорно на конечности.

Если при ослаблении пальцевого прижатия артериальное кровотечение из раны возобновилось, то артерию вновь прижимают пальцами и держат 7—8 мин для обеспечения коллатерального кровообращения в ишемизированной конечности. Затем вновь накладывают жгут, но на другом месте желательнее ближе к ране, используя для упора прокладку, способствующие сохранению коллатерального кровотока.

Наложение жгута по методике Герша-Жо-

р о в а обеспечивает частичное сохранение коллатерального кровообращения, что позволяет продлить допустимые сроки пребывания жгута на конечности. Суть указанной методики заключается в подкладывании под жгут фанерной шины или куска фанеры, доски на стороне конечности, противоположной сосудистому пучку. В этих условиях жгут не циркулярно сдавливает все сосуды конечности, а лишь со стороны магистральной артерии. Пережатие коллатеральных сосудов на противоположной стороне конечности препятствует фанерная шина.

Кровотечение из поврежденной артерии в проксимальном отделе конечности остановить обычным циркулярным жгутом практически невозможно, так как косо наложенный жгут соскальзывает в дистальном направлении и не выполняет своей функции. Подмышечную артерию пережимают жгутом, наложенным в виде восьмерки: растянутую середину жгута накладывают на корень верхней конечности, в области надплечья концы жгута перекрещивают и обводят вокруг туловища, закрепляя концы на прокладке в подмышечной ямке противоположной стороны (рис. 15, а). Аналогичным способом накладывают жгут на корень нижней конечности. Дополнительно

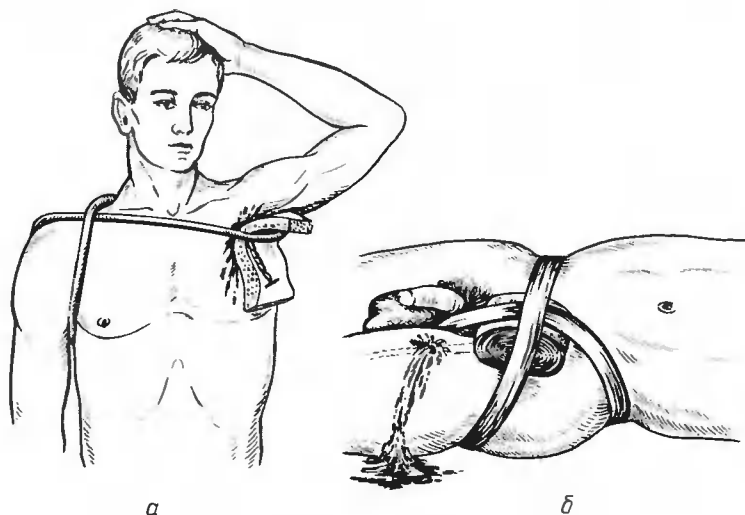


Рис. 15. Наложение жгута «восьмеркой».

а — положение жгута для пережатия подмышечной артерии; *б* — прижатие поврежденной бедренной артерии к лобковой кости жгутом с плотным валиком.

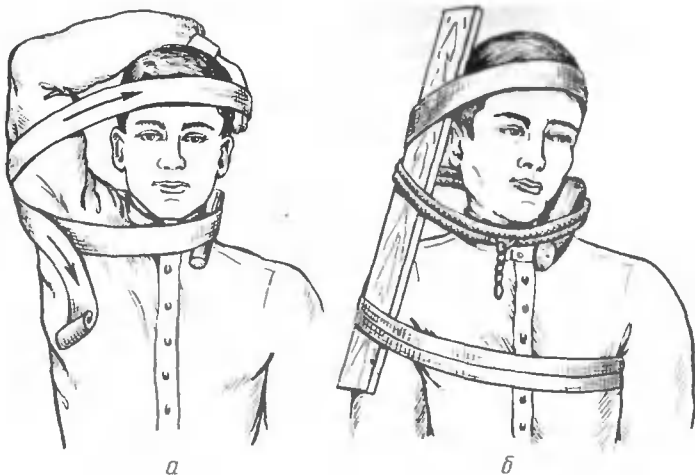


Рис 16. Временная остановка кровотечения из сонной артерии.
а — давящей повязкой с плотным валиком в проекции поврежденной сонной артерии; *б* — жгутом с плотным валиком и противоупором из доски.

под жгут подкладывают плотный валик (индивидуальный перевязочный пакет, связанные между собой две головки бинта) для создания локального давления, обеспечивающего прижатие бедренной артерии к лобковой кости (рис. 15,6). Валик желательнее подклеить к коже клеолом или лейкопластырем.

Остановка кровотечения из сонной артерии возможна прибинтовыванием давящего валика на шею. В качестве противоупора используют поднятую руку на здоровой стороне. Валик подклеивают к коже. Прижимать указанный валик можно также жгутом с противоупором из фанерной шины, доски или лестничной шины, которые предварительно прибинтовывают к голове и туловищу на противоположной (здоровой) стороне (рис. 16). В связи с использованием пелота (валика) жгут, накладываемый на шею, не следует сильно растягивать. Кровоснабжение мозга осуществляется по сонной артерии противоположной стороны, защищенной от сдавления шиной-противоупором.

Другие методы. Венозное кровотечение обычно успешно останавливают наложением давящей повязки с ватно-марлевым (марлевым) валиком, помещаемым на рану. Давления валика и повязки в большинстве случаев доста-

точно для остановки венозного кровотечения. При повреждении крупной вены и наличии большой раны мягких тканей приходится накладывать циркулярный жгут.

На видимый в ране кровоточащий сосуд, в частности при отрывах конечности, в условиях перевязочной накладывают кровоостанавливающий зажим или лигатуру. Этот метод остановки кровотечения более желателен, так как позволяет избежать необходимости использовать циркулярный жгут. Кровотечение из глубоких ран, для остановки которого нет возможности применить жгут, временно останавливают тугой тампонадой раны марлевыми салфетками с наложением швов на кожную рану для предотвращения смещения тампонов во время транспортировки больного. Таким методом останавливают кровотечение из поврежденных ягодичных артерий. Его можно использовать также при ранениях сосудов в области шеи, головы, крайнего проксимального отдела конечности.

Больные после остановки наружного кровотечения подлежат срочному направлению в хирургический стационар, лучше — в специализированное сосудистое отделение. Транспортировку больных осуществляют лежа на носилках санитарным транспортом с обеспечением покоя (иммобилизации) поврежденной конечности.

Помощь при острых внутренних кровотечениях

Острые внутренние кровотечения проявляются в основном общими клиническими симптомами кровопотери: учащением сердечных сокращений, дыхания. Пульс частый, слабый. Снижается артериальное давление. Отмечается бледность кожных покровов, холодный липкий пот. Усиливается общая слабость, головокружение, потемнение в глазах, помрачение сознания вплоть до развития коллаптоидного состояния. Выраженность указанных симптомов соответствует величине кровопотери. От последней зависит и объем неотложных мероприятий первой врачебной помощи.

При кровопотере в объеме 1 л крови артериальное давление снижается примерно на 10—15 мм рт. ст. по отношению к исходному. Пульс учащается до 100 в 1 мин. Кожные покровы умеренно бледные. Больные испытывают чувство жажда, слабость. Сознание не нарушено. Потерю 1,5 л крови расценивают как опасную кровопотерю, приводящую к помрачению сознания, выраженной бледности

кожных покровов, учащению дыхания. Артериальное давление может снижаться до 80—90 мм рт. ст., пульс учащается до 120—130 в 1 мин. При кровопотере более 2 л у больного развивается коллаптоидное состояние, покровы холодны, бледны и цианотичны, покрыты липким потом. Пульс резко ослаблен или нитевидный, тахикардия до 150 в 1 мин, артериальное давление снижается до 60—70 мм рт. ст.

Острое внутреннее кровотечение возникает вследствие ранения и закрытых травм внутренних органов, а также при аррозии стенки артерии при таких заболеваниях, как язва желудка и двенадцатиперстной кишки, опухоли желудка, кишечника, острые абсцессы и туберкулез легкого, бронхоэктатическая болезнь, а также при портальной гипертензии, болезнях крови и некоторых других патологических процессах и состояниях.

В амбулаторных условиях основная задача врача заключается в быстром установлении диагноза на основе клинических симптомов и незамедлительном направлении больного в соответствующий хирургический стационар для проведения интенсивной терапии или срочной хирургической операции. Однако при опасной или смертельной кровопотере и предстоящей относительно длительной транспортировке больные могут умереть в пути или будут доставлены в инкурабельном состоянии. Таким больным в перевязочной производят внутривенное струйное введение полиглюкина (400 мл), добавляя хлорид кальция (10% раствор 10 мл) и викасол (1% раствор 2 мл). Во время вливания полиглюкина проводят оксигенотерапию, лучше через носовые катетеры.

После оказания первой врачебной помощи задерживать больного с острым внутренним кровотечением в медпункте, амбулатории, поликлинике недопустимо. При желудочно-кишечных кровотечениях на эпигастральную область помещают пузырь со льдом, используя транспортировку больного лежа на носилках. При легочном кровотечении больных транспортируют в полусидячем положении в целях облегчения дыхания и откашливания скапливающейся в бронхах крови.

Инфузионная терапия в амбулаторных условиях

Переливание крови в амбулаторных условиях обычно не применяют. Инфузии плазмозаменителей производят

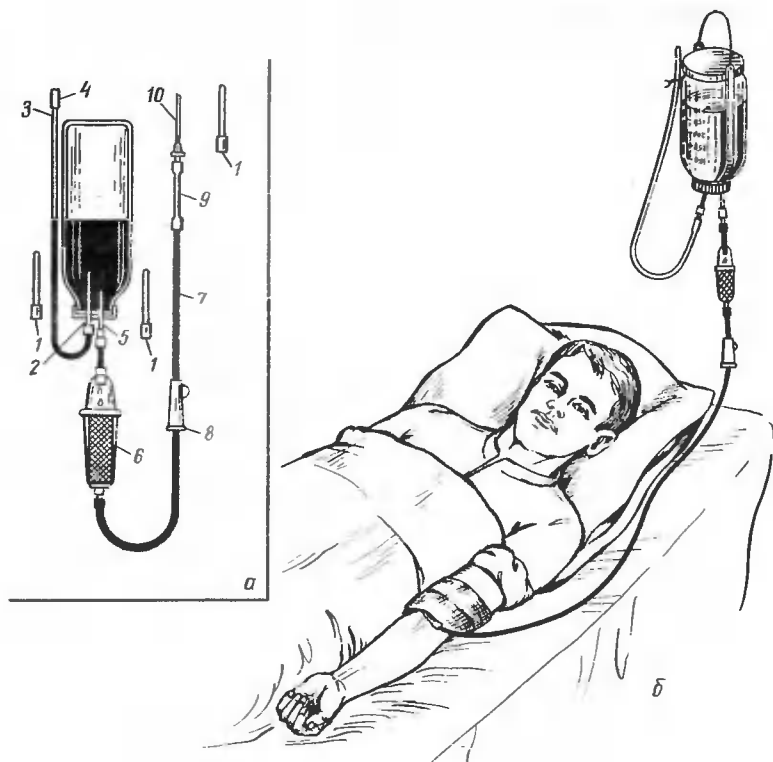


Рис. 17. Использование одноразовой стандартной системы для внутривенных вливаний.

а — одноразовая система, готовая к применению; *б* — внутривенная инфузия с помощью одноразовой системы: 1 — колпачок с иглы; 2, 3, 4 — воздуховодная трубка с иглой и ватным фильтром; 5 — игла для соединения с флаконом; 6 — капельница; 7 — соединительная трубка; 8 — зажим; 9 — вставка из резиновой трубки для дополнительной инъекции лекарственных средств; 10 — игла для пункции вены.

преимущественно в порядке оказания неотложной помощи при массивной кровопотере, тяжелом травматическом шоке. Чистая перевязочная амбулаторно-поликлинического учреждения должна быть в постоянной готовности к проведению инфузионной терапии по экстренным показаниям.

Лучший препарат для этих целей — полиглюкин, представляющий 6% коллоидный раствор полимера глюкозы с молекулярной массой 60 000. Готовят его в герметически

закатанных флаконах по 400 мл. Положительные свойства полиглюкина заключаются в возможности вводить его струйно, быстро восстановить объем циркулирующей крови и поднять снизившееся артериальное давление. Эффект от действия полиглюкина длительный, так как он сохраняется в кровеносном русле до 3 сут. Срок годности «полиглюкина» 5 лет.

Солевые растворы также можно вводить случайно, но циркулируют они в крови 2—4 ч. Удобен для амбулаторных условий лактасол фабричной заготовки в закатанных флаконах (изотонический раствор смеси ряда солей, включая лактат натрия). Как и полиглюкин, его можно длительно хранить стерильным, всегда готовым к употреблению. Для указанных выше целей используют также изотонический (0,9 %) раствор хлорида натрия, 5 % раствор глюкозы на изотоническом растворе хлорида натрия.

Для внутривенных вливаний удобно пользоваться одно-разовыми системами фабричного изготовления (рис. 17). Эти системы стерильны, запаены герметически в полиэтиленовых мешках. Их можно длительно хранить всегда готовыми к употреблению. Менее подходят для амбулаторно-поликлинических учреждений многоразовые резиновые системы, которые необходимо повторно стерилизовать через каждые 2—3 дня.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ШОКЕ

Объем помощи при **травматическом шоке** зависит от степени его тяжести. Ее устанавливают по кардинальным клиническим признакам, отраженным в табл. 1. В амбулаторных условиях задача состоит не в полном выведении из тяжелого шока, а лишь в проведении неотложных мероприятий, направленных на некоторое улучшение гемодинамики и предупреждение углубления шока в порядке подготовки к предстоящей транспортировке в хирургический стационар, особенно если эта транспортировка длительная. Время ожидания санитарной автомашины следует в полную меру использовать для оказания неотложной помощи.

В порядке оказания неотложной помощи при травматическом шоке производят прежде всего остановку продолжающегося наружного кровотечения. С целью обезбо-

**Таблица 1. Классификация и клинические признаки
травматического шока (торпидная фаза)**

Степень тяжести шока	Артериальное давление, мм рт. ст.	Пульс (в минуту)	Дыхание (в минуту)	Цвет кожных покровов
I (легкая)	95—100	До 100	18—20	Легкая бледность
II (средняя)	80—90	110—120	22—28	Бледные
III (тяжелая)	75 и ниже	Более 120, нитевидный	30—36, поверхностное	Бледно-серого цвета с цианотичным оттенком

ливания вводят внутримышечно или внутривенно 1—2 мл раствора промедола, целесообразно в сочетании с 2 мл 1 % раствора димедрола и 1 мл 10% раствора кофеина. Подкожное введение этих препаратов при шоке неэффективно, так как вследствие выраженного нарушения микроциркуляции всасывание их резко замедлено и не будет ожидаемого действия.

При переломах костей выраженный противошоковый эффект достигается новокаиновыми блокадами места перелома (в гематому), футлярными, проводниковыми с последующей иммобилизацией поврежденной конечности, таза, позвоночника. Новокаиновые блокады следует производить при травматическом шоке и для его профилактики. Направлять больного из медпункта, амбулатории, хирургического кабинета поликлиники в стационар без введения обезболивающих средств, новокаиновой блокады и иммобилизации при переломах недопустимо.

Во время проведения новокаиновых блокад, наложения транспортных шин больному обеспечивают ингаляции кислорода через маску или носовые катетеры. При шоке I—II степени перечисленных мероприятий достаточно в порядке подготовки к транспортировке. При шоке III степени дополнительно проводят инфузионную терапию: внутривенно струйно вводят 400 мл полиглюкина (лактасол или 5% раствор глюкозы). При значительной олигемии, резко сниженном артериальном давлении вводят 800—1000 мл инфузионных жидкостей. Если нет противопоказаний, дают пить горячий чай.

Транспортировку осуществляют лежа на носилках санитарным транспортом.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

Этот своеобразный синдром развивается после извлечения пострадавшего из завалов, вызвавших длительное передавливание и ишемизацию конечностей. После устранения сдавления в общий кровоток поступает огромное количество патологических продуктов обмена и распада белков из поврежденной конечности. Развивается клиническая картина, сходная с травматическим шоком или с «турникетным» шоком, возникающим после снятия длительно находившегося на конечности жгута.

Различают следующие степени тяжести синдрома длительного сдавления.

1. Легкая — при сдавлении небольших сегментов конечности продолжительностью до 4 ч. Клинические проявления выражены слабо. Прогноз благоприятный.

2. Средняя — при сдавлении всей конечности продолжительностью 6 ч. Расстройства функции почек умеренные.

3. Тяжелая — сдавление всей конечности, чаще нижней, продолжительностью 7—8 ч. Выраженные симптомы почечной недостаточности. Летальность достигает 30%.

4. Крайне тяжелая — сдавления двух нижних конечностей продолжительностью более 8 ч. Летальный исход наступает в большинстве случаев (без своевременного целенаправленного лечения).

Больные умирают в раннем периоде от эндотоксического шока или во второй период от нарастающей почечной недостаточности, уремии. Задача амбулаторного врача, первым оказывающего помощь пострадавшему, заключается в предотвращении массивного поступления токсических продуктов обмена из освобожденной конечности. Для этого выше места сдавления на конечность накладывают циркулярный жгут. Дистальный отдел конечности туго бинтуют на всем протяжении и охлаждают, обкладывая снегом или смачивая повязку холодной водой для снижения обмена и потребности тканей в кислороде.

Указанные выше мероприятия производят на месте происшествия. В медпункте, амбулатории также не сразу накладывают жгут, а выше него производят циркулярную новокаиновую блокаду, внутримышечно вводят 1—2 мл 2% раствора промедола, 2—4 мл 1% раствора димедрола, 2 мл 10% раствора кофеина. Туго бинтуют конечность до жгута и его снимают. Конечность охлаждают, обкладывая пузырями со льдом или смачивая повязку холодной водой.

Транспортируют больного в хирургический стационар лежа на носилках. Если сдавление двух нижних конечностей продолжалось более 8 ч, то наложенный жгут не снимают: в интересах спасения жизни показана ранняя ампутация без снятия жгута.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Терминальные состояния в практике амбулаторного врача чаще обусловлены тяжелыми травмами, массивной кровопотерей, асфиксией. Среди терминальных состояний различают предагональное, агональное и клиническую смерть — последовательные стадии умирания организма. Даже при этих состояниях своевременные реанимационные мероприятия первой врачебной помощи нередко позволяют предотвратить неизбежный летальный исход. Диагноз должен быть установлен тотчас при осмотре больного, и сразу же необходимо приступать к оказанию неотложной помощи.

Преагональное состояние характеризуется значительной заторможенностью, учащением поверхностного дыхания. Пульс нитевидный или совсем не определяется на периферических артериях, а только на бедренных и сонных. Артериальное давление ниже 60 мм рт. ст. или не определяется. Бледность и цианоз кожных покровов. Глазные рефлексы сохранены.

Для агонального состояния характерно отсутствие сознания, определяемого артериального давления, а также отсутствие периферического пульса, который сохраняется лишь на сонных и бедренных артериях, резко ослабленный. Глазные рефлексы не вызываются. Дыхание терминальное, аритмичное типа Чейна — Стокса.

Клиническая смерть начинается с полного прекращения дыхания и сердечной деятельности. Пульс на сонных артериях отсутствует, тоны сердца не прослушиваются. Выраженный цианоз. Зрачки резко расширены, глазные рефлексы отсутствуют. Клиническая смерть продолжается 5—7 мин и переходит в необратимое состояние — биологическую смерть.

Реанимационные мероприятия при острой остановке сердца следует производить незамедлительно в любых условиях, ибо считанные минуты играют решающую роль. Если время упущено и клиническая смерть переходит в биологическую, усилия врача становятся уже напрасными.

Важно отметить, что сам процесс реанимации (эффективный массаж сердца и искусственная вентиляция легких) удлиняет время возможного восстановления жизненных функций, так как поддерживает на минимальном уровне необходимое кровообращение и дыхание.

При асфиксии, предагональном и агональном состоянии пострадавшего укладывают на спину, запрокидывают голову назад, что способствует облегчению доступа воздуха в гортань и трахею. Надавливая на углы нижней челюсти, выводят ее вперед и открывают рот. Проверяют и очищают ротовую полость от инородных тел (рвотных масс, мокроты и др.). Для этого используют бинт, салфетку, носовой платок, намотанные на указательный "палец". При затруднении открытия рта из-за спазма жевательной мускулатуры применяют роторасширитель или раздвигают между зубами бранши кровоостанавливающего зажима, после чего в виде распорки вставляют свернутый бинт.

При выраженном отеке голосовых связок и подвязочного пространства, ранениях челюстно-лицевой области и шеи с кровотечением устранить возникшую асфиксию описанными методами не удастся. В таких случаях показана срочная трахеостомия, которую выполняют в медицинском пункте, амбулатории, поликлинике для спасения жизни пострадавшего.

Если дыхательные пути проходимы, но дыхание отсутствует или явно недостаточное, производят **искусственную вентиляцию легких** простейшим методом. Наиболее эффективные из них — дыхание по типу рот в рот, рот в нос. Для этого держат запрокинутую голову больного и, сделав глубокий вдох, вдвывают выдыхаемый воздух в рот больному, плотно прижимая губы ко входу в ротовую полость пострадавшего (рис. 18). Нос больного зажимают пальцами для создания герметизма и предотвращения выхода вдвухаемого воздуха во внешнюю среду.

Эффективность вдоха можно проверять по поднятию грудной клетки больного вследствие заполнения его легких вдвухаемым воздухом. Акт выдоха осуществляется пассивно при освобождении дыхательных путей: оказывающий помощь поднимает свою голову и осуществляет сам очередной вдох. Затем вновь наклоняется к больному и вдвухает воздух в его легкие. Искусственную вентиляцию продолжают до восстановления самостоятельного адекватного дыхания.

Проходимость дыхательных путей и предупреждение .

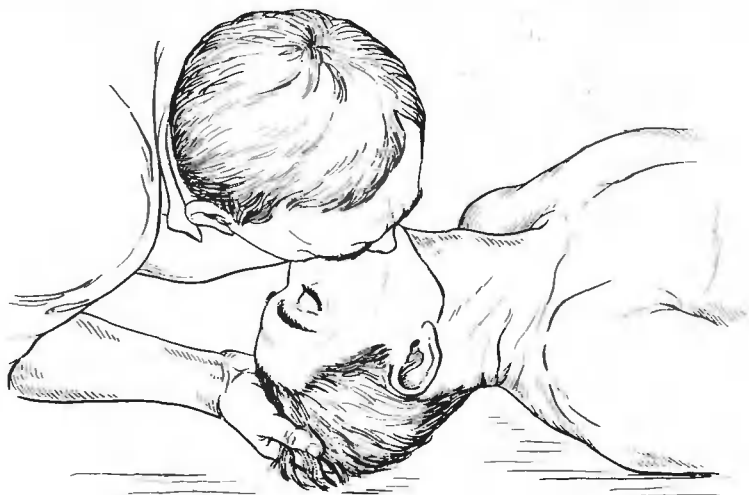


Рис. 18. Искусственное дыхание по типу рот в рот.

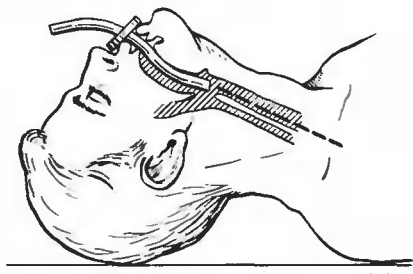


Рис. 19. Положение воздуховода в ротовой полости.

западения языка можно надежно обеспечить введением в ротовую полость специальной изогнутой трубки — воздуховода (рис. 19), конец которой достигает входа в гортань и прижимает корень языка. Через такую трубку удобно осуществлять искусственную вентиляцию легких по типу рот в трубку (рис. 20).

При дыхании по типу рот в рот более гигиенично воздух вдвухать через увлажненную марлевую салфетку, носовой платок, марлевую повязку или просто через кусок сложенного в несколько раз широкого бинта.

При наличии портативного ручного дыхательного аппарата искусственную вентиляцию осуществляют через маску аппарата, плотно прижатую к лицу больного. Маску прижимают большим и указательным пальцами правой кисти, а остальными тремя пальцами за подбородок

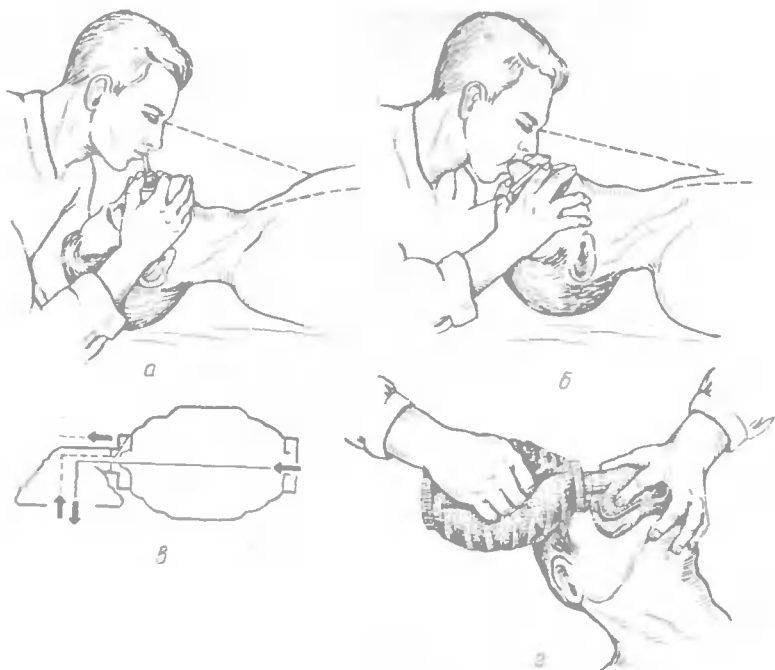


Рис. 20. Искусственное дыхание.

a — через воздуховод по типу рот в трубку; *б* — через маску дыхательного или наркозного аппарата; *в* — схема движения воздуха во время вдоха и выдоха при искусственном дыхании мешком типа Амбу; *г* — нагнетание воздуха через маску дыхательным мешком.

кпереди выводят нижнюю челюсть. Второй рукой сжимают меха или дыхательный мешок для осуществления вдоха. Выдох происходит пассивно, а в мешок засасывается новая порция атмосферного воздуха. Частота искусственного дыхания 18 в 1 мин; по продолжительности выдох должен быть в 2—3 раза дольше вдоха.

Если остановка дыхания сопровождается и острой остановкой сердца, производят **наружный массаж сердца** (через грудную стенку), чтобы искусственно поддерживать минимальное кровообращение и стимулировать восстановление сердечной деятельности. Оказывающий помощь помещает обе свои ладони на нижнюю треть грудины и несколько левее от нее и энергичными толчками надавливает на грудную стенку, используя при этом и массу собственного тела (рис. 21). Больного помещают на жесткую кушетку или под спину подкладывают щит, лист

фанеры или другую жесткую прокладку, чтобы грудь больного не проваливалась в мягкий матрац. Грудная стенка вдавливается и сжимает сердце, выталкивая из его камер кровь по естественному руслу. Для облегчения пассивного венозного притока крови к сердцу поднимают ножной конец носилок, кушетки или поднимают ноги пострадавшего, находящегося в горизонтальном положении.

Эффективность массажа сердца определяется появившимся пульсом на сонных артериях в такт с нажатиями на грудную стенку. Через каждые 15 таких компрессий оказывающий помощь вдвухает дважды в рот больного воздух в порядке осуществления искусственной вентиляции легких и вновь приступает к массажу сердца. Если реанимационные мероприятия проводят два человека, то один осуществляет массаж сердца, другой — искусственное дыхание по типу рот в рот, рот в трубку в режиме один вдох через 5 нажатий на грудную стенку. Периодически проверяют, не появился ли самостоятельный пульс на сонных артериях. Если появился, то массаж сердца прекращают, а искусственную вентиляцию легких продолжают еще некоторое время до восстановления эффективного само-

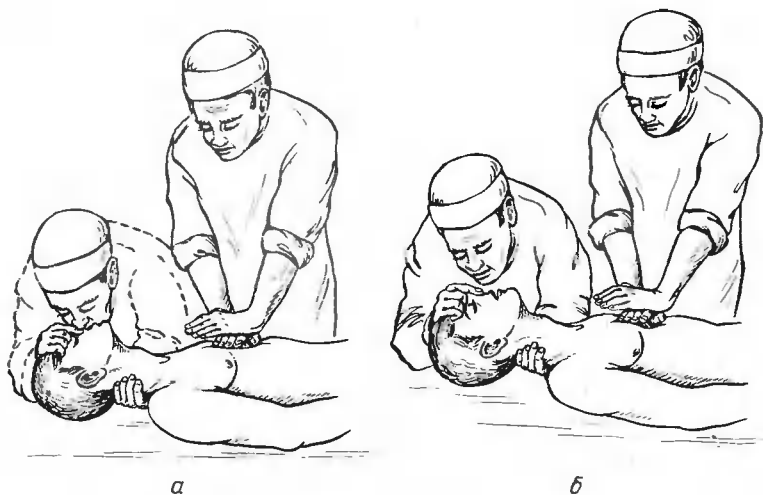


Рис. 21. Наружный массаж сердца и искусственная вентиляция легких при острой остановке сердца.

а — проведение реанимации одним врачом; *б* — в реанимации участвуют два человека.

стоятельного дыхания. После этого проводят оксигенотерапию через носовые катетеры или маску.

Во время массажа сердца внутривенно (иногда в полость левого желудочка сердца) вводят 5—10) мл 10% раствора хлорида кальция с 0,5 мл 0,1% раствора адреналина и 0,5—1,0 мл 0,1 % раствора атропина для стимуляции сердечной деятельности. Обычно сразу после реанимации, особенно при массивной кровопотере или тяжелой травме, устанавливают внутривенную систему и вводят струйно 400 мл полиглюкина, 200 мл 5% раствора гидрокарбоната натрия. Если венозное давление низкое и трудно пунктировать спавшиеся вены, производят венесекцию для осуществления внутривенных инфузий. Голову обкладывают пузырями со льдом. Только после стабилизации сердечной деятельности и дыхания больного бережно перевозят в стационар.

Глава 5

МАЛАЯ ХИРУРГИЯ РАН

При тяжелых механических и термических травмах в амбулаторных условиях оказывают лишь первую врачебную помощь, а при легких травмах проводят и последующее лечение до выздоровления. Помощь оказывают в травмпунктах, травматологических кабинетах поликлиники, а при их отсутствии — хирурги поликлиники, а также амбулаторий предприятий, сельских участковых и районных больниц.

ЛЕЧЕНИЕ РАН

Неотложная помощь в амбулаторных условиях пострадавшим с тяжелыми и глубокими ранами заключается прежде всего во временной остановке кровотечения жгутом, повязкой, наложением зажима (лигатуры) на поврежденный и видимый в ране сосуд. Накладывают асептическую повязку на рану, проводят неотложные противошоковые мероприятия при тяжелом шоке и массивной кровопотере, при показаниях накладывают транспортные шины. Пострадавшего транспортируют в соответствующий хирургический стационар.

Поверхностные небольшие раны, не проникающие в полости тела, не сопровождающиеся повреждением крупных сосудов и нервов, сухожилий и костей, подлежат

амбулаторному лечению. К поверхностным повреждениям относят, в частности, **ссадины**, которые часто загрязнены землей с внедрением ее частиц в кожу. Лечение заключается в очищении раневой поверхности от загрязнений и предупреждении инфекционных осложнений. Рану очищают ватными тампонами или марлевыми шариками, смоченными перекисью водорода. Такой тщательный туалет проводят несколько раз до полного удаления внедрившихся частиц земли и других загрязнений. Обрывки эпидермиса отсекают ножницами.

Окружающую кожу предварительно обрабатывают бензином или эфиром (при сильном загрязнении) и йодонатом или раствором йода. Накладывают повязку с синтомициновой эмульсией. Если в последующие дни повязка не промокает, боли не усиливаются, то можно ее не снимать. Эпителизация происходит под струпом без развития рубца. Если же повязка промокла и скопился гной под струпом, его удаляют и рану вновь обрабатывают перекисью водорода, накладывают повязку с синтомициновой эмульсией или другим антисептиком.

При точечных колотых и поверхностных небольших резаных ранах окружающую кожу обрабатывают бензином (эфиром) и йодонатом (раствором йода), а рану — перекисью водорода, просушивают и закрывают асептической повязкой или пленкообразующими аэрозолями, клеем БФ-6. Больные с такими ранами, особенно с колотыми, подлежат дальнейшему наблюдению для своевременной диагностики развивающегося гнойного процесса (абсцесс, флегмона, панариций и др.). В целях профилактики этих осложнений следует при оказании первой помощи вводить в окружающую рану ткани раствор антибиотиков.

Наличие раны является показанием к проведению экстренной профилактики столбняка, требования к которой в последние годы существенно изменились и определены приказом Министерства здравоохранения СССР № 1152 от 9.11.81 г. «О мерах по совершенствованию профилактики столбняка». В соответствии с этим приказом привитым лицам противостолбнячную сыворотку не вводят. Детям, получившим полный курс плановых прививок в соответствии с возрастом, не вводят ни сыворотку, ни анатоксин. Взрослым, получившим полный курс прививок, до 10 лет после последней прививки вводят при наличии раны только 0,5 мл столбнячного анатоксина подкожно (без введения сыворотки). Если после плановых прививок прошло более 10 лет или больной не прививался

против столбняка, то показано введение подкожно 1 мл столбнячного анатоксина и другим шприцем в другое место — противостолбнячной сыворотки в дозе 3000 МЕ при отсутствии противостолбнячного человеческого иммуноглобулина (ПСЧИ), который вводят внутримышечно в профилактической дозе 250 МЕ.

Вводить противостолбнячную сыворотку следует по методу Безредко. Вначале внутривенно инъецируют 0,1 мл противостолбнячной сыворотки, разведенной в 100 раз (придается в малых ампулах к обычной противостолбнячной сыворотке). Если через 20 мин реакция на месте введения сыворотки отсутствует или возникает папула в диаметре до 0,9 см, то вводят подкожно 0,2 мл неразведенной сыворотки и вновь выжидают 30 мин. Если нет реакции, вводят подкожно остальную дозу. При возникновении выраженной местной реакции с развитием папулы более 0,9 см от введения сыворотки следует отказаться.

Укушенные раны наблюдаются в амбулаторной практике после укусов домашних животных (собак, кошек). Эти раны чаще неглубокие, рваные, имеют выраженную склонность к быстрому развитию раневой инфекции. После обработки кожи рану очищают тампонами, смоченными перекисью водорода, и накладывают повязку с фурацилином; в последующем — маゼвые повязки. Более глубокие раны подлежат хирургической обработке; первичный шов такой раны противопоказан. Укушенные раны, кроме обычного нагноения, осложняются рожей, лимфангитом, лимфаденитом, иногда сепсисом. Особо опасна угроза бешенства, которое вызывается вирусом, попадающим через укушенные раны со слюной больного животного. Инкубационный период заболевания 1—3 мес, при укусах лица и у детей инкубационный период сокращается. Выздоровлений при развивающемся заболевании не наблюдалось. Предотвратить летальный исход возможно только ранним проведением специфической иммунотерапии, особенно при укусах лица, головы, шеи, рук. Прививки против бешенства назначает врач, прошедший специальную подготовку.

При наличии тяжелых сопутствующих заболеваний или аллергических реакций прививки производят в стационарных условиях.

Взрослым вводят однократно 40 мл антирабического гамма-глобулина внутримышечно после предварительной проверки чувствительности больного к лошадиной сыворот-

ке (по Безредко). Затем проводят курс прививок антирабической вакциной по 5 мл под кожу живота в течение 25 дней. При поверхностных укусах (кроме головы и рук) проводят вакцинацию в течение 20 дней по 2,5 мл ежедневно. Если животное через 10 сут остается здоровым, то вакцинацию прекращают. Вакцинацию проводят в специальных антирабических пунктах, создаваемых при поликлиниках или больницах.

Укусы змей сопровождаются нанесением точечных двойных колотых ран, напоминающих уколы иглой. Укусы ядовитых змей (кобра, гадюка) сопровождаются поступлением в рану небольшого количества токсичного яда. Вокруг точечных ран быстро развивается выраженный отек тканей, конечность увеличивается в объеме в 2 раза. Возникают кровоизлияния в подкожную жировую клетчатку. Общее действие яда проявляется беспокойством, головной болью, слабостью, потливостью, рвотой. Учащается пульс, падает артериальное давление. В тяжелых случаях смерть наступает от паралича дыхания.

Пораженная конечность подлежит иммобилизации, но без тугого бинтования из-за нарастающего отека тканей. Больного лежа срочно транспортируют в больницу. Наложение артериального жгута считается противопоказанным, так же как и рассечение раны. Наиболее эффективно внутримышечное введение поливалентной противозмеиной сыворотки в дозе 1000—2000 АЕ.

Применяют преднизолон 20—30 мг в сутки, антигистаминные препараты (димедрол, пипольфен), сердечные (корликон), атропин.

Укусы членистоногих (скорпиона, тарантула, каракурта) сопровождаются отеком и гиперемией. На месте укуса образуется пузырек с геморрагической жидкостью. Появляется головная боль, слабость, обморочное состояние, повышается температура тела, возникает рвота. В более тяжелых случаях — судороги, понос с примесью крови, коллапс. К концу недели эти явления постепенно исчезают. Следует сразу же после укуса удалить жало, выдавить или отсосать через ранку яд. Место укуса обработать спиртом и прикладывать холод для замедления всасывания яда. Кожу на месте укуса нужно рассечь и рану обработать 1% раствором перманганата калия для нейтрализации яда. В тяжелых случаях проводят инфузионную терапию.

Первичная хирургическая обработка и ушивание ран

В амбулаторных условиях производят первичную хирургическую обработку поверхностных ран с разможенными, рваными, неровными краями и сильно загрязненными землей. Раны резаные и рубленые с ровными краями не подлежат хирургической обработке.

Вне зависимости от степени загрязнения раны соблюдение принципов асептики при первичной хирургической обработке обязательно. Сбривают волосы в окружности раны, кожу отмывают от грязи и крови тампонами, смоченными бензином, 0,5% раствором нашатырного спирта или мыльной водой с последующим высушиванием и двукратным смазыванием раствором йода, йодонатом или другим антисептиком. Производят также изоляцию операционного поля стерильными салфетками или полотенцем.

При хирургической обработке большинства ран в амбулаторных условиях применяют местную инфильтрационную анестезию 0,25% или 0,5% раствором новокаина с антибиотиками или проводниковую анестезию (на пальцах), реже внутрикостную. Первичная хирургическая обработка раны обычно состоит из нескольких основных этапов, которые выполняют в большинстве случаев: рассечение и иссечение краев, проведение восстановительных и реконструктивных элементов вмешательства, закрытие и дренирование раны.

Рассечение производят в целях обеспечения доступа к глубжележащим отделам раны. Рассекают диаметраль но противоположными разрезами кожу, фасцию и мышцы. Если рана широко зияет и при простом разведении крючками возможен достаточный доступ ко всем ее отделам, то рассечение тканей не обязательно. Края раны разводят острыми или пластинчатыми крючками, удаляют инородные тела, свернувшуюся кровь, останавливают кровотечение.

Затем производят **иссечение краев** раны, включая кожу, фасции, поврежденные мышцы (рис. 22), в пределах жизнеспособных тканей, которые определяются по цвету, появлению капиллярного кровотечения и сокращению мышечных волокон. После иссечения поверхностных слоев раны загрязненные инструменты заменяют на чистые, а перчатки обрабатывают антисептическими растворами. В связи с исключительно богатым кровоснабжением мяг-

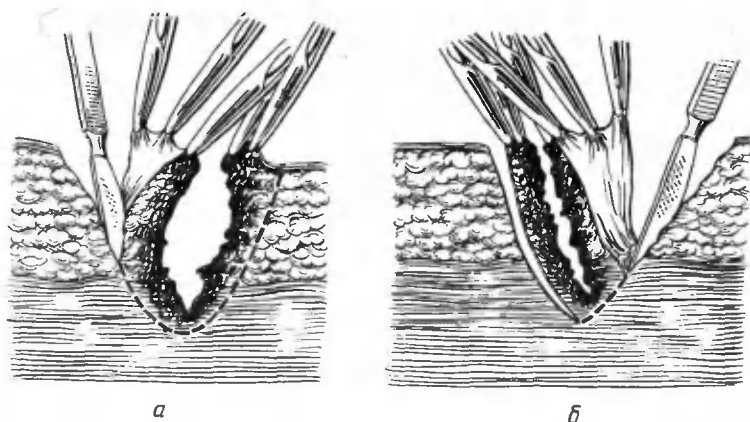


Рис. 22. Схема первичной хирургической обработки раны.
a — начало иссечения; *б* — завершение иссечения стенок раны на всю глубину.

ких тканей лица иссекать раны в этой области следует весьма экономно, удаляя лишь явно омертвевшие участки. То же относится к ранам пальцев.

Первичный шов раны показан при уверенности в полноценности произведенной первичной хирургической обработки, отсутствии раневых карманов и угрозы развития раневой инфекции, а также если есть возможность

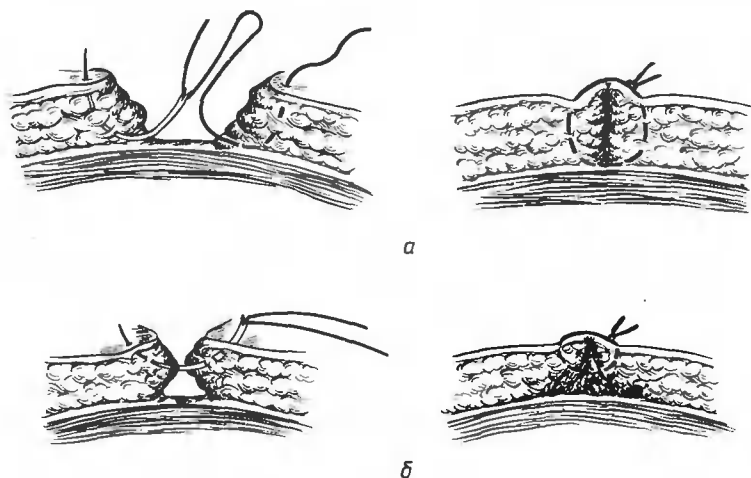


Рис. 23. Наложение швов на рану кожи и подлежащих тканей.
a — правильное; *б* — неправильное.

наблюдения за течением раневого процесса в послеоперационном периоде. Размозженные, ушибленные раны и сильно загрязненные землей, особенно если оставлены ткани сомнительной жизнеспособности, ушивать не следует. Наиболее частое осложнение первичного шва — нагноение раны. В этих случаях швы следует срочно снять и обеспечить свободный отток гноя. Заживление нагноившейся раны существенно удлиняется.

Ушивание раны следует производить таким образом, чтобы предотвратить формирование остаточных полостей и карманов в глубине раны (рис. 23). В этих полостях неизбежно скапливается раневая экссудат — богатая питательная среда для микробов, и неизбежно развивается раневая инфекция. На мышцы и толстую подкожную жировую клетчатку отдельно накладывают кетгуттовые швы, а на кожную рану — второй этаж шелковых (капроновых, лавсановых) узловых швов.

Между швами на 1—2 сут оставляют обычно выпускник для раневого экссудата — полоску резиновой перчатки. Если есть угроза развития раневой инфекции (загрязненные раны, поздно произведенная или неполноценная хирургическая обработка, наличие недренирующихся раневых карманов, мацерация кожи, ушибы и кровоизлияния в окружающие ткани и др.), то рану не зашивают, а рыхло тампонируют салфетками, смоченными антисептическим раствором.

Неушитая рана заживает вторичным натяжением, что приводит к значительному удлинению сроков лечения; формируется широкий, иногда обезображивающий и нарушающий функцию рубец. В целях ускорения заживления ран и улучшения исходов показано применение **первичных отсроченных швов**, накладываемых в послеоперационном периоде до развития грануляций, если угроза раневой инфекции миновала.

Во время первичной хирургической обработки допустимо наложение **провизорных швов**: проводят обычным способом нити, то оставляют их незавязанными. Сведение краев раны и затягивание швов производят, при благоприятных условиях в ране, на 3—4-е сутки. Такая методика упрощает применение первичного отсроченного шва, затягивание которого возможно при очередной перевязке без дополнительного обезболивания.

Вторичный ранний шов накладывают на гранулирующую рану. Между швами обычно оставляют резиновый выпускник (полоску резиновой перчатки) или на дно раны

Рис 24. Дренажирование раневых карманов по Субботину—Редону с активной аспирацией по дренажу раневого экссудата.

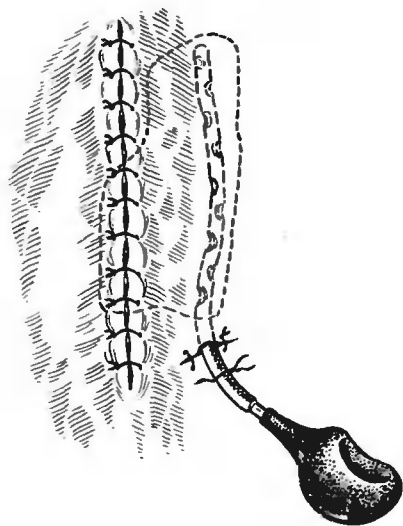
помещают дренирующую трубку с активной аспирацией экссудата по Субботину — Редону (рис. 24).

Вторичный поздний шов накладывают на рану после иссечения рубцов и мобилизации краев раны.

МАЛАЯ ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

Иногда после первичной хирургической обработки ран применяют пластическое закрытие образовавшихся дефектов кожи. Кожную пластику используют также после иссечения широких рубцов, при длительно незаживающих гранулирующих ранах и язвах. Дефекты менее 2 см в диаметре в большинстве случаев можно ушить, сближая швами подвижные кожные края. Исключение в этом отношении составляют дефекты тканей на пальцах кисти, которые следует закрывать пластическим методом. При хирургической обработке раны пальца ткани следует иссекать экономно. Если разрушена не вся дистальная фаланга, а только ее конечная часть, то следует производить не экзартикуляцию фаланги, а ее ампутацию с пластическим закрытием раневой поверхности пальца. Следует стремиться располагать швы не на ладонной (рабочей), а на тыльной поверхности пальца.

На тыле фаланги производят поперечный разрез мягких тканей до кости по дуге, выпнутой в дистальном направлении. Аналогичным полуовальным разрезом выкраивают ладонный лоскут, достаточный для закрытия конца фаланги. Основания обоих лоскутов располагают на уровне культи костной фаланги. Ее перепиливают ножовкой или пилой Джигли. Перекусывать кость щипцами не следует, так как она растрескивается в проксимальном направле-



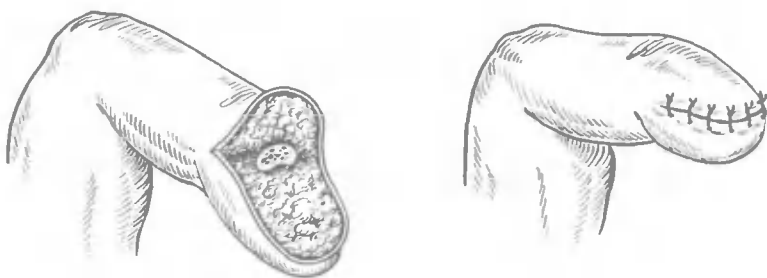


Рис. 25. Ампутация дистальной фаланги пальца с выкраиванием ладонного лоскута.

нии. Скусывают лишь острые края опиленной кости. Кровотокающие сосуды лигируют, а выкроенные лоскуты мягких тканей сшивают, полностью закрывая ими кость (рис. 25).

Если разрушена вся кость дистальной фаланги, то производят экзартикуляцию ее. Обезболивание и положение кисти во время операции такое же, как и при ампутации. Хирург максимально сгибает дистальную фалангу и, отступя 0,5 см в дистальном направлении от выпуклости головки средней фаланги, производит полукруглый разрез на тыле пальца, вскрывая одновременно межфаланговый сустав.

Нагибая дистальную фалангу в лучевую и локтевую стороны, пересекают боковые связки сустава. Затем скальпель проводят между фалангами, поворачивают и по ла-

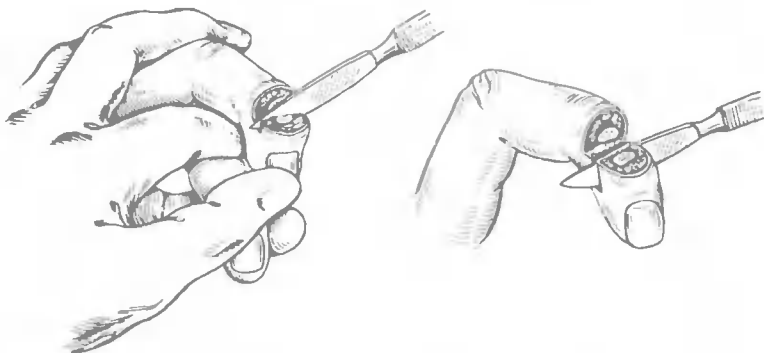


Рис. 26. Экзартикуляция дистальной фаланги с выкраиванием ладонного лоскута для закрытия раневого дефекта пальца.

донной поверхности кости дистальной фаланги отсекают лоскут (рис. 26). Перед ушиванием раны соскабливают хрящ с головки кости средней фаланги для улучшения приживления лоскута. После ампутации или экзартикуляции фаланги палец иммобилизируют на проволочной шине или ватно-марлевым валике, предплечье подвешивают на косынке.

Дефект мягких тканей дистальной фаланги вследствие травматического повреждения, а также после ампутации, если нельзя выкроить описанный выше лоскут, закрывают другими методами пластики, не укорачивая сам палец. Наиболее простой и функционально выгодный способ — **закрытие местными тканями**. Производят продольные разрезы по боковым поверхностям пальца до основания фаланги. Ладонный участок кожи отсепааровывают от подлежащих тканей и формируют лоскут, который подтягивают в дистальном направлении. Дистальную фалангу сгибают и в таком положении лоскут подшивают к дистальному краю кожи на тыле пальца или к остатку ногтя и ногтевого ложа (рис. 27).

Применяют также выкраивание овального лоскута на боковой поверхности дистальной фаланги пальца (рис. 28). Лоскут поворачивают в дистальном направлении, закрывая рану на конце пальца, и сшивают с кожей по краю раны. Проксимальнее, на месте смещенного лоскута, остается небольшой участок, не покрытый кожей, который заживает вторичным натяжением с формированием рубца на боковой поверхности пальца.

При удалении всего пальца также следует предусматривать рациональные разрезы и формирование кожных лоскутов для последующего закрытия образующейся раны. Экзартикуляцию пальца в пястно-фаланговом суставе производят при полном размозжении его. Иногда показанием служит запущенный пандактилит с гнойным расплавлением мягких тканей и костей пальца. Применяют во время этой операции проводниковую анестезию на уровне промежутков между соответствующими пястными костями по Оберсту—Усольцевой с добавлением по показаниям к раствору новокаина антибиотиков.

На уровне ладонно-пальцевой складки производят циркулярный разрез кожи пальца с дополнительным продольным рассечением на тыльной поверхности в проксимальном направлении (рис. 29). Палец по возможности сгибают и рассекают с тыльной стороны сухожилие разгибателя и капсулу сустава, продолжая затем циркуляторное

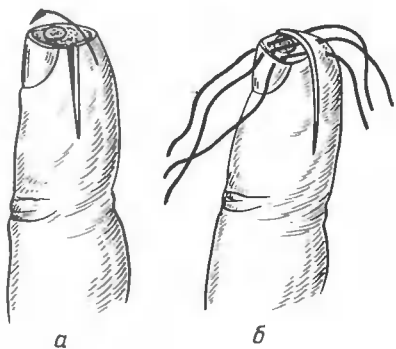


Рис. 27. Пластическое закрытие культи дистальной фаланги перемещением местного лоскута кожи. *а* — выкраивание ладонного кожного лоскута; *б* — наложение лигатур, которыми подтягивают мобилизованный лоскут для закрытия культи.

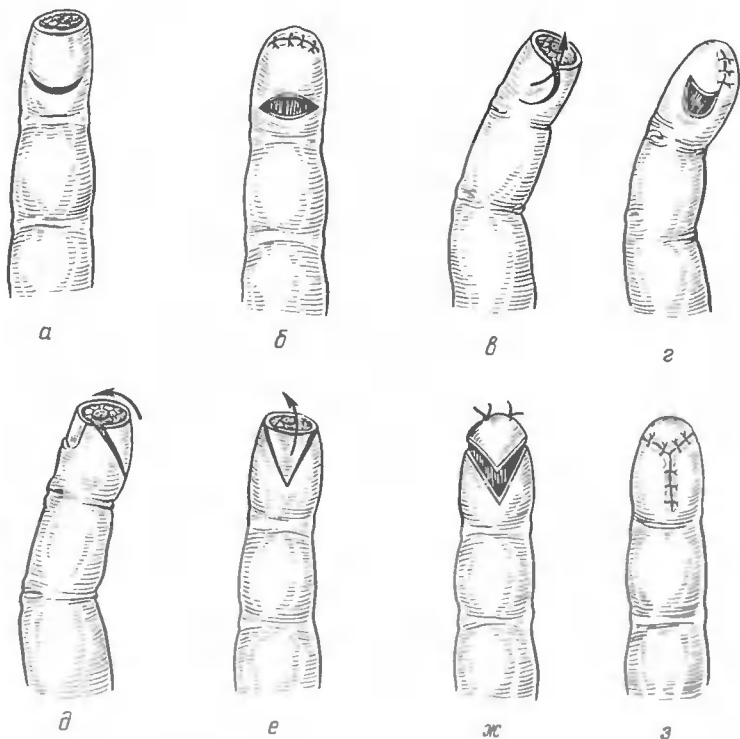


Рис. 28. Пластическое закрытие дефекта кончика пальца. *а, б* — поперечный послабляющий разрез и наложение швов; *в, г* — формирование бокового овального лоскута и перемещение его на кончик пальца; *д, е* — формирование треугольного лоскута на ладонной поверхности пальца; *ж, з* — перемещение лоскута для закрытия дефекта и наложение швов.

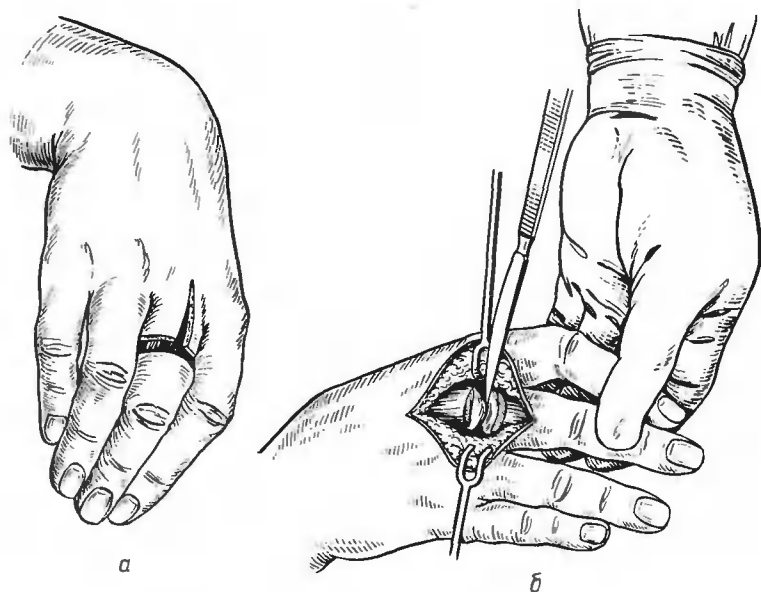


Рис. 29. Экзартикуляция III пальца кисти.
а — циркулярный и тыльный продольный разрезы; *б* — вычленение пальца в пястно-фаланговом суставе.

рассечение ее и на ладонной поверхности. Вычлененный палец удаляют; иссекают обрывки капсулы сустава и мягких тканей. Если нет противопоказаний, то рану ушивают так, как показано на рис. 30. При пандактилите накладывать первичные швы на рану не следует, ее рыхло тампонируют. Если через несколько суток не появляются признаки острого воспаления, то можно наложить первичные отсроченные швы. Кисть подлежит иммобилизации гипсовой лонгетой или на ватно-марлевом валике.

Экзартикуляция I пальца имеет некоторые особенности. Используют проводниковую анестезию в I межпальцевом промежутке с дополнительным введением раствора новокаина с наружной стороны I пястной кости. Циркулярный разрез у основания пальца завершают ракеткообразным продольным рассечением кожи на тыле I пястной кости, что позволяет выкроить рациональные лоскуты для закрытия раны. Рассекают сухожилия пальца и суставную капсулу, соответственно для удобства наклоняя палец в противоположную сторону (рис. 31). После вычленения

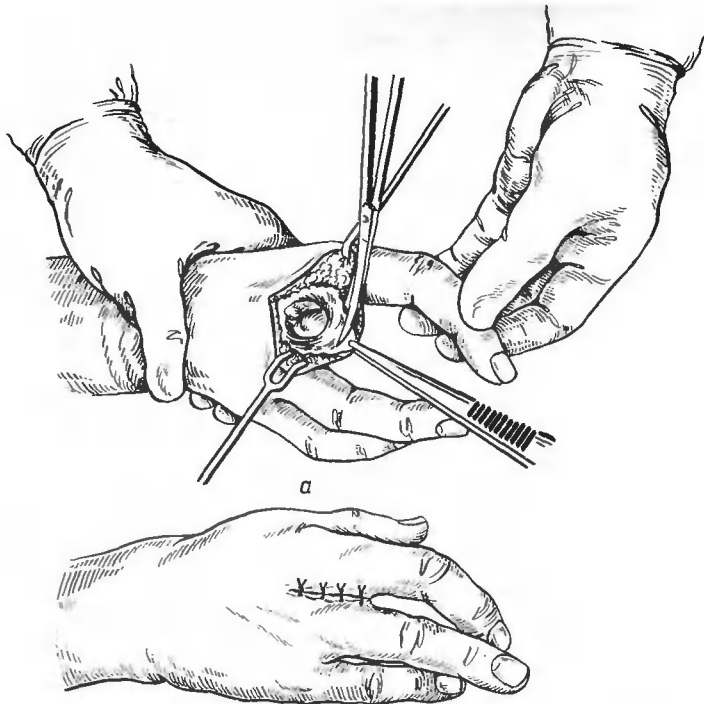


Рис. 30. Обработка раны после экзартикуляции пальца. *а* — иссечение остатков суставной капсулы; *б* — ушивание раны.

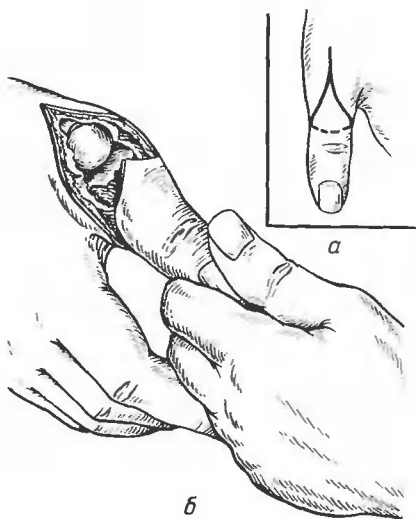


Рис. 31. Экзартикуляции I пальца. *а* — направление кожного разреза; *б* — рассечение сухожилия разгибателя и капсулы I ПФСНО-фалангового сустава.

пальца иссекают неровные края капсулы и мягких тканей, моделируют, применяя друг к другу кожные лоскуты. Если нет противопоказаний, накладывают первичные швы.

Из множества методов кожной пластики на других областях тела в амбулаторной практике применяют пластику **перемещением встречных треугольных лоскутов**. После иссечения рубцов или освежения краев существующей раны от противоположных участков ее производят два параллельных разреза в разных направлениях под углом 60° к длинной оси раны.

Образуются два с противоположно направленными углами участка кожи, ограниченных близлежащим краем раны и одним из указанных разрезов. Эти участки мобилизуют, формируя два треугольных кожных лоскута. Последние вершинами углов перемешают навстречу друг другу и фиксируют швами к краям раны и друг к другу. Получается изогнутая линия шва, но дефект кожи (рана) полностью закрывается (рис. 32). При выполнении этой операции, как и других пластических, важное значение имеет соблюдение правил асептики, ибо нагноение раны может свести на нет успех произведенной операции.

Пластическое закрытие ран осуществляется также методом изменения формы дефекта, позволяющим после мобилизации краев кожи сблизить их и наложить швы. Для этого производят дополнительные разрезы и удаляют мешающие закрытию раны участки кожи, мобилизуют края раны. Если описанный прием из-за недостаточной эластичности кожи или по другим причинам применить нельзя, то выкраивают лоскут на ножке из местных тканей. Иссекаемый у основания лоскута малый треугольный участок кожи облегчает смещение ее, ликвидируя неизбежно образующуюся у основания кожную складку. Четырехугольные дефекты закрывают аналогичным путем, но лоскут выкраивают продольными разрезами с обеих сторон и иссечением треугольных участков кожи тоже с обеих сторон основания лоскута (рис. 33).

Пересадку свободных лоскутов кожи производят преимущественно в стационарных условиях. Кожу для пересадки чаще берут на наружной поверхности бедра, плеча или на животе. Показанием для такой пластики могут быть раны, закрыть которые сближением краев невозможно; ограниченные глубокие ожоги после механической или химической некрэктомии; дефекты кожи после удаления папиллом, широких мозолей, фибром; длительно незажива-

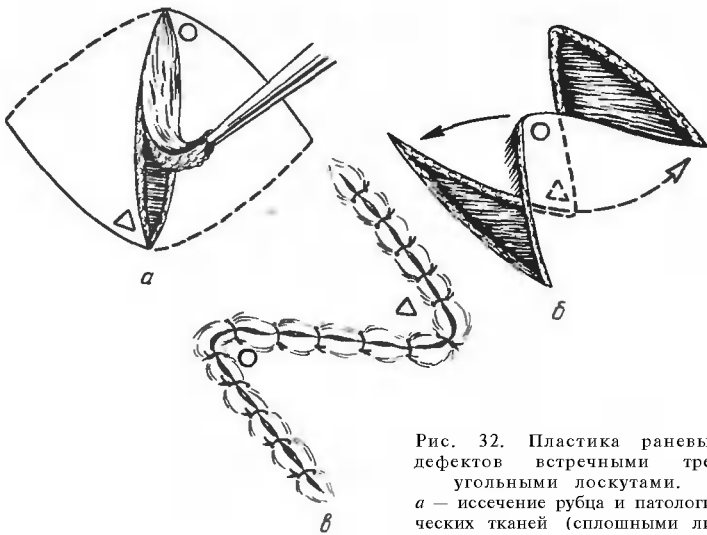


Рис. 32. Пластика раневых дефектов встречными треугольными лоскутами.

a — иссечение рубца и патологических тканей (сплошными линиями показаны направления разрезов); *б* — формирование встречных лоскутов, вершины которых обозначены соответственно кружком и треугольником (стрелки показывают направление перемещения лоскутов); *в* — линия швов после перемещения лоскутов.

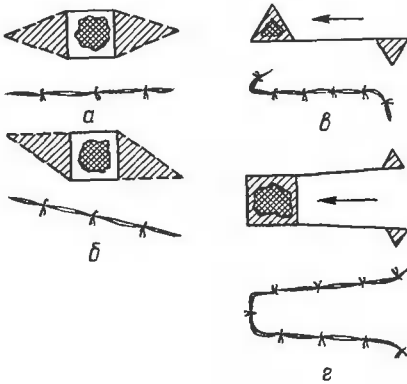


Рис. 33. Варианты пластического закрытия раневых дефектов.

a, б — удлинение формы дефекта иссечением участков кожи; *в, г* — смещение лоскута местных тканей с иссечением у основания треугольного участка

ющие раны и язвы после механических повреждении, ожогов, операций.

Свежие чистые раны можно закрывать сразу после завершения первичной хирургической обработки, а гранулирующую раневую поверхность надо тщательно готовить к пластическому закрытию. С этой целью применяют ванночки со слабым теплым раствором перманганата калия, накладывают повязки с протеолитическими ферментами,

раствором антибиотиков и антисептиков. Мазевые повязки перед пластикой противопоказаны. Грануляции должны быть очищены от гноя и фибрина.

Пересадка свободных лоскутов кожи по Тиршу. После обработки донорского участка эфиром и спиртом хирург (левой рукой) и ассистент растягивает кожу; пилящими движениями опасной бритвы (в правой руке) хирург срезает тонкий кожный лоскут, располагая бритву строго параллельно поверхности кожи. На донорском месте должен оставаться сосочковый слой кожи, что подтверждается появлением лишь маленьких капелек крови. Взятые кожные лоскуты укладывают на подготовленную раневую поверхность, тщательно расправляют и прижимают к ней (рис. 34). Сверху накладывают слегка давящую повязку с вазелиновым маслом. Конечность иммобилизируют. Не следует применять пластику по Тиршу на стопе и в местах усиленного трения или давления. Там показана пластика лоскутом на ножке во всю толщу кожи.

Эпителизация относительно небольших гранулирующих ран достигается островковой **кожной пластикой по Янович-Чайнскому—Дейвису**. Конец инъекционной иглы (острие) несколько загибают для образования своеобразного острого крючка, которым поверхностно цепляют кожу на донорском участке и поднимают в виде конуса. Основание его срезают лезвием безопасной бритвы или острым скальпелем. На крючке иглы оказывается небольшой свободный кожный лоскут 4—6 мм в диаметре разной толщины: тонкий по краям и захватывающий все слои кожи в центре. На той же игле с крючком участок кожи переносят на подготовленную раневую поверхность и укладывают на ней (рис. 35).

Описанную процедуру повторяют необходимое количество раз, закрывая всю гранулирующую поверхность, оставляя промежутки между пересаженными участками размером 4—5 мм. Из кожных островков наступает эпителизация всей раневой поверхности, которая в косметическом отношении не всегда удовлетворяет требованиям, так как становится пятнистой, с бугристыми рубцами. В связи с этим метод нельзя применять на лице и в области суставов. Во избежание развития островковых рубцов донорские участки нужно ушивать: на каждую ранку накладывают по одному узловому шву.

В амбулаторных условиях приходится закрывать небольшие скальпированные раны на кисти и пальцах. В остром периоде оторванные неразможенные лоскуты кожи

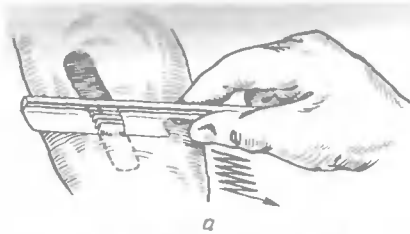


Рис. 34. Свободная кожная пластика по Тиршу. *a* — взятие кожного трансплантата; *б* — закрытие трансплантатом раневой поверхности.

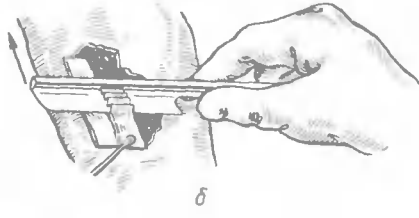
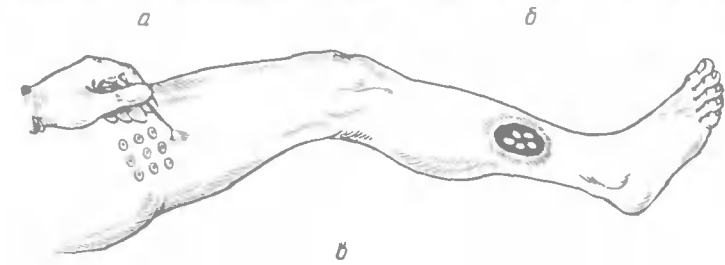
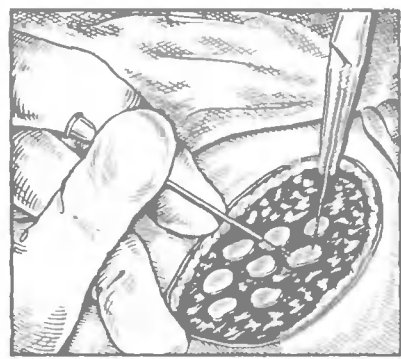
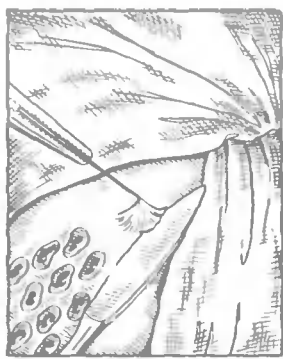


Рис. 35. Островковая кожная пластика по Янович-Чайнскому-Дейвису.

a — взятие кожных лоскутов; *б* — размещение островковых лоскутов на раневой поверхности; *в* — пересадка кожи по Янович-Чайнскому-Дейвису с бедра на рану голени.



следует вернуть на свое место по типу свободной аутопластики. Производят первичную хирургическую обработку раны под местной анестезией с добавлением к раствору новокаина антибиотиков; обрабатывают рану перекисью водорода, раствором фурацилина. Оторванный кожный

лоскут тщательно очищают с обеих сторон от загрязнений, обрабатывают со стороны эпидермиса йодонатом, внутреннюю поверхность — перекисью водорода. Затем лоскут распластывают эпидермисом вниз на стерильной простыне (полотенце) и иссекают с него всю жировую клетчатку. Удаляют также разможенные участки кожи. Концом остроконечного скальпеля производят несколько перфораций (для обеспечения оттока раневого экссудата) и лоскут помещают в сосуд с раствором антибиотиков. Еще раз обрабатывают рану перекисью водорода, фурацилином и пересаживают на нее перфорированный лоскут, тщательно расправляя его и подшивая по краям тонкими капроновыми (шелковыми) швами. Накладывают слегка давящую повязку с фурацилином. Если нет нагноения и повязка не промокла, то ее меняют лишь через неделю.

ЛЕЧЕНИЕ ОГРАНИЧЕННЫХ ОЖОГОВ И ОТМОРОЖЕНИЙ

Ожоги

В поликлиниках и амбулаториях оказывают первую врачебную помощь больным с тяжелыми термическими ожогами по срочным показаниям и в порядке подготовки к транспортировке в специализированный или хирургический стационар. Обожженные с легкими ожогами I степени, а также ожогами II и III степени площадью до 1—1,5% подлежат амбулаторному лечению, кроме поражений лица, кистей, стоп, половых органов. Возможно лечение и точечных глубоких ожогов, например от попадания на кожу капли расплавленного металла, горячей смолы.

Если на месте происшествия тяжелообожженному наложена повязка, то снимать ее не следует, ибо это приводит к дополнительной травматизации. Если же повязка сбилась или явно недостаточная, то ее подбинтовывают или заменяют. При доставке больного без повязки вводят промедол (2% раствор 1—2 мл) внутримышечно. Удаляют инородные тела, свободные обрывки эпидермиса, не стремясь к осуществлению туалета самой ожоговой поверхности, которую просто закрывают асептической повязкой. Накладывать какие-либо мази на рану не следует, ибо это затруднит ориентацию и туалет ожоговой поверхности в стационаре. Если ожог по площади очень большой, то за-

крыть его можно большими марлевыми салфетками или чистой проглаженной простыней.

Показано вводить всем обожженным, иммунизированным против столбняка, 0,5 мл столбнячного анатоксина.

Перед проведением первичного туалета ожоговых ран у пострадавших с легкими ожогами, подлежащих лечению в амбулаторных условиях, с целью обезболивания, кроме наркотических анальгетиков, применяют аппликацию раневой поверхности салфетками, смоченными 1 % раствором новокаина. Через 10 мин салфетки снимают и приступают к туалету ожоговой поверхности. Ожоги I степени, в том числе и после длительного воздействия солнечных лучей, обрабатывают 70% спиртом и смазывают кремом (ланолин, персиковое масло, дистиллированная вода — в равных частях), борным вазелином. Хороший эффект достигается от применения взбалтываемой смеси окиси цинка, талька и глицерина (по 30 г) со 100 мл воды. Повязку можно не накладывать.

Загрязненную кожу, окружающую ожоги II степени, обрабатывают 0,5% раствором нашатырного спирта, при маслянистых загрязнениях — бензином, затем спиртом. Ожоговую поверхность обрабатывают тампонами, смоченными 0,5% раствором новокаина или раствором фурацилина 1:5000. Удаляют инородные тела, обрывки эпидермиса и другие загрязнения. Невскрытые пузыри надсекают у основания и выпускают экссудат. Эпидермис чаще не удаляют, а оставляют в качестве естественного временного покрытия раневой поверхности. Мелкие пузыри не опорожняют. Затем ожоговую поверхность закрывают повязкой с 5% синтомициновой эмульсией, 0,5% фурацилиновой или другой антисептической мазью. Вместо мазей используют аэрозольное покрытие ожоговой поверхности препаратами «Левовинизоль», «Ливиан» и др.

На пальцах вскрывают лишь большие пузыри. После обработки кожи и ожоговой поверхности, как описано выше, каждый палец бинтуют в отдельности или накладывают отдельные трубчатые бинты № 1, что более удобно. При поверхностных ожогах гипсовую лонгету можно не накладывать, а лишь подвешивать кисть и предплечье на косынке. Состояние повязки контролируют на 2-й день. Если она лежит хорошо и нет признаков нагноения, то повязку оставляют на 7—8 сут. Если же из-за развившегося отека повязка сдавливает ткани или появились признаки нагноения, повязку меняют, производят туалет раневой поверхности, обрабатывают ее перекисью водорода и

вновь накладывают повязку с антисептиками. Присохшую повязку отмачивают в теплом растворе перманганата калия (1:1000). Неосложненные ожоги II степени заживают обычно через 9—12 сут. Активные движения пальцами начинают на 2-й день после ожога.

Ожоги IIIА степени (сохранен сосочковый слой и болевая чувствительность) обрабатывают антисептиками и накладывают мазовые повязки или с фурацилином, как при ожогах II степени. На 2-й день контролируют повязку. Через неделю удаляют ожоговый струп или его остатки при нагноении и лизисе некротических тканей бактериальными ферментами. Затем повязки меняют через 1—2 дня. Заживают ожоги IIIА степени через 3—4 нед. Эпителизация происходит путем размножения эпителиальных клеток из остатков сохранившихся в глубоких слоях дермы волосяных фолликулов.

Ограниченные (точечные) ожоги IIIБ степени (омертвление всей толщи кожи с потерей чувствительности ожоговой раны) можно лечить оперативно, иссекая через сутки участок некроза в пределах здоровых тканей с наложением на рану первичных швов. Во время новокаиновой анестезии перед операцией в окружающие ткани вводят раствор антибиотиков.

Поверхностные ожоги лица и шеи лечат открытым методом, периодически смазывая ожоговую поверхность синтомициновой эмульсией после предварительного облучения ультрафиолетовыми лучами. Ежедневно производят туалет лица тампонами с мыльной жидкостью (используя детское мыло). Образовавшиеся поверхностные струпы не удаляют. Шелушащиеся корочки после эпителизации снимают с использованием детского крема.

Отморожения

В амбулаторных условиях первую врачебную помощь оказывают при отморожениях всех степеней, в том числе и при общем замерзании организма. Дальнейшее лечение до выздоровления проводят только при легких отморожениях, без сопутствующих осложнений.

Первая помощь при отморожениях заключается прежде всего в согревании пострадавшего. Согревание пораженной конечности должно быть постепенным, медленным, преимущественно пассивным. Установлено, что активное согревание растираниями, массажем ускоряет развитие реактивного периода, способствует тромбообразованию в

сосудах, углубляет процессы деструкции пораженных тканей. Пострадавшего необходимо поместить в теплую комнату для медленного общего согревания. На конечность накладывают теплоизолирующую (ватную) повязку. Через рот больной принимает горячее питье (чай) не менее двух стаканов. Применение термоизолирующей повязки или изолирующих футляров позволяет в несколько раз замедлить внешнее согревание пораженной конечности при обеспечении общего согревания организма.

В дореактивный период параллельно с описанными выше мероприятиями проводят медикаментозное воздействие, направленное на снятие судорожного спазма и восстановление кровообращения в конечности. Внутривенно вводят 10 мл 2,4% раствора эуфуллина в качестве спазмолитического и сосудорасширяющего средства или 2 мл 2% раствора папаверина внутримышечно. Хорошо снимает спазм сосудов конечностей никотиновая кислота. Вводят внутривенно 5—10 мл 1% раствора. Как спазмолитическое средство применяют также новокаин. Удобно указанные выше лекарственные средства ввести в смеси с 10—15 мл 0,5% раствора новокаина, добавляя в смесь 2 мл (10 000 ЕД) гепарина. Обязательно проведение мер экстренной профилактики столбняка.

После оказания первой врачебной помощи пострадавших с термоизолирующими повязками направляют в хирургические стационары. На амбулаторном лечении оставляют больных с отморожениями I—II степени. При I степени кожу обрабатывают спиртом и накладывают асептическую повязку; в последующие дни применяют УВЧ-терапию, местную дарсонвализацию. Лечение продолжается 3—5 дней. При отморожениях II степени с образовавшимися пузырями кожу в условиях перевязочной обрабатывают 0,5% раствором нашатырного спирта, затем 70% этиловым спиртом, удаляют эпидермис с пузырьей, просушивают тампонами раневую поверхность и накладывают повязку с синтомициновой эмульсией или с другими антибиотиками и антисептиками. Перед обработкой производят короткие новокаиновые блокады, которые целесообразно повторять и в последующие дни. Назначают повторные сеансы УВЧ-терапии, не снимая повязки. Эпителизация раневой поверхности происходит обычно через 8—10 дней.

Общее замерзание наблюдается чаще в экстремальных условиях, при длительном пребывании на морозе, особенно в промокшей одежде, при алкогольном опьянении. Разли-

чают динамическую стадию замерзания со снижением температуры тела до 32°C, когда больные становятся сонливыми, но контакт возможен. Ступорозная стадия общего замерзания характеризуется снижением температуры тела до 29—30°C, спутанностью сознания, дизартрией, брадикардией, снижением артериального давления. При судорожной стадии температура тела снижается до 26—27°C, сознание отсутствует, резко снижено артериальное давление, пульс редкий, слабый, дыхание поверхностное, мышцы судорожно сокращены, из-за чего конечности согнуты в суставах. Если температура тела падает ниже 22°C, то обычно наступает смерть.

Пострадавшего в той или иной стадии замерзания следует срочно доставить в теплое помещение. По показаниям на месте происшествия и во время транспортировки проводят искусственное дыхание по типу рот в рот или другим способом, наружный массаж сердца. Главная задача — быстрее восстановить адекватное кровообращение. Для этого медленно внутривенно вводят 100 мл 10% теплого раствора глюкозы с 1 мл 0,05% раствора алулента и 1 мл 5% раствора эфедрина.

Быстрое наружное согревание, например в горячей ванне, приводит к быстрому повышению температуры поверхностно расположенных тканей, в то время как органы и системы, обеспечивающие доставку тканям кислорода, остаются холодными и эту доставку не обеспечивают. Согретые же ткани нуждаются в соответствующем повышении снабжения кислородом. В связи с этим внешнее согревание не должно опережать согревание внутренних органов. Лучшим образом это достигается в теплом помещении и постепенно. Как только восстановилось сознание у пострадавшего, ему дают горячее питье — два стакана сладкого чая. После согревания, стабилизации дыхания и кровообращения пострадавших транспортируют в стационарное лечебное учреждение.

Глава 6

МАЛАЯ ГНОЙНАЯ ХИРУРГИЯ

В практической работе хирурга амбулаторно-поликлинического учреждения местная гнойная инфекция занимает одно из ведущих мест по частоте и значимости. Треть хирургических больных обращается за помощью с ост-

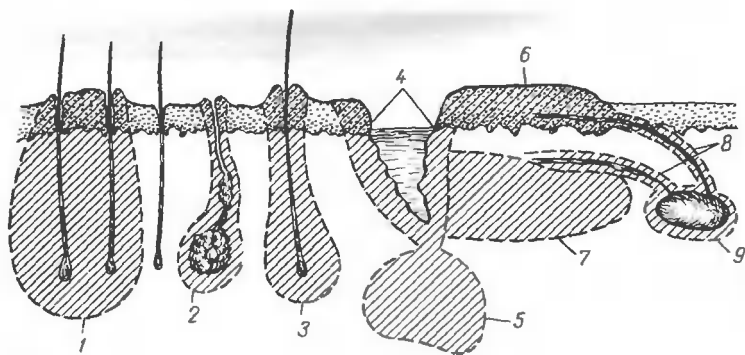


Рис 36. Схематическое изображение гнойных процессов в коже и подкожной жировой клетчатке.

1 — карбункул; 2 — гидраденит; 3 — фурункул; 4 — нагноение раны; 5 — абсцесс; 6 — рожа; 7 — флегмона подкожной жировой клетчатки; 8 — лимфангит; 9 — лимфаденит.

рыми гнойными заболеваниями. По этому поводу производят более половины всех амбулаторных операций. Несмотря на широкое применение антибиотиков, заболеваемость острой гнойной инфекцией не уменьшается; с большей частотой стали наблюдаться возбудители, устойчивые к антибиотикам.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях проводят лечение преимущественно поверхностных форм гнойной инфекции, поражающей кожу, подкожную жировую клетчатку и расположенные в ней железы, сосуды и другие анатомические образования. Для облегчения ориентации среди множества этих заболеваний приведен рис. 36, на котором схематично показана зона поражения тканей гнойным процессом при фурункуле, карбункуле, гидрадените, нагноении раны, абсцессе, флегмоне, рожистом воспалении, лимфадените, лимфангите.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ

Большие достижения современной медицины и хирургии не поколебали установленное еще во времена Гипократа основное правило лечения гнойников — удаление гноя; Но в ряде случаев приходится производить хирургические вмешательства еще до формирования гнойника. Некоторые флегмоны, особенно вызванные неклостридиальными анаэробами, характеризуются очень

быстрым прогрессирующим процессом и тяжелой общей интоксикацией на стадии воспалительного отека и инфильтрации, когда еще не успевает образоваться гной, но уже развивается токсический некроз тканей. В этих случаях весьма опасно дожидаться появления гноя и медлить с операцией. Важную роль в благоприятном проведении вмешательства играет адекватное обезболивание. Оперативный доступ выбирают оптимальным для каждого конкретного случая.

После вскрытия очага через рану пальцем обследуют полость гнойника, разделяют перемычки; при необходимости расширяют разрез по направлению к нижележащим отделам гнойной полости, вскрывают карманы. В целях обеспечения лучшего оттока гноя в послеоперационном периоде делают контрапертуры. Важнейшая задача завершающего этапа операции — дренирование гнойника. Для этой цели применяют дренажные трубки, выпускники из перчаточной резины. Большие гнойные полости, кроме дренажных трубок, рыхло выполняют тампонами, смоченными антисептическими растворами (рис. 37).

После вскрытия гнойников, кроме обеспечения хорошего оттока раневого экссудата, основная задача заключается в быстрейшем очищении раны от некротизированных тканей, гнойного налета, фибрина, что обеспечивает более раннее появление грануляций, развитие рубцевания и эпителизации. С этой целью стали относительно широко применять протеолитические ферменты, трипсин, химотрипсин и др. Эти ферменты действуют также на оболочки бактерий, размягчают их и облегчают проникновение антибиотиков, вследствие чего чувствительность к ним микробов заметно повышается.

В первую фазу раневого процесса (гидратация) ферменты применяют в виде порошка на рану по 10—20 мг или, чаще, в виде 2% раствора, который заливают в рану или смачивают им тампоны. Еще более ускоряется очищение раны, если тампоны с трипсином менять 2 раза в сутки. При перевязке рану тщательно промывают перекисью водорода для удаления отторгнувшихся некротизированных тканей, фибрина, гноя. Более эффективно применение протеолитических ферментов, иммобилизованных на синтетических полимерах. Такие ферменты медленно, но длительно поступают из депо-препарата в рану, оказывая то же лечебное действие, но при более экономичном расходовании самого фермента. Его применяют до полного

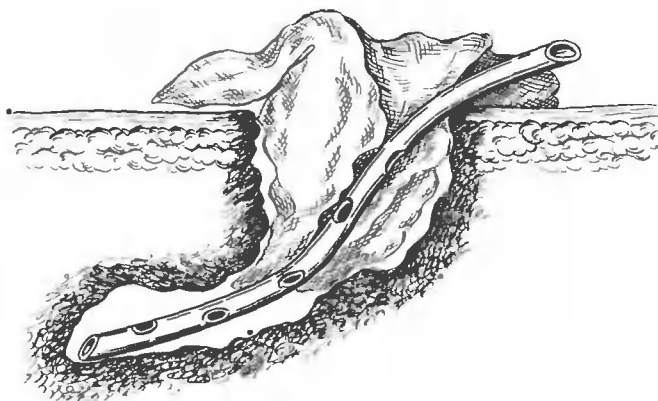


Рис. 37. Рыхлая тампонада и дренирование больших гнойных полостей.

очищения раны от гноя и появления грануляций. Затем переходят к лечению мазевыми повязками.

В последние годы внедряется в клиническую практику закрытый проточно-аспирационный метод лечения ограниченных гнойников. Через отдельный разрез-прокол вводят в полость гнойника двухпросветную трубку: через внутреннюю (тонкую) вливают в полость раствор антисептика, а через наружную (толстую) отсасывают гнойный экссудат. Если нет двухпросветных трубок, то вводят через отдельные разрезы-проколы две силиконовые трубки: по одной полость гнойника промывают антисептическими растворами, через другую удаляют гной и промывные воды (рис. 38, а).

Когда признаки острого воспаления ликвидируются, то трубку для введения антисептиков удаляют, а нижний дренаж оставляют, подключая его к активной аспирации, чаще к резиновой груше по Субботину — Редону (рис. 38, б). Применение двухпросветной трубки более надежно. Постоянное орошение раствором антисептиков препятствует закупорке боковых отверстий наружной трубки фибрином, вследствие чего сохраняется продолжительное время дренажная функция трубки. Активная аспирация по дренажу способствует сближению и последующему склеиванию и облитерации полости бывшего гнойника.

Абсцессы более сложной конфигурации с множественными перемычками и карманами широко вскрывают, очищают, иссекают видимые некротизированные ткани,

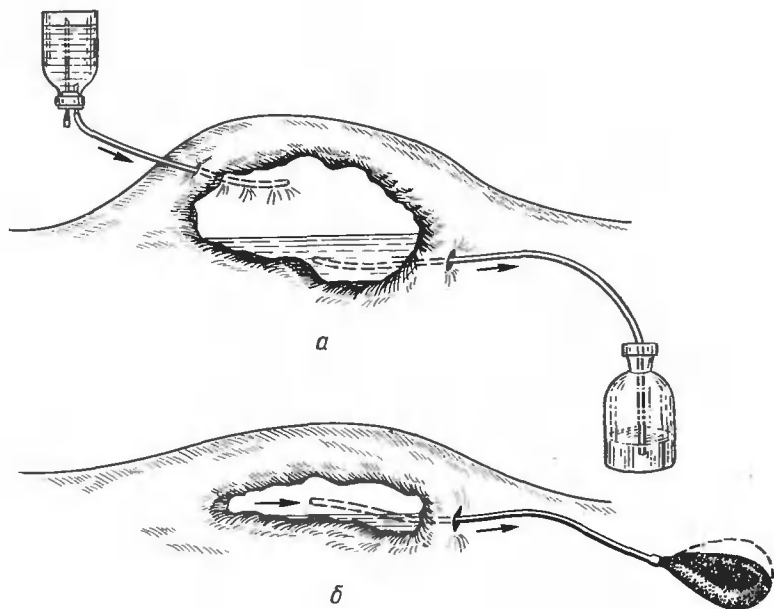


Рис. 38. Закрытый метод лечения гнойников.

a — постоянное промывание гнойной полости с активной аспирацией экссудата;
б — активная аспирация по Субботину—Редону.

промывают рану антисептиками и вновь зашивают с оставлением в полости двухпросветной дренажной трубки для последующего промывания и аспирации. Метод закрытого лечения гнойников в 2—3 раза ускоряет ликвидацию гнойной полости, чем при открытом лечении. Однако его "можно применять только при достаточном опыте и обеспечении тщательного наблюдения за течением воспалительного процесса, ибо всегда имеется угроза закупорки дренажной трубки, оставления недренированного гнойного кармана, что ведет к обострению нагноения.

В большинстве случаев ограниченной гнойной инфекции вскрытия и дренирования гнояника достаточно для купирования острого воспаления. Последующие перевязки, промывание гнойной раны ускоряют выполнение ее грануляциями и заживление. Если гнойный процесс имеет тенденцию к быстрому распространению за пределы первичного очага, особенно при диабете, в старческом возрасте и при повторных нагноениях, то хирургическое

лечение с опорожнением гнойника дополняют общей антибиотикотерапией, назначением сульфаниламидных препаратов, применением протеолитических ферментов.

Наиболее часто возбудителем подкожных гнойников бывает золотистый стафилококк, для подавления которого применяют бензилпенициллин, полусинтетические пенициллины. Метициллин вводят внутримышечно по 1 г через 4 ч, ампициллин по 0,5 г 6 раз в сутки внутримышечно, бензилпенициллин по 1 000 000 ЕД через каждые 4 ч внутримышечно, оксациллин по 0,5 г через рот или внутримышечно 6 раз в сутки. При грамотрицательной (*Escherichia coli*, синегнойная палочка) или смешанной флоре добавляют канамицин по 0,5 г внутрь 4 раза в сутки. Продолжительность курса антибиотикотерапии обычно 7–10 дней. В связи с развитием значительной аллергизации населения перед применением антибиотиков необходимо проводить определение индивидуальной чувствительности к ним больных.

Практический интерес представляют сведения по применению антибиотиков при наиболее часто наблюдающихся видах местной гнойной инфекции в амбулаторной хирургии (табл. 2).

В клинической практике применяют **ультразвуковую обработку гнойных ран**. При этом раны заполняют раствором антисептика (хлоргексидин и др.) или антибиотика (канамицин и др.) и в эту жидкость помещают волновод низкочастотного ультразвукового генератора. Такое «озвучивание» на протяжении нескольких минут приводит к подавлению жизнедеятельности микробов и очищению раны. Более чем у половины больных уже после первого сеанса «обработанные» ультразвуком бактерии резко повышают свою чувствительность к антибиотикам и антисептикам. Гнойный воспалительный процесс быстрее купируется.

Находит применение в гнойной хирургии также лазер. Лазерным скальпелем вскрывают гнойники. Преимущество метода — в бескровности вмешательства вследствие лазерной фотокоагуляции пересекаемых мелких сосудов. Кроме того, по линии рассечения тканей погибают все микробы, что служит препятствием к диссеминации их на здоровые ткани и по тканевым целям. Эти обстоятельства позволили рекомендовать лазерное вскрытие гнойников с последующим ушиванием и дренированием полости.

Несмотря на изложенные достижения и успехи ме-

**Таблице 2. Применение антибиотиков
при местной гнойной инфекции**

Заболевание	Перечень и методика применения антибиотиков
Фурункул, карбункул	Ампициллин по 0,5 г 4 раза в сутки внутрь или оксапилин по 0,5 г 4 раза в сутки внутрь либо метициллин по 1 г внутримышечно 4 раза в сутки, левомецетин по 0,5 г 4—6 раз в сутки внутрь
Поверхностные абсцесс, флегмона	Полусинтетические пенициллины внутрь или ампициллин по 0,5 г 4—6 раз в сутки внутримышечно
Панариций	Полусинтетические пенициллины внутрь или внутримышечно или бензилпенициллин по 1 000 000 ЕД 6 раз в сутки внутримышечно
Лимфангит, лимфаденит	Ампициллин по 0,5 г 4 раза в сутки внутрь или гентамицин по 0,1 г 1 раз в сутки внутримышечно либо канамицин по 0,5 г 4 раза в сутки внутримышечно. Курс лечения 10 сут
Гидраденит	Бензилпенициллин по 1 000 000 ЕД 4—6 раз в сутки внутримышечно или метициллин по 1 г 4 раза в сутки внутримышечно
Рожа	Бензилпенициллин по 1 000 000 ЕД 6 раз в сутки внутримышечно или полусинтетические пенициллины
Мастит	Полусинтетические пенициллины внутрь, линкомицин по 0,5 г 3 раза в сутки внутримышечно

дишины в лечении хирургической гнойной инфекции, внедрение новых высокоэффективных средств и способов, все же следует подчеркнуть, что основным методом, наиболее широко применяемым практическими хирургами, остается оперативное лечение со вскрытием гнойников, удалением гноя и последующим дренированием.

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИИ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ

Фурункул. В амбулаторной практике относительно часто наблюдается острое гнойное воспаление волосяного фолликула с вовлечением окружающих тканей (сальной железы, жировой клетчатки) — фурункул. Лечение его заключается в ежедневном протирании окружающей кожи спиртом с последующим наложением клеольной марлевой

повязки в целях предупреждения распространения инфекции и возникновения новых гнойников. В начальной стадии иногда удается оборвать острый воспалительный процесс смазыванием кожи 5% спиртовым раствором йода, локальным ультрафиолетовым облучением в эритемных дозах, применением УВЧ-терапии.

Хирурги обоснованно отказались от лечения фурункулов ихтиоловой мазью, так как ихтиол загрязняет кожу, закупоривает сальные и потовые железы, затрудняет клиническую оценку течения воспалительного процесса и в итоге способствует его распространению. Удаление ихтиола с кожи перед операцией осуществляется с трудом и весьма болезненно. Если купировать воспалительный процесс на стадии инфильтрации не удастся и формируется некроз центрального участка тканей в инфильтрате, то ускорить отторжение некротического стержня можно, локально присыпая его салициловой кислотой.

Если консервативное лечение не приносит успеха или больной обратился к хирургу слишком поздно, когда в гнойный процесс уже была вовлечена и окружающая клетчатка, т. е. фурункул абсцедировал, показано оперативное лечение — вскрытие гнойника. Применяют местную анестезию по типу короткой новокаиновой блокады. Через внутрикожный новокаиновый желвак, отступя 1,5–2 см от видимого или пальпируемого воспалительного инфильтрата, проводят под него длинную иглу в пределах здоровых тканей и вводят 30–40 мл 0,5% раствора новокаина с антибиотиками.

Важно следить за тем, чтобы игла не контактировала непосредственно с воспалительным инфильтратом, окружающим гнойник. Более надежная анестезия достигается аналогичным введением новокаина с противоположного края инфильтрата, особенно если он больших размеров. Дополнительно по линии предстоящего разреза тонкой иглой вводят раствор новокаина внутрикожно по обе стороны от некротического стержня. Следует избегать введения анестетика в омертвевшие ткани и в полость гнойника.

Разрез кожи обычно начинают от центрального некротического стержня по радиусу, второй разрез проводят аналогично с противоположной стороны стержня. Длина общего разреза должна соответствовать диаметру полости гнойника. Через рану удаляют гной, однако оперативное вмешательство на этом не завершается. Следует пинцетом или зажимом извлечь центральный некротический стерж-

жень, который препятствует свободному оттоку гноя. Открывшуюся гнойную полость очищают марлевыми шариками на зажиме, смоченными перекисью водорода. Затем в полость гнойника вводят марлевую турунду или выпускник из полоски резиновой перчатки. Накладывают повязку, смоченную гипертоническим раствором хлорида натрия для улучшения оттока раневого экссудата. На следующий день обязательны осмотр хирургом и перевязка. Полость гнойника промывают перекисью водорода, раствором фурацилина. Заменяют резиновую полоску-выпускник. Если выделение гноя небольшое, то можно наложить сухую повязку.

Прекращение выделения гноя и появление грануляций служат основанием для окончания дренирования полости бывшего гнойника при достаточном зиянии раны. С этого времени и перевязки можно делать реже. Заживление происходит вторичным натяжением. Рана постепенно заполняется грануляциями с последующим рубцеванием.

Относительно безобидное заболевание, каким является фурункул, может привести к тяжелым осложнениям: менингиту и сепсису. В этом отношении очень опасны фурункулы лица с локализацией на верхней губе и в носогубном треугольнике. Сопутствующий тромбофлебит вен лица, которые анастомозируют с внутричерепными венами и кавернозным синусом, способствует распространению инфекции на оболочки мозга и попаданию микробов в общий кровоток. Причиной развития этого осложнения может явиться механическое выдавливание фурункула на лице.

Больного следует сразу же предупредить о пагубном последствии не только выдавливания, но и массажа воспалительного инфильтрата любой локализации, а особенно на лице. Больные с фурункулами верхней губы и носогубного треугольника подлежат стационарному лечению. При нарастающей отеке, повышенной температуре тела, недомогании назначают строгий постельный режим. Проводят интенсивную антибиотикотерапию, применяют антикоагулянты, антистафилококковый гамма-глобулин, антистафилококковую плазму.

Лечение больных фурункулезом отличается определенными трудностями. Существенное значение имеет назначение антибиотиков, витаминов, особенно витамина С и витаминов группы В. Нередко из-за фурункулеза больные длительно не моются под душем, кожа еще больше загрязняется, что способствует распространению гнойников.

При фурункулезе показано даже более частое, чем обычно, мытье тела под душем. Кожу над очагами воспаления после этого протирают спиртом. Применение различных мазей не показано.} Положительный эффект дает проведение курса общего ультрафиолетового облучения. В упорных случаях вводят внутримышечно антистафилококковый гамма-глобулин.

Профилактика фурункулеза складывается из нескольких элементов. Прежде всего необходимы соблюдение санитарно-гигиенических норм и правил, регулярное мытье тела в бане со сменой чистого белья. Лица, работающие в условиях запыленности и повышенной температуры, должны мыться под душем чаще. Менять следует не только белье, но и значительно загрязненную спецодежду. Важную роль в профилактике фурункулеза играет своевременное лечение первого фурункула и профилактика гиповитаминозов.

Карбункул. Острое гнойное воспаление нескольких рядом расположенных волосяных фолликулов с преобладанием некроза и вовлечением в гнойный процесс окружающей клетчатки называют карбункулом, который рассматривают также как следствие слияния нескольких фурункулов с образованием обширного гнойно-некротического очага. В амбулаторных условиях проводят лечение только в начальных стадиях развития карбункула или при относительно легком клиническом течении. Назначают полусинтетические пенициллины: оксациллин, ампициллин по 0,5 г 6 раз в сутки в таблетках, сульфаниламидные препараты. Хороший эффект на стадии инфильтрата дает короткая новокаиновая блокада с антибиотиками, как и при начинающемся фурункуле.

Показаны большие дозы витамина С и витаминов группы В, локальное ультрафиолетовое облучение в эритемных дозах, УВЧ-терапии. При тяжелом течении вводят антистафилококковый гамма-глобулин внутримышечно, гипериммунную антистафилококковую плазму внутривенно. Кожу пораженной области обрабатывают раствором йода и накладывают сухую изолирующую повязку (клеюльную наклейку).

Отсутствие эффекта от консервативного лечения на протяжении 2—3 сут, прогрессирование воспалительно-некротического процесса, усиление общей интоксикации служат показанием для оперативного лечения. Обычно применяют кратковременный наркоз в условиях стационара. В отличие от операции по поводу абсцедировавшегося

II

фурункула при карбункуле рассекают не только кожу, но и все некротизированные ткани по ширине очага и вглубь. Большинство хирургов применяют рассечение карбункула двумя перпендикулярными разрезами, проходящими через середину очага. Образовавшиеся четыре кожных лоскута отворачивают. Некротизированные участки тканей фиксируют пинцетом или зажимом, несколько подтягивая сверху и наклоняя в сторону. В щель между участками рассеченных тканей вводят бранши ножниц и ими тщательно иссекают все некротизированные ткани, пропитанные гноем.

Аналогичным образом иссекают второй и последующие фрагменты омертвевших тканей. В итоге образуется значительных размеров раневой дефект в виде полости. Края его дополнительно иссекают под контролем зрения, включая и омертвевшую, резко измененную кожу. Кровотечение из мелких сосудов останавливают прижатием шариком, смоченным перекисью водорода, или прошивают кетгутом. Образовавшуюся полость промывают и обрабатывают перекисью водорода, раствором фурацилина. Широко зияющую рану рыхло тампонируют марлевым тампоном, смоченным 10% гипертоническим раствором хлорида натрия.

Перевязку производят на следующий день: промывание раны перекисью водорода и рыхлое заполнение ее тампоном, смоченным протеолитическими ферментами (трипсином, химотрипсином). Перевязки нужны ежедневно. После очищения раны и появления грануляций применяют повязки с синтомициновой эмульсией. Постепенно рана выполняется грануляциями и заживает с образованием грубого, неровного, звездчатого рубца. Из косметических соображений большие дефекты кожи после выполнения раны грануляциями закрывают свободным кожным лоскутом, например по Тиршу, или дерматомным.

Карбункулы на лице лечат консервативно, обеспечивая максимальный покой тканям. Больным запрещают жевать, назначая только жидкую пищу, разговаривать. Проводят интенсивную антибиотикотерапию, в том числе и внутривенно, иммунотерапию. Все эти мероприятия направлены на предупреждение распространения инфекции по венам в полость черепа, на профилактику сепсиса. Для ускорения отторжения множественных некротических стержней их присыпают сухой салициловой кислотой. Затем применяют повязки с гипертоническим раствором хлорида натрия. Профилактика карбункулов имеет много общего с фу-

рункулами, Особо следует уделять внимание лечению имеющегося сахарного диабета.

Гидраденит — гнойное воспаление потовых желез и окружающей клетчатки, локализуется преимущественно в подмышечной ямке. Лечение начинают с туалета кожи в этой области: сбривают волосы, кожу протирают спиртом, обрабатывают несколько раз йодонатом. Затем накладывают повязку с синтомициновой эмульсией или сухую. Важно, чтобы повязка плотно прилегала к коже, а не провисала в вертикальном положении больного. Для этого лучше накладывать на подмышечную ямку и надплечье колосовидную повязку. Местно применяют УВЧ-терапию. В начальных стадиях хороший эффект достигается от короткой новокаиновой блокады с антибиотиками.

При распространении гнойного процесса на окружающую клетчатку с развитием абсцедирующего гидраденита показано оперативное лечение — вскрытие гнойника. Обезболивание в амбулаторных условиях местное. Производят короткую новокаиновую блокаду под основание воспалительного очага с добавлением к раствору новокаина антибиотиков. Дополнительно анестезируют кожу по линии будущего разреза введением внутривожно тонкой иглой раствора новокаина, не проникая в полость гнойника.

Разрез производят над воспалительным очагом продольно оси конечности. Вскрывают гнойник, иссекают некротизированные ткани, рану промывают перекисью водорода и дренируют полоской-выпускником из перчаточной резины. Накладывают повязку с гипертоническим раствором хлорида натрия. перевязки со сменой резинового выпускника производят ежедневно до очищения раны. Конечность с самого начала лечения и до завершения подвешивают на косынке. Постепенно рана выполняется грануляциями и заживает рубцеванием.

Для профилактики рецидивов гидраденита рекомендуют, кроме выполнения гигиенических правил, протирать кожу подмышечной ямки 0,5% раствором нашатырного спирта. Частое бритье волос в этой области не способствует профилактике гидраденита.

Рожа — это острое бактериальное воспаление собственно кожи. Лечение больных с рожистым воспалением осуществляют преимущественно в лечебных стационарах. С легкими формами заболевания возможна временная госпитализация на дому под наблюдением хирурга поликлиники и медицинской сестры. Назначают полусинтети-

ческие пенициллины: ампициллин по 0,5 г 6 раз в сутки внутримышечно, оксациллин по 0,5 г 6 раз в сутки перорально, бензилпенициллин по 1 000 000 ЕД 6 раз в сутки внутримышечно. Антибиотики хорошо применять в сочетании с сульфаниламидными препаратами, например сульфациназолом по 1 г 1 раз в сутки. Местно применяют облучение субэритемными дозами ультрафиолетовых лучей, смазывание раствором йода.

Осложненные формы рожистого воспаления (буллезная, флегмонозная, гангренозная) безусловно подлежат лечению в стационарных условиях, как и рожа лица. В последнем случае применяют мази с антибиотиками. При вовлечении в гнойный процесс подкожной жировой клетчатки флегмону вскрывают, продолжая интенсивную антибактериальную терапию. Во время операции применяют общее обезболивание.

Рожа имеет склонность к рецидивам. Способствуют их развитию микротравмы, потертости кожи ног при тесной обуви, повышенной потливости и загрязнении. Повторные рожистые воспаления нижних конечностей могут привести к облитерации лимфатических сосудов и развитию вследствие этого слоновости. При несоблюдении правил асептики возможно контактное заражение (втирание загрязненными руками микробов в поврежденные участки кожи). Основа профилактики — соблюдение гигиенических правил, регулярное мытье под душем со сменой белья, ежедневное мытье ног после длительных переходов или работ в запыленных условиях при повышенной температуре; предупреждение и лечение потертостей; соблюдение асептики при уходе за больными рожей.

Флегмона — острое гнойное воспаление жировой клетчатки, которое в отличие от абсцесса не имеет тенденции к отграничению. Развивается флегмона чаще у ослабленных больных, осложняя другие гнойные процессы (абсцессы, карбункулы, гидрадениты, лимфадениты, тромбозы и др.). В большинстве случаев больные с флегмонами подлежат лечению в стационаре. Показана интенсивная антибиотикотерапия в сочетании с сульфаниламидными препаратами. В тяжелых случаях вводят антистафилококковый гамма-глобулин, гипериммунную антистафилококковую плазму.

Вскрытие флегмоны производят под общим обезболиванием или внутрикостной анестезией. Разрезы должны быть достаточно широкими, чтобы обнажить на всем протяжении пропитанную гноем клетчатку. В связи с тем что

флегмона имеет тенденцию к относительно быстрому распространению на здоровые ткани, важное значение имеет раннее вскрытие ее. Особенность операции при флегмоне заключается также в необходимости возможно шире иссечь некротизированную и пропитанную гноем клетчатку, ибо только такая тактика способствует более надежному купированию воспалительного процесса. Стремление сохранить, оставить неотторгающуюся во время операции, но пропитанную гноем клетчатку неоправдано, так как она все равно омертвевает и будет поддерживать гнойное воспаление.

Рану после вскрытия флегмоны тщательно промывают раствором фурацилина 1:5000, перекисью водорода. При необходимости в нижних отделах флегмоны накладывают контрапертуру и дренируют силиконовыми или резиновыми трубками для обеспечения оттока гноя. Применяют также проточное промывание раны после вскрытия флегмоны. При этом часть вводимого раствора антисептика отделяется по дренажу, часть уходит в повязку, которую необходимо часто менять. Такое промывание через 1—2 сут обычно приводит к купированию острого воспалительного процесса. При появлении грануляций переходят на мазовые повязки, тампоны с синтомициновой эмульсией.

Локальные острые гнойные заболевания, особенно флегмоны, нередко осложняются **лимфаденитами, лимфангиитами**. Лечение этих осложнений включает обязательно санацию первичного очага. Показана антибиотикотерапия, при лимфангиитах — иммобилизация конечности, локальное ультрафиолетовое облучение в субэритемных дозах, УВЧ-терапия. Аденофлегмоны — гнойное расплавление жировой клетчатки, окружающей воспаленный лимфатический узел, подлежат вскрытию по общим правилам, чаще в стационарных условиях. Рану рыхло выполняют тампоном, смоченным гипертоническим раствором хлорида натрия. Дальнейшее лечение проводят по общим правилам ведения послеоперационного периода при гнойных заболеваниях.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТДЕЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

Мастит

Острое воспаление молочной железы — мастит, обычно развивается в послеродовом периоде во время лактации. В начальную (серозную) фазу острого мастита лечение

заключается прежде всего в предупреждении застоя молока, которое следует сцеживать или лучше отсасывать молокоотсосом. Саму железу подвешивают повязкой. Этих мероприятий в начальной стадии может быть достаточно для купирования воспалительного процесса. В сомнительных случаях вводят внутримышечно антибиотики. Консервативное лечение показано и в инфильтративную фазу острого мастита. Внутримышечно назначают метициллин по 1 г 6 раз в сутки, ампициллин по 0,5 г 6 раз в сутки и др. Продолжают отсасывание молока во избежание застоя его в железе.

В фазу абсцедирования в молочной железе формируются гнойники. Если на протяжении 3—5 дней амбулаторного лечения не удастся купировать острую фазу мастита или если еще раньше появились признаки нагноения инфильтрата, больную следует незамедлительно госпитализировать в хирургическое отделение. Характер оперативного лечения зависит от локализации гнойника: он может располагаться поверхностно, в глубине железы или под ней. Соответственно различают антемаммарные, интрамаммарные и ретромаммарные абсцессы (рис. 39, а).

Формирование абсцесса в молочной железе является показанием для операции вскрытия гнойника. Обычно применяют кратковременный внутривенный наркоз. Поверхностные ограниченные абсцессы можно вскрывать и под местной анестезией. Для этого производят ретромаммарную новокаиновую блокаду. Дополнительно по линии разреза анестезируют кожу. Обычно производят радиальные по отношению к соску разрезы, которые не доходят до него на 2—3 см (рис. 39, б). Кожу рассекают разрезом длиной 5—7 см над местом наибольшей болезненности и флюктуации. Глубже ткань железы разделяют тупо браншами кровоостанавливающего зажима в целях меньшего повреждения кровеносных сосудов и протоков железы. Пальцем обследуют полость абсцесса, разделяют перемычки, при необходимости дополнительно производят контрапертуры у основания (самого нижнего участка) полости гнойника и дренируют силиконизированными или резиновыми трубками. На железу накладывают большую повязку для впитывания гнойного экссудата.

Вскрытие **ретромаммарных абсцессов** производят okay-мляющим разрезом по складке под железой (рис. 40). Пальцем обследуют полость гнойника, промывают раствором фурацилина или перекиси водорода, дренируют трубками или резиновыми полосками. Раневой экссудат,

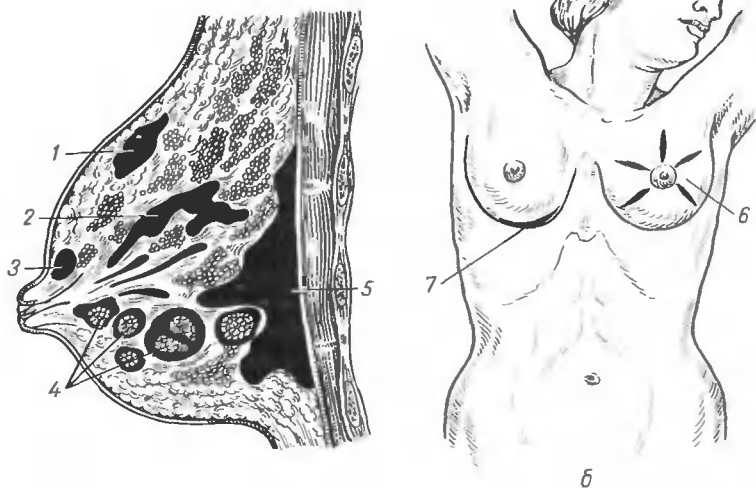


Рис. 39. Гнойный мастит.

a — локализация гнойников в молочной железе; *б* — разрезы при вскрытии маститов: 1 — под кожей; 2 — в расширенном протоке железы; 3 — субареоллярно; 4 — в ткани железы; 5 — ретромаммарно; 6 — радиальные разрезы; 7 — доступ для вскрытия ретромаммарного абсцесса.

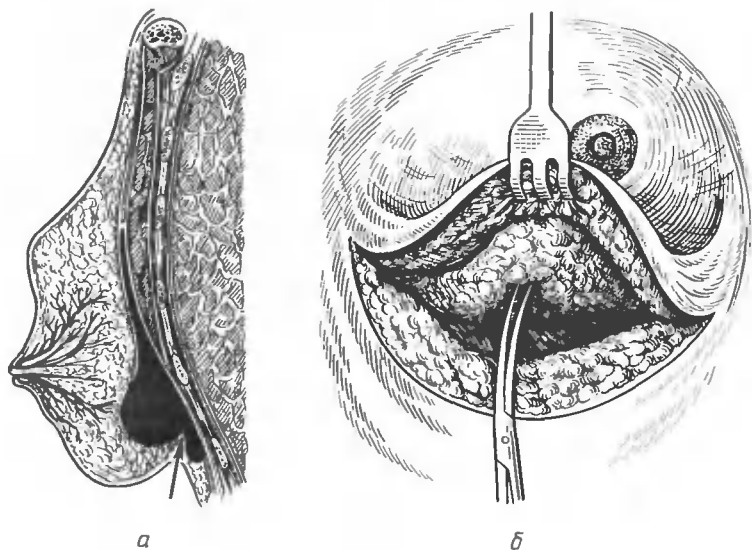


Рис. 40. Вскрытие ретромаммарного абсцесса.

a — схема расположения гнойника (стрелкой указано направление разреза); *б* — разрез по нижнему краю железы.

стекающий по трубкам, всасывается в повязку. Сосок оставляют открытым для регулярного сцеживания молока. В целях ускорения очищения раны от некротизированных тканей стенки полости обрабатывают раствором протеолитических ферментов.

Наиболее тяжело протекают **флегмонозная и гангренозная** формы острого мастита, которые нередко приводят к сепсису, гнойно-резорбтивной лихорадке. Лечение состоит в срочном вскрытии флегмоны и дренировании, интенсивной антибиотикотерапии, переливании крови и плазмозаменителей. При **гнойно-инфильтративной** форме мастита вследствие недостаточного или неправильного лечения в молочной железе развивается плотный инфильтрат с мелкими гнойниками, течение приобретает хронический характер. Хирургическое лечение заключается в полном иссечении всего инфильтрата с гистологическим исследованием для исключения возможного ракового перерождения.

Во избежание инфицирования ребенка при гнойном мастите рекомендуется сцеживать молоко молокоотсосом также и из здоровой молочной железы, кипятить его и только после этого кормить ребенка. Медленное рассасывание плотного инфильтрата после перенесенного острого гнойного мастита служит показанием к проведению физиопроцедур (УВЧ-терапия, парафиновые аппликации). Профилактика мастита заключается в подготовке сосков к предстоящему кормлению, и начинают ее со второго периода беременности. Соски ежедневно моют теплой водой с мылом и растирают грубым полотенцем, проводят курсами общее ультрафиолетовое облучение. Начинающиеся трещины сосков хорошо saniруются 5% метилурациловой мазью или оксикортом. Важным профилактическим мероприятием является поддержание в родильных домах строгого санитарно-гигиенического режима.

Тромбофлебит

Тромбофлебит — это микробное воспаление вены с образованием внутрисосудистых тромбов. Простые формы ограниченного тромбофлебита поверхностных вен можно лечить в домашних условиях при соблюдении постельного режима в первые 5 сут. Конечности придают возвышенное положение. Назначают внутримышечно антибиотики, внутрь — непрямые антикоагулянты, например фенилин по 0,03 г 3 раза в день в 1-е сутки, на 2-е — 2 раза в день,

на 3-й — один раз и в последующие 2 дня — по $\frac{1}{2}$ таблетки. Обязателен контроль свертывающей системы крови. При стихании воспалительного процесса вставание с постели и дозированная нагрузка на конечность разрешаются с 6—7-го дня.

Лечение даже легких форм тромбофлебита в условиях домашней госпитализации необходимо проводить под наблюдением хирурга поликлиники и медицинской сестры. Чаще лечение проводят в стационаре, особенно при тяжелом течении. Сразу назначают гепарин с добавлением затем непрямых антикоагулянтов до снижения протромбинового индекса на 50%. Эффективна короткая новокаиновая блокада с антибиотиками и гепарином в окружности пораженной вены. Внутримышечно 2 раза в сутки вводят протеолитические ферменты (по 5 мг трипси-на), что также способствует понижению свертываемости крови и уменьшению явлений воспаления.

Больных с острым восходящим тромбофлебитом большой подкожной вены ноги срочно госпитализируют. В целях предотвращения развития сепсиса и тромбоэмболии легочной артерии производят перевязку подкожной вены у впадения ее в глубокую вену бедра. При локальном тромбофлебите с гнойным перифлебитом производят лигирование и резекцию пораженного участка вены, вскрытие гнойника. Следует подчеркнуть, что перевязка подкожной вены при восходящем тромбофлебите вблизи от пораженного участка не предотвращает от дальнейшего распространения воспалительного процесса выше лигатуры. При остром тромбофлебите глубокой вены бедра тактика иная — проводят консервативное лечение в условиях строгого постельного режима с применением антикоагулянтов, антибиотиков, иммобилизации.

ЛЕЧЕНИЕ ПАНАРИЦИЯ

Гнойные заболевания пальцев и кисти в практике амбулаторного врача встречаются довольно часто, приводят к продолжительной нетрудоспособности и осложнениям, вынуждающим больных в ряде случаев менять профессию. Болеют преимущественно лица молодого, трудоспособного возраста. Целенаправленное лечение и профилактика этих заболеваний, предупреждение осложнения.

Поверхностные формы панариция

Примерно пятую часть хирургических больных в амбулаторно-поликлинических учреждениях оперируют по поводу панариция, т. е. острого гнойного воспаления пальцев. Форма панариция зависит от глубины и вида пораженных тканей пальцев (рис. 41, а, б, в, г). Первое место по частоте занимает подкожный панариций (50%), на втором — паронихия (15—20%), на третьем — кожный панариций (10—15%), реже наблюдается подногтевой (7—8%), костный (5—6%), сухожильный (3,5%), суставной панариций (1%) и пандактилит (0,3—0,4%). Возбудителем является стафилококк, который проникает в ткани пальца при микротравмах — через уколы, царапины, порезы, с занозами и др.

Микротравмы наблюдаются как в быту, так и на производстве, при сельскохозяйственных работах. Характер повреждения нередко определяет форму развивающегося панариция: паронихия возникает при заусеницах, после маникюра; подногтевой панариций — после занозы или ушиба кончика пальца; подкожный — после укола, царапины, пореза, ожога. Костный, сухожильный, суставной панариций и пандактилит возникают как осложнение поверхностных форм с распространением микробов на глубжележащие ткани.

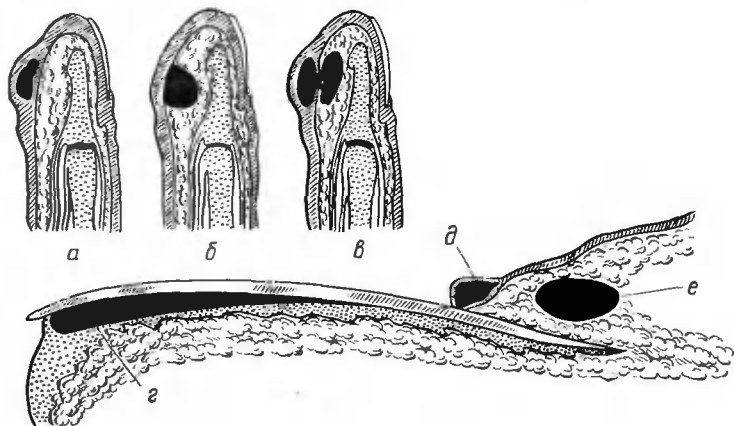


Рис. 41. Поверхностные формы панариция.

а — кожный; б — подкожный; в — кожно-подкожный в виде запонки; г — подногтевой; д — паронихия субэпидермальная; е — паронихия в толще ногтевого валика.

Кожный панариций

Кожный панариций — это по сути внутрикожный абсцесс с отслаиванием гноем эпидермиса, т. е. самый поверхностный вид панариция. Локализуется обычно на ладонной поверхности пальцев. Под эпидермисом определяется ограниченный гнойник с мутным экссудатом; кожа вокруг гиперемирована, болезненна. Отслойка эпидермиса прогрессивно увеличивается как по высоте, так и по площади, распространяясь на новые участки фаланги. Иногда при подкожном панариции гной прорывается через кожу под эпидермис — формируется гнойник в форме запонки или песочных часов.

Лечение кожного панариция наиболее простое по сравнению с лечением других форм. Кожу обрабатывают спиртом и без дополнительной анестезии подрезают острыми ножницами отслоенный эпидермис. Затем его приподнимают за край пинцетом и отсекают по всей окружности гнойника. Раневую поверхность просушивают марлевым шариком, осматривают в поисках возможного свищевого хода вглубь (при подкожном панариции в виде запонки). Накладывают асептическую повязку или с раствором фурацилина. Через 4—5 дней раневая поверхность эпителизируется и требуется лишь наложить временную защитную повязку.

Большинство больных с кожным панарицием после удаления отслоенного эпидермиса продолжают работать. Иногда кожный панариций осложняется лимфангитом. В этих случаях больные временно нетрудоспособны. Показана иммобилизация кисти и предплечья, ультрафиолетовое облучение по ходу воспаленных лимфатических сосудов, возможно назначение короткого курса антибиотикотерапии.

Паронихия

Этот вид поверхностного панариция представляет собой гнойное воспаление ногтевого валика вследствие инфицирования заусениц, уколов, после проведения маникюра. Паронихия бывает двух видов: субэпидермальная и в толще ногтевого валика (рис. 41, д, е).

Отличаются они не только локализацией, но и по клиническому течению, методам лечения. Паронихии в 4—5 раз чаще развиваются у женщин, что обусловлено преимущественно маникюром и работой по дому. Ошибки в диагностике вида паронихии и связанное с этим не-

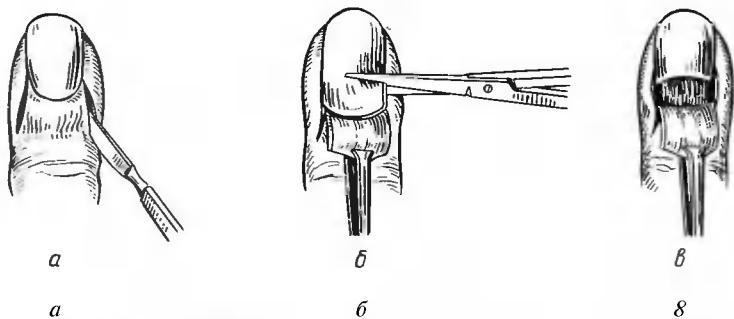


Рис. 42. Операция Канавела при паронихии с поражением всего ногтевого валика.

а — направление кожных разрезов; *б* — иссечение пораженного участка ногтя; *в* — рана после резекции проксимальной трети ногтевой пластинки.

правильное лечение затрудняют ликвидацию гнойного процесса, который приобретает хроническое течение.

Субэпидермальная паронихия имеет много общего с кожным панарицием представляет собой скопление гноя под эпидермисом у края ногтевого валика. Лечение заключается в простом подрезании (без локальной анестезии) отслоенного эпидермиса и иссечении его с удалением гноя. Затем накладывают повязку с фурацилином или асептическую, которую снимают через 5—6 сут. За это время раневая поверхность эпителизируется. При паронихии в толще ногтевого валика (под кожей) определяется локальная болезненность и припухлость ногтевого валика, гиперемия; нет характерного для субэпидермальной паронихии просвечивающегося гнойного пузырька по краю ногтевого валика.

Паронихию в толще ногтевого валика вскрывают после анестезии пальца по Лукашевичу. При паронихии производят разрез длиной 1 см только у одного края ногтя на тыле пальца от угла ногтевого валика в проксимально-ладонном направлении, т. е. не вдоль оси пальца, а несколько косо, смещая разрез в ладонную сторону. Кожу, покрывающую основание ногтя, отсепааровывают и отворачивают с поврежденной стороны. Если гноем отслоен край основания ногтя, то осторожно ножницами иссекают его, стараясь не повредить ногтевое ложе и валик, в противном случае растущий ноготь деформируется.

При поражении паронихией средней части или всего ногтевого валика производят операцию Канавела (рис. 42). Двумя разрезами длиной 1—1,5 см от углов основания ногтя окаймляют и затем отворачивают трапециевидный

кожный лоскут, покрывающий ногтевой валик. Остроконечными ножницами осторожно (не повреждая ногтевого ложа) резецируют отслоенный гноем участок проксимального отдела ногтя. Удаляют гной. Кожный лоскут возвращают на свое место, положив под него полоску перчаточной резины, смазанную синтомициновой эмульсией или вазелиновым маслом. На палец накладывают асептическую повязку. Через сутки делают для пальца ванночку с перманганатом калия, заменяют резиновый выпускник еще на сутки. Затем, если гнойный процесс купирован, после ванночки накладывают обычную мазевую повязку (без резиновой прокладки).

Вскрывая паронихию важно обеспечить обнажение проксимального угла ногтевой пластинки, где в ногтевом ложе наиболее часто скапливается гной. Его следует тщательно удалить вместе с некротизированными тканями, сохраняя ногтевой валик. Сроки лечения паронихии в среднем 8—9 сут с полным восстановлением трудоспособности. В редких случаях при неправильном лечении развиваются осложнения в виде подкожного, костного и суставного панариция.

Подногтевой панариций

Наиболее часто подногтевой панариций развивается вследствие укола, занозы под свободный край ногтя, реже после других микротравм. Подногтевой панариций может развиваться и вторично как осложнение паронихии, подкожного или костного панариция. Топическая диагностика основана на локализации болей и скопления гноя, который просвечивает через ногтевую пластинку. По локализации различают подногтевой панариций у дистального края ногтя, у основания ногтя и с отслойкой гноем всей ногтевой пластинки. Хирургическая тактика зависит от локализации подногтевого гнойника.

При наиболее частом дистальном подногтевом панариции у свободного края ногтя (после занозы или укола) под проводниковой анестезией по Лукашевичу остроконечными ножницами резецируют дистальный участок ногтевой пластинки с удалением некротизированных тканей и гноя (рис. 43). При подногтевом панариции у основания ногтя (осложнение паронихии) производят описанную выше операцию Канавела — резецируют проксимальную часть ногтя. Если отслоена гноем вся ногтевая пластинка, то ее удаляют полностью. Для этого ноготь рассекают

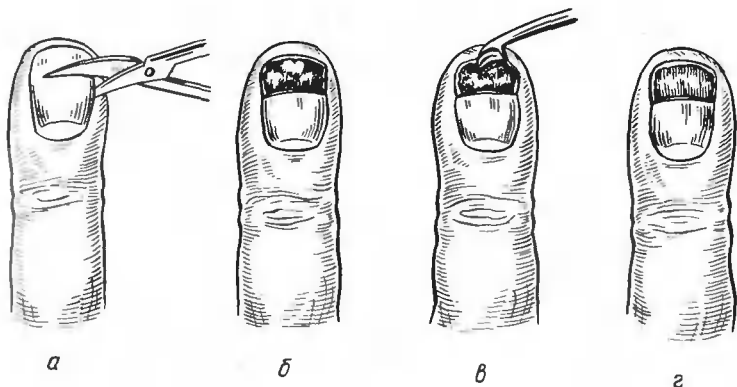


Рис. 43. Операция при дистальном подногтевом панариции.

а, б — резекция дистальной трети ногтевой пластинки; *в* — выскабливание гнойника в матрице ногтя костной ложкой; *г* — законченный вид операции.

ножницами вдоль на две половины и каждую в отдельности, захватив зажимом, вывихивают. Ногтевое ложе просушивают, обрабатывают перекисью водорода и накладывают мазевую повязку с 10% синтомициновой эмульсией.

Подкожный панариций

Наиболее частое гнойное заболевание пальцев, вызываемое стафилококком, — подкожный панариций, при котором поражается подкожная жировая клетчатка пальца. Она имеет анатомические особенности: в ней проходят перпендикулярно к коже соединительнотканые волокна, которые уплотняют клетчатку, создают ячейки для жировой ткани. Гнойное воспаление определенное время может локализоваться в такой ячейке, а затем распространяться преимущественно вглубь, к надкостнице фаланги. Более глубокие формы панариция, как правило, начинаются с поражения подкожной жировой клетчатки (костный, суставной, сухожильный).

Причина подкожного панариция — микротравма (уколы, порезы, ушибы). Преимущественная локализация — ладонная поверхность дистальной фаланги. Для уточнения уровня рационального доступа при вскрытии панариция пуговчатым зондом осторожно надавливают на покровы пальца и определяют зону максимальной болезненности. Метод позволяет уточнить также и глубину поражения, вид панариция (рис. 44). Для подкожного

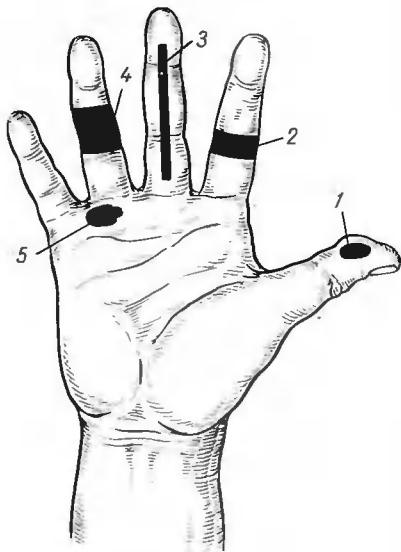
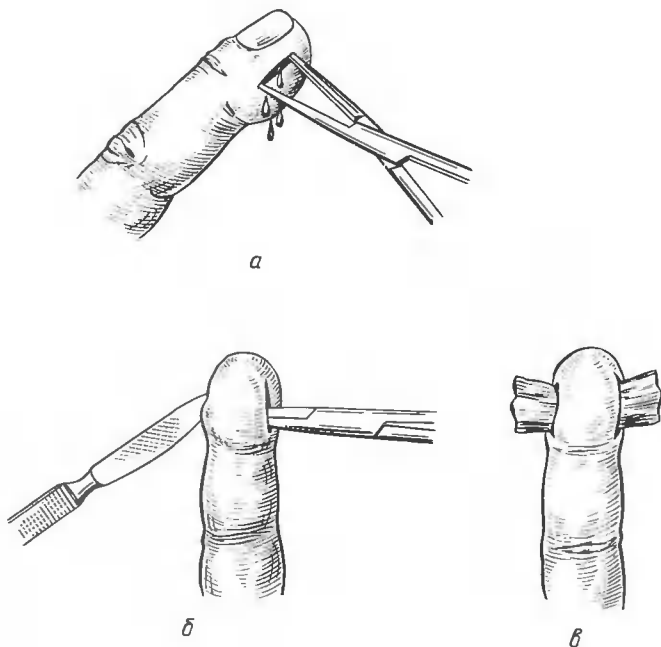


Рис. 44. Зоны максимальной болезненности в зависимости от вида панариция.
 1 — подкожный; 2 — суставной; 3 — сухожильный; 4 — костно-суставной; 5 — мозольный абсцесс ладони.

Рис. 45. Вскрытие подкожного панариция дистальной фаланги.
 а — расширение раны браншами зажима; б — разрез кожи на противоположной стороне пальца; в — дренирование раны полоской перчаточной резины.



панариция характерна локальная болезненность при легком надавливании пуговчатым зондом на округлом или овальном участке ладонной поверхности фаланги.

В начальной стадии панариция, т. е. в фазу серозного воспаления, применяют консервативную противовоспалительную терапию, которая при настойчивом проведении позволяет купировать воспаление более чем у половины больных. Рекомендуется проводить спиртовые ванночки для пораженного пальца по 30 мин 2 раза в день, УВЧ-терапию, местное введение антибиотиков с раствором новокаина в окружающие воспалительный очаг ткани. Вводят из двух — трех точек 4—6 мл 0,5—1% раствора новокаина с 1 г метициллина; 0,5 г ампициллина.

Конечность подвешивают на косынке. Мы наблюдали хороший эффект от полуспиртового компресса, наложенного на пораженный палец. Возникающее после такого компресса усиленное шелушение кожи, слущивание эпидермиса не должны тревожить больного — эти явления быстро проходят.

Если на протяжении 1—2 дней проводимая консервативная терапия не дает положительных результатов, боль не уменьшается, а имеет тенденцию к нарастанию и воспаление переходит в гнойную фазу, то показана срочная операция — вскрытие панариция. Своевременная операция — залог успеха в лечении, надежное средство профилактики распространения гнойного процесса и развития глубоких форм панариция. Важно определить срок показанной операции, т. е. момент перехода серозного воспаления в гнойное. Практические врачи достоверно установили, что больного следует оперировать после «первой бессонной ночи». Однако этот субъективный показатель может оказаться запоздалым. Имеются и другие клинические симптомы, помогающие в дифференциальной диагностике серозного и гнойного воспаления при развивающемся панариции (табл. 3).

Вскрытие панариция производят под местной анестезией новокаином по Лукашевичу. При подкожном панариции дистальной фаланги проводят продольный разрез длиной 1,5—2 см на переднебоковой поверхности ее, но разрез не должен распространяться на область межфалангового сгиба. Рассекают только кожу. Глубже ткани разделяют остроконечным кровоостанавливающим зажимом без зубцов (типа Бильрота). Бранши инструмента продвигают в поперечном направлении спереди от кости на противоположную сторону фаланги, выпячивая там кожу, которую продольно рассекают. Рану промывают перекисью водорода и вводят

Таблица 3. Дифференциально-диагностические признаки стадий воспаления при подкожном панариции [Лыткин М. И., Косачев И. Д., 1975] (с изменениями)

Клинические признаки	Серозно-инфильтративная стадия	Гнойно-некротическая стадия
Длительность заболевания	До 2—3 сут	Свыше 2—3 сут
Боль в пальце	Разлитая	Ограниченная
Гиперемия кожи	Равномерная	В центре очага бледнее, по периферии ярче
Кожные вены пальца	Не изменены	Часто расширены на тыле
Нарушение функции	Пораженной фаланги	Всего пальца
Болезненность	Разлитая	Локальная
Регионарные лимфатические узлы	Не изменены	Иногда увеличены
Температура тела	Нормальная или субфебрильная	Может повышаться до высоких цифр
Изменения крови	Отсутствуют	Лейкоцитоз, сдвиг влево

в нее смоченную вазелиновым маслом или синтомициновой эмульсией полоску из перчаточной резины (рис. 45). Полоска должна свободно располагаться в ране, а не туго заполнять ее просвет.

Подкожный панариций средней и проксимальной фаланги вскрывают пере дне боковым разрезом, не доходящим до линии межфалангового сустава, чтобы не повредить связочного аппарата. После рассечения кожи дальнейшее разделение тканей производят тупым путем с помощью зажима, не повреждая проходящие на этом уровне сосуды и нервы пальца. Края раны разводят маленькими одно- или двузубыми крючками в стороны и иссекают некротизированную подкожную жировую клетчатку, которая отличается от нормальной серым или зеленовато-серым цветом. Если гнойный процесс распространяется на всю ширину фаланги, то производят аналогичный разрез с противоположной стороны.

Учитывая проходящие по середине ладонной поверхности средней и проксимальной фаланги сухожильные влагалища сгибателей пальца, сквозные боковые разрезы на уровне этих фаланг не рекомендуются. При необходимости производят два боковых разреза и отдельно дренируют обе раны резиновыми полосками, которые многие авторы смачивают жидкой мазью (вазелиновое масло) для предотвращения раннего слипания краев раны и облегчения последующего извлечения резиновых выпускников.

После вскрытия и дренирования подкожного панариция накладывают асептическую повязку. Иммобилизация является обязательным элементом лечения. Пальцы фиксируют в полусогнутом положении. Накладывают ладонную гипсовую лонгету от кончиков пальцев до середины предплечья с соответствующим моделированием по кривизне согнутых пальцев. Если накладывают тыльную лонгету, то ее дополняют ватно-марлевым валиком, который вкладывают в ладонь. Лонгету фиксируют марлевым бинтом.

Больного следует обязательно осмотреть на следующий день. Снимают лонгету. Производят теплую ванночку с перманганатом калия для больного пальца. Удаляют отмокшие нижние слои повязки. Сквозные резиновые выпускники, если они хорошо функционируют, не удаляют. Выпускник, туго закрывающий рану и препятствующий оттоку, следует заменить на меньший. Если воспалительный процесс не идет на убыль, держатся отек, гиперемия, напряжение тканей и резкая болезненность, то, значит, не достигнуто радикальное вскрытие гнойника. В таком случае следует провести анестезию с добавлением к раствору новокаина антибиотиков и сделать дополнительные разрезы или расширить имеющиеся, иссечь оставшиеся некротизированные ткани и вновь дренировать рану. Если своевременно это не сделать, то, как правило, процесс прогрессирует дальше, вовлекая кость, сухожилие. Главное — обеспечить хороший отток гноя.

При обычном течении послеоперационного периода резиновые выпускники держат 2—3 сут и удаляют, когда прекратится выделение гноя из раны. Последующие перевязки производят через 2—3 дня, повторяют теплые ванночки для пальца с антисептиками. Имобилизующую лонгету накладывают практически до заживления раны.

На основе анализа большого количества клинических наблюдений установлено, что наиболее частым осложнением хирургического лечения подкожного панариция является задержка гнойного отделяемого вследствие недостаточного вскрытия гнойника, неправильного дренирования, закрытия дренирующих ран подсохшей, уплотнившейся повязкой и др.

На втором месте среди осложнений — тугоподвижность суставов в результате неправильных разрезов, распространяющихся до уровня межфалангового сустава, слишком длительной иммобилизации без проведения лечебной физкультуры, затянувшегося гнойного процесса и длительно незаживающих ран. Затем по частоте идут болезненный,

обезображивающий рубец; развитие осложненных (глубоких) форм панариция; трофоневротические расстройства.

Наибольшее количество осложнений наблюдается после вскрытия подкожного панариция дистальной фаланги подковообразным разрезом — в 6 раз чаще, чем после применения бокового разреза. Подковообразный доступ приводит к формированию болезненных, обезображивающих рубцов, нарушению тактильной чувствительности пальца. Для предотвращения формирования таких рубцов авторы рекомендуют не ставить резиновую прокладку в рану, тогда действительно рубец образуется более ровный. Однако во многих случаях отсутствие выпускника приводит к обострению и распространению воспаления, задержке отделяемого, что вынуждает все же ставить в рану резиновые полоски, но с опозданием. В связи с этим мы считаем нецелесообразным применять подковообразные разрезы на дистальной фаланге. Вскрывать подкожный панариций в этой области можно из бокового разреза, даже если очаг находится на конце пальца.

При наличии шелевидного обезображивающего рубца показаниями к операции, кроме косметических неудобств, служат функциональные нарушения пальца как рабочего органа у больных соответствующих профессий. Используют проводниковую анестезию по Лукашевичу. Производят тщательное, но экономное иссечение рубца на всем его протяжении с частичной мобилизацией подвернутых кнутри краев раны. На рану накладывают адаптирующие вертикальные П-образные швы по Донати, а затем асептическую повязку. Швы снимают на 9—10 сутки.

Глубокие формы панариция

Костный панариций

В большинстве случаев костный панариций развивается вторично вследствие распространения гнойного процесса с мягких тканей пальца на кость, обычно на фоне оперированного подкожного панариция с затяжным течением. Наиболее частая причина — недостаточное вскрытие подкожного панариция, плохое дренирование раны после операции, введение марлевой турунды в рану с последующими редкими перевязками. Такой марлевый тампон очень быстро ослизняется и теряет сорбционную функцию, становится obturatorом, препятствующим оттоку гноя. Вследствие этого

гнойно-воспалительный процесс не только не купируется, а распространяется вглубь.

Ранняя диагностика костного панариция затруднительна, из-за чего соответствующее лечение проводят несвоевременно, в том числе и оперативное. Деструктивные изменения в кости начинают определяться через 2 нед и позже от начала развития остеомиелита. Если к этому сроку хирург уже перестал осматривать больного на перевязке, доверив это сестре, то диагноз костного панариция устанавливают, как правило, с большим опозданием, когда уже успела разрушиться вся фаланга. Рентгеновские снимки, сделанные в первые 12—15 сут, не помогут установлению диагноза. В практическом отношении целесообразно руководствоваться следующим положением: если подкожный панариций не ликвидируется на протяжении 1,5 нед после операции, то есть основания полагать, что в гнойный процесс вовлечена кость. Наиболее часто костный панариций развивается в дистальной фаланге (в 75%).

В порядке подготовки к повторной операции несколько дней производят теплые ванночки с перманганатом калия для больного пальца с последующим тщательным отмыванием кожи от имеющихся на ней загрязнений. Рану просушивают, окружающую кожу обрабатывают спиртом и раствором йода, накладывают асептическую повязку с иммобилизацией съемной гипсовой лонгетой. Конечность подвешивают на косынку. Дополнительно к указанным процедурам рекомендуется вводить в регионарные вены (на тыле кисти) или внутрикостно (в метафиз лучевой кости или головки пястных костей) антибиотики под жгутом, который держат на конечности 1—1,5 ч.

Примерно у трети больных с костным панарицием целенаправленное консервативное лечение приводит к купированию гнойного процесса, раны очищаются, иногда самостоятельно отходят секвестры и наступает излечение [Усольцева Е. В., Машкара К. И., 1986]. Однако, если на протяжении 4—5 дней нет положительных сдвигов, показана повторная операция, которую выполняют обычно в стационаре. Применяют проводниковую анестезию по Лукашевичу, а для проксимальной фаланги — проводниковую новокаиновую анестезию в межпястных промежутках по Оберсту—У сольце вой.

Для доступа обычно используют имеющуюся рану, свищевой ход, расширяя их дополнительными разрезами до кости, которую затем осматривают, раздвигая края раны крючками. Если секвестров нет, мягкие ткани от

кости не отслоены (на дистальной фаланге), то иссекают некротизированные участки, рану промывают перекисью водорода и закрывают повязкой. Если же участок бугристости дистальной фаланги стал подвижен, деформирован, «изъеден», то его иссекают ножницами с некротизированными мягкими тканями. При наличии секвестров, изрытости конца дистальной фаланги производят резекцию ее в пределах бугристости; кость лучше спилить зубным диском бормашины во избежание трещин на оставшейся части фаланги от применения кусачек. После очищения раны (примерно через неделю) накладывают вторичные швы для предотвращения формирования обезображивающих рубцов.

При гнойном расплавлении фаланги прибегают к ее ампутации, выкраивая ладонный лоскут или без него. Если обнаружена секвестрация коркового вещества кости средней или проксимальной фаланги, то после иссечения омертвевших мягких тканей сдвигают надкостницу в окружности остеомиелитического очага и выскабливают его острой костной ложкой или маленьким овальным долотом. Рану обрабатывают перекисью водорода, кость прикрывают мягкими тканями. Накладывают повязку и гипсовую лонгету. Рецидив остеомиелита фаланги после хирургического лечения, осложненное течение костного панариция (переход гнойного процесса на сустав, развитие сопутствующей флегмоны кисти и др.) служат показанием к направлению больных в хирургический стационар.

Лечение костного панариция в среднем длится 3—6 нед после установления диагноза. У 7—8% больных остаются неблагоприятные последствия в виде болезненных обезображивающих рубцов, тугоподвижности суставов, трофических расстройств, укорочения пальца и др. Примерно у 20% больных производят ампутацию расплавленной дистальной фаланги или пальца, чаще экзартикуляцию фаланги.

Суставной панариций

Гнойное воспаление межфаланговых суставов пальцев может быть первичным по происхождению — при микротравмах, проникающих в сустав повреждениях (уколы, порезы, ушибы с гемартрозом и др.) и вторичным — вследствие распространения гнойного процесса на сустав при костном, сухожильном и подкожном панарициях. Лечение таких больных в начальных стадиях можно проводить амбулаторно под ежедневным наблюдением хирурга.

В процессе клинического развития суставной панариций проходит три фазы: серозного воспаления, гнойного воспаления и остеоартрита с поражением суставных концов костей. Характер лечебных мероприятий определяется этими фазами. В фазе серозного воспаления проводят консервативное лечение, пунктируют сустав. Для этого кожу с тыльно-боковой стороны сустава анестезируют внутрикожным введением 1% раствора новокаина или струей хлорэтила. Иглу проводят в проекции суставной щели и отсасывают обычно несколько капель му ного экссудата. В полость сустава вводят антибиотик в 1—2 мл 0,5% раствора новокаина. Применяют также регионарное внутривенное и внутрикостное введение антибиотиков под жгутом. Имобилизируют палец гипсовой лонгетой.

Если через 3—4 дня консервативная терапия не приводит к улучшению, значит, процесс прогрессирует. Нарастание клинических симптомов свидетельствует о переходе в фазу гнойного воспаления. Такие больные подлежат госпитализации в хирургический стационар для оперативного лечения. Проводят обезболивание по Лукашевичу или регионарную внутривенную, внутрикостную новокаиновую анестезию. Г-образным разрезом вдоль тыльно-боковой поверхности пальца с поворотом в поперечном направлении дистальнее пораженного сустава обнажают капсулу его, отворачивая образовавшийся кожный лоскут. Капсулу вскрывают в месте наибольшего ее выпячивания или сбоку от сухожилия разгибателя. Надавливая на сустав с ладонной и боковой сторон, опорожняют его от гноя. Полость сустава промывают раствором фурацилина, иссекают некротизированные ткани, участки капсулы, гнойные грануляции. Полость сустава вновь промывают. Мягкие ткани укладывают на место, фиксируют повязкой, затем накладывают гипсовую лонгету. После очищения раны и стихания воспалительных изменений накладывают вторичные швы. Имобилизация продолжается на протяжении 2 нед.

С развитием остеоартрита гнойное воспаление приобретает хронический характер. После образования свищей боли стихают, уменьшается отек, появляется крепитация в суставе при пассивных движениях. Рентгенологически определяется деструкция суставных концов фаланг, иногда секвестры. В этих случаях показана резекция сустава. После артротомии вывихивают в рану пораженный суставной конец фаланги и спиливают ножовкой или пилой Джигли. Опил кости закругляют напильником. Сустав промывают фурацилином. Мягкие ткани укладывают на свое

место. Вводят в рану выпускник из перчаточной резины на 2 сут. Накладывают повязку и гипсовую лонгету.

По данным Е. В. Усолицевой и К. И. Машкары (1983), 'Д больных с суставным панарицием излечивается консервативно, у 70% производят артротомию и секвестрэктомию; резекцию сустава применяют в 2% случаев. Продолжительность лечения составляет 2—5 не д. Наиболее частым осложнением суставного панариция являются анкилозы, контрактуры и тугоподвижность суставов и трофические расстройства, которые приводят к стойкому нарушению функции пальца у 20% больных. Нередко наблюдаются хронические артрозы, периоститы, околоуставные фиброзы. Около 18% больных после перенесенного суставного панариция из-за нарушений функции пальца вынуждены менять профессию.

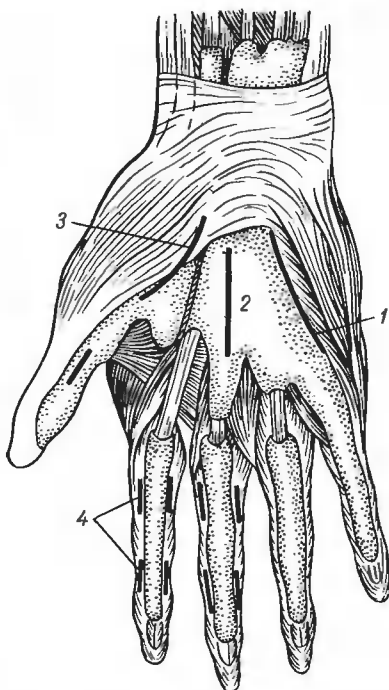
Сухожильный панариций

Гнойное воспаление сухожильных влагалищ пальцев кисти, или тендовагинит, представляет собой одну из наиболее тяжелых форм панариция. Гнойный процесс в сухожильном влагалище может привести к некрозу сухожилия, распространению гнойного процесса на кисть с I и V пальцев, а со II, III и IV пальцев — до головок пястных костей, что обусловлено особенностями строения сухожильных влагалищ этих пальцев (рис. 46). Синовиальное влагалище I пальца проксимально переходит в лучевую синовиальную сумку запястья, а V пальца — в локтевую.

Первичный сухожильный панариций возникает вследствие микротравм (уколов, порезов, ушибов с гематомами) с повреждением стенки поверхностно расположенных сухожильных влагалищ. Вторичное распространение гнойной инфекции на сухожилие происходит при костном, суставном и подкожном панариции. С установленным диагнозом сухожильного панариция больные подлежат госпитализации. Лечение представляет нелегкую задачу. В связи с тем что локальный процесс очень быстро распространяется на все синовиальное влагалище, лечение носит характер срочных мероприятий. В начальной стадии производят пункцию сухожильного влагалища на уровне проксимальной фаланги, отсасывают одну-две капли мутного экссудата и вводят раствор антибиотиков, а в окружающие ткани — трипсин, химотрипсин. Одновременно антибиотики применяют внутривенно или внутрикостно с регионарным пролонгированием под жгутом. Процедуру повторяют еже-

Рис. 46. Сухожильные влагалища сгибателей пальцев кисти и проекция кожных разрезов при гнойных тендовагинитах.

1 — при локтевом тендобурсите; 2 — при флегмоне срединного пространства кисти; 3 — при лучевом тендобурсите; 4 — при тендовагинитах I пальцев.



дневно с последующей иммобилизацией кисти и пальцев гипсовой лонгетой.

Распространенный гнойный тендовагинит лечат в стационаре оперативным методом. Используют регионарную внутрикостную анестезию с добавлением к раствору новокаина антибиотиков. При тендовагините II, III, IV пальцев производят разрез переднебоковой поверхности проксимальной фаланги, не доходя до межфаланговой складки. Раздвигают края кожной раны и тупо обнажают сухожильное влагалище желтовато-серого цвета. Его продольно вскрывают, не повреждая кольцевидные связки и само сухожилие. При этом выделяется несколько капель гноя. Второй аналогичный разрез делают на противоположной стороне пальца. Синовиальное влагалище промывают раствором фурацилина. Если сухожилие сохранило блеск и упругость, то после промывания вводят антибиотики, накладывают повязку на палец и гипсовую лонгету. Применяют повторные промывания сухожильного влагалища, антибиотикотерапию.

Если же после вскрытия синовиального влагалища выделяется комковидный гной, сухожилие мутное, отечное, то, значит, оно омертвело и подлежит иссечению в пределах здоровых тканей. Если некроз распространяется в проксимальном направлении дальше разреза, то дистальный отдел сухожилия пересекают. Затем производят другой поперечный разрез на ладони у основания пальца, обнажают и вскрывают проксимальный заворот синовиального влагалища, отсекают пораженное сухожилие (обычно глу-

бокого сгибателя) и извлекают резецированный участок через дистальную рану на пальце. Если в ладонной ране гноя не было, то проксимальный конец оставшейся части сухожилия подшивают к апоневрозу и накладывают кожные швы. После тщательной обработки раны на пальце перекисью водорода желательно фиксировать дистальный конец сухожилия сгибателя к задней стенке синовиального влагалища. Затем накладывают повязку. Иммобилизацию осуществляют в функционально выгодном положении. Сроки лечения 4—6 нед.

Наиболее частые последствия перенесенного сухожильного панариция — контрактура межфаланговых суставов или анкилоз их. В процессе развития тендовагинит осложняется прорывом гноя наружу с образованием свищей, прорывом гноя по каналам червеобразных мышц на тыл кисти, трофическими расстройствами, лимфангитом, вторичным остеомиелитом фаланги и др. Осложнения обусловлены преимущественно поздним обращением и длительным безуспешным консервативным лечением, нерадикальной операцией и недостаточной иммобилизацией.

Тендовагинит V пальца, локтевой тенобурсит

Переход сухожильного влагалища сгибателей V пальца непосредственно в локтевую синовиальную сумку обуславливает быстрое распространение инфекции при гнойном воспалении сухожилия сгибателей V пальца и развитие тендовагинита, и локтевого бурсита. Таким образом, гнойный процесс может распространяться на ладонь, запястье, дистальный отдел предплечья с последующим прорывом гноя в пространство Пирогова. В этих случаях показано стационарное лечение.

В фазу серозного воспаления проводят регионарную пролонгированную антибиотикотерапию, применяют протеолитические ферменты. В гнойно-некротической фазе воспаления вскрывают локтевую синовиальную сумку в условиях кратковременного наркоза или под внутрикостной анестезией. Разрезом длиной 4 см проксимальнее складки между IV и V пальцами вдоль лучевого края гипотенара обнажают ладонный апоневроз и рассекают его по зонду. Локтевую синовиальную сумку вскрывают по медиальному краю ее, удаляют гной, промывают раствором фурацилина, вводят антибиотики, накладывают повязку и гипсовую лонгету.

При прорыве гноя в пространство Пирогова его дренируют. Разрез кожи производят проксимальнее головки локтевой кости сверху длиной 8 см. Глубже ткани разделяют преимущественно тупо или с использованием изогнутого зажима Бильрота. У обнаженного края локтевой кости надсекают фасцию, раздвигают мышцы (локтевой сгибатель запястья и глубокий сгибатель пальцев) и проникают в пространство Пароны—Пирогова, дном которого является квадратный пронатор, а спереди — длинный сгибатель большого пальца и глубокий сгибатель пальцев. Эвакуируют гной, пространство промывают раствором фурацилина. По лучевому краю предплечья производят контррапертуру, выпячивая кожу зажимом, введенным через имеющуюся рану и пространство Пароны—Пирогова. В обе раны вставляют выпускники из резиновой перчатки. Накладывают повязку и гипсовую лонгету. Во время перевязок рану повторно промывают, в полость вводят антибиотики, трипсин.

Тендовагинит I пальца, лучевой тенобурсит

Как и при локтевом тенобурсите, эти больные подлежат госпитальному лечению. Под наркозом или внутрикостной анестезией производят вскрытие синовиальной сумки. Кожу рассекают по локтевому краю возвышения I пальца и тупо раздвигают ткани, обнажая синовиальное влагалище длинного сгибателя большого пальца. Влагалище продольно вскрывают, промывают раствором фурацилина. Если сухожилие сохранило жизнеспособность, вводят антибиотики и накладывают повязку. Омертвевшее сухожилие иссекают. Если гнойный процесс распространился проксимальнее, то вскрывают на предплечье лучевую синовиальную сумку или пространство Пароны—Пирогова. Во время перевязок вновь промывают синовиальное влагалище, применяют антибиотики, протеолитические ферменты.

Сухожильный панариций I пальца осложняется прорывом гноя в пространство Пароны—Пирогова реже, чем при локтевом тенобурсите. Анатомо-функциональные нарушения после перенесенного лучевого тенобурсита проявляются преимущественно в виде контрактуры пальца. Особенно неблагоприятна контрактура в области запястно-пястного сустава при фиксации пальца в функционально невыгодном положении. Это следует иметь в виду при длительной иммобилизации пальца во время лечения.

Пандактилит

Наиболее тяжелая форма панариция — пандактилит с вовлечением в гнойно-некротический процесс всех тканей пальца: кожи, подкожной жировой клетчатки, сухожилий, суставов, костей. Он развивается обычно как следствие неправильного лечения ограниченных форм панариция (позднее и недостаточное вскрытие без обеспечения адекватного оттока гноя, поздняя диагностика глубоких форм панариция, отсутствие контроля за состоянием раны и самого пальца в послеоперационном периоде и др.), а также позднего обращения больного к врачу, несоблюдения врачебных предписаний после операции, самовольных длительных перерывов в посещении поликлиники и проведении перевязок.

Лечение пандактилита стационарное. Широким разрезом обнажают и иссекают некротизированные ткани (кожу, клетчатку, сухожилия, участки кости) и обеспечивают свободный отток гноя. Во время последующих перевязок рану промывают антисептиками, вводят антибиотики, ферменты. Обязательна иммобилизация кисти и пальцев. По стихании гнойно-воспалительного процесса проводят дополнительное иссечение омертвевших тканей, ампутацию или экзартикуляцию пальца. Нередко его удается сохранить.

Почти закономерны контрактура пальца и анкилоз суставов вследствие омертвления сухожилий и поражения гнойным процессом межфаланговых и пястно-фаланговых суставов. Иммобилизацию пальцев необходимо проводить в функционально выгодном положении (умеренное сгибание).

*

* *

Важное практическое значение имеют профилактика панариция, проведение мероприятий по санитарному просвещению, особенно на промышленных предприятиях и среди работников сельского хозяйства, в воинских коллективах. Ведущую роль в этой профилактике играет предупреждение и лечение микротравм кисти и пальцев, гигиенический уход за руками. Способствуют возникновению микротравм плохие санитарно-технические условия на рабочих местах, захламленность их, неисправность станков и инструментов, плохая освещенность, отсутствие,

неисправность или неиспользование положенной спецодежды, в частности рукавиц.

Простое мытье рук горячей водой с мылом — существенный элемент среди мер по предупреждению осложнений микротравм пальцев и кисти. Следует добиваться оборудования цехов, мастерских, автопарков душевыми установками или умывальниками с постоянной подачей горячей и холодной воды, чтобы в любое время работающие могли вымыть руки с мылом, отмыть мазут и другие загрязнения. На рабочих участках следует иметь аптечки для оказания первой помощи при микротравмах (перевязочный материал, настойка йода, клей БФ-6 и др.). Существенное значение имеет санитарное просвещение, инструктаж работников о порядке и правилах оказания первой помощи при возникновении микротравм: мытье рук в горячей проточной воде с мылом, просушивание, смазывание поврежденных пальцев и кисти раствором йода и нанесение пленкообразующих жидкостей или клея БФ-6.

Профилактические мероприятия в условиях амбулатории заключаются в обработке кожи пальца и кисти бензином или 0,5% раствором нашатырного спирта с удалением загрязнений, особенно маслянистых; срезании ногтей и удалении грязи под ними. Руки моют теплой водой с мылом. Просушивают полотенцем, поврежденные места обрабатывают антисептиком. Срезают поврежденный, нависающий эпидермис с целью обеспечения свободного оттока раневого экссудата. Затем поврежденный палец помещают на 10—15 мин в стаканчик со спиртом для дубления кожи и подавления проникших микробов антисептиком.

Накладывают повязку с иммобилизацией пальца плоской картона или проволочной шиной.

Хороший эффект дает также наложение полуспиртового компресса на поврежденный палец. Небольшой комок ваты смачивают 50% спиртом и помещают преимущественно только на область микротравмы, покрывают сверху несмачивающейся бумагой, куском полиэтиленовой или другой пленки, которую на пальце фиксируют бинтом с иммобилизирующей картонкой, пластинкой, проволочной шиной.

При благоприятном течении воспалительного процесса на следующий день обрабатывают поврежденный участок антисептиком и накладывают обычную повязку. Кисть и предплечье подвешивают на косынку. Повязку

можно с успехом заменить каплей клея БФ-6, который образует пленку и надежно защищает место повреждения кожи, не мешая в работе.

ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН КИСТИ

По локализации различают глубокие и поверхностные флегмоны кисти. Гнойное воспаление подкожной жировой клетчатки снаружи от ладонного апоневроза относят к поверхностной флегмоне, или надaponевротической. Глубокие флегмоны располагаются под ладонным апоневрозом. Наиболее часто наблюдаются флегмоны межпальцевых клетчаточных пространств и ладонные мозольные абсцессы, относящиеся к поверхностным формам гнойных заболеваний кисти. Типичные разрезы при различных видах флегмон указаны на рис. 47.

Ладонный мозольный абсцесс

Ладонный мозольный абсцесс по частоте занимает второе место после межпальцевой флегмоны. Под толстой мозолью вследствие продолжающейся травматизации рабочим инструментом скапливается серозный экссудат, который со временем нагнаивается, но не может прорваться наружу через орозоленную эпидермис.

Расплавляется подлежащая кожа и гной проникает в подкожную жировую клетчатку на уровне головок пястных костей. Развивается поверхностная (надaponевротическая) флегмона, которая сообщается с мозольным

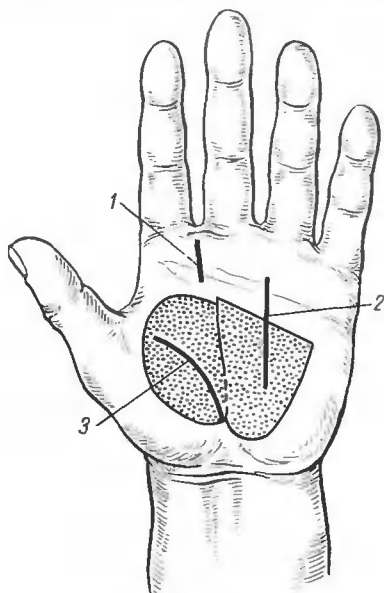


Рис. 47. Типичные разрезы при флегмонах кисти.

1 — при межпальцевой (комиссуральной); 2 — при флегмоне срединного ладонного пространства; 3 — при флегмоне тенара.

абсцессом кожным свищевым ходом — гнойник приобретает вид запонки. Со временем гной распространяется в клетчатку межпальцевых пространств и на тыл кисти по ходу червеобразных мышц.

Лечение мозольного абсцесса амбулаторное. Если нет признаков распространения гнойного процесса на подкожную жировую клетчатку, вскрытие мозольного абсцесса можно произвести без специального обезболивания: остроконечными ножницами или скальпелем подсекают у основания мозоль, край ее захватывают пинцетом (зажимом), поднимают и иссекают по всей окружности. Вскрытую полость абсцесса просушивают, обрабатывают антисептиками и закрывают повязкой. Руку подвешивают на косынку. Дальнейшее лечение проводят мазевыми повязками. Особо внимательно следует осмотреть дно абсцесса после удаления мозоли, чтобы не пропустить возможного свищевого хода под кожу.

Межпальцевые (комиссуральные) флегмоны

Наиболее частое осложнение мозольного абсцесса — флегмоны межпальцевых клетчаточных пространств кисти, ограниченных апоневротическими перемышками-комиссурами. Возникают эти флегмоны также вследствие микроtraum — проколов, трещин, порезов, ссадин.

Лечение амбулаторное. Больного укладывают на перевязочный (операционный) стол, руку и кисть помещают на специальную подставку или столик. Обезболивание внутрикостное (раствор новокаина с антибиотиками) с регионарным пролонгированием под жгутом. Возможно применение кратковременного наркоза или проводниковой новокаиновой анестезии с дополнительным внутрикожным введением раствора новокаина по линии разреза.

Преимущественно производят продольный разрез над флюктуирующей зоной максимальной болезненности в проекции межпальцевых промежутков на кисти. Рассекают только кожу. Далее тупо зажимом разделяют клетчатку и удаляют гной. Рану промывают антисептиками (раствором фурацилина). Оставляют в ране резиновый выпускник и накладывают повязку. Иммобилизация обязательна (гипсовая лонгета). Осложнения комиссуральной флегмоны: переход гнойного процесса на глубокие клетчаточные пространства кисти, грубые стягивающие рубцы, тугоподвижность суставов, трофические расстройства.

Глубокая флегмона срединного ладонного пространства кисти

Это флегмона клетчаточного пространства ладони между глубокой фасцией, покрывающей пястные кости, и сухожилиями сгибателей пальцев на ладони. От пространства тенара она отграничивается фасциальной перемычкой, соединяющей локтевую синовиальную сумку с III пястной костью. Гнойный процесс в срединном ладонном пространстве развивается после ранений, проникающих в эту область, или как осложнение поверхностных флегмон кисти, панариция, локтевого теносурита.

Применяют внутрикостную или проводниковую анестезию с добавлением к раствору новокаина антибиотиков или кратковременный наркоз. Разрез длиной 4—5 см производят в проекции третьего межпястного промежутка, начиная от дистальной ладонной складки по направлению к запястью. Рассекают кожу и подкожную жировую клетчатку.

Глубже подлежат ладонный апоневроз и сухожилия сгибателей пальцев. Апоневроз рассекают на введенном под него у дистального угла раны желобоватым зонде или изогнутом зажиме Бильрота во избежание повреждения поверхностной артериальной ладонной дуги. Далее этим же зажимом раздвигают сухожилия III и IV пальцев и проникают в среднее ладонное клетчаточное пространство, опорожняют его от гноя, промывают раствором фурацилина.

Проверяют гнойную полость, наличие возможных затеков на тыл кисти и проксимально в пространство Пароны — Пирогова. Иногда гной локализуется только над сухожилиями сгибателей пальцев, тогда вскрывать клетчаточное пространство под ними не следует. Завершают операцию введением в рану выпускников из перчаточной резины или вставляют микроирригаторы для промывания полости антисептиками и антибиотиками в послеоперационном периоде. Имобилизация обязательна (гипсовая лонгета, подвешивание на косынке). Особое значение имеет строгое соблюдение асептики при перевязках, чтобы не допустить повторного инфицирования глубокого ладонного пространства.

После выписки из стационара продолжают амбулаторное лечение в течение еще 3—4 нед.

Флегмоны тыла кисти

Относительно редко встречающиеся флегмоны тыла кисти вскрывают продольными разрезами над наибольшим выпячиванием гнойного очага, но преимущественно в проекции межпястных промежутков, чтобы не обнажать сухожилия разгибателей. Рану дренируют полосками перчаточной резины, накладывают повязку, гипсовую лонгету. Ограниченные флегмоны тыла кисти можно лечить амбулаторно. Если гнойный процесс распространился на тыл кисти с ладонных клетчаточных пространств, то после вскрытия их производят дополнительные разрезы на тыле кисти с дренированием гнойных очагов.

Глава 7

ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И НЕГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ И КОСТЕЙ В ОБЪЕМЕ МАЛОЙ ХИРУРГИИ

Перечисленные в заглавии заболевания занимают ведущее место в амбулаторно-поликлинических учреждениях по частоте применения оперативных методов лечения, уступая лишь гнойным заболеваниям кожи и подкожной жировой клетчатки. Некоторые из этих операций производят как в амбулаторных условиях, так и в стационаре в зависимости от выраженности и распространенности патологического процесса и от профессиональной подготовки хирурга. Проведение этих операций в амбулаторных условиях возможно только при обеспечении надлежащей асептики в операционной. Следует подчеркнуть, что все удаленные хирургическим методом опухолевые образования подлежат гистологическому исследованию. Заключение по этому исследованию подклеивают в операционный журнал или переписывают в него.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНО РАСПОЛОЖЕННЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Липома. Доброкачественные опухоли из жировой ткани — липомы, встречаются во всех областях тела, где есть жировая клетчатка, но наиболее часто наблюдаются под кожей боковой стенки груди, подмышечной ямки, спины,

лица. Размеры липомы могут варьировать от величины малой горошины до больших конгломератов массой в несколько килограммов. Размеры и локализация липомы определяют показания к оперативному лечению. Такими показаниями служат косметические неудобства, затруднение в ношении одежды и выполнении определенных видов работы.

Крупные по размерам липомы, расположенные глубоко или в опасных зонах, подлежат удалению в хирургическом стационаре. Большинство же больных с липомами оперируют амбулаторно. Вмешательство производят под местной инфильтрационной анестезией. Инфильтрируют кожу раствором новокаина по линии предстоящего разреза и вводят его в окружающую опухоль клетчатку. Длина разреза должна соответствовать размерам липомы, обеспечивая вывихивание ее в рану. Направление разреза определяется конфигурацией опухоли и косметическими соображениями, особенно на лице.

Рану разводят крючками и выделяют опухоль начиная с наиболее доступного ее полюса. Лучше это делать тупо, разводя бранши кровоостанавливающего зажима Бильрота. Мобилизованный полюс липомы прошивают, лигатуры берут на зажим и оттягивают опухоль. Этот прием облегчает дальнейшее выделение ее. Имеющиеся рыхлые сращения обычно легко разделяются зажимом или пальцем. После удаления опухоли осуществляют гемостаз. Рану ушивают послойно: на подкожную жировую клетчатку накладывают кетгутовые швы, на кожу шелковые или капроновые (рис. 48). Между швами оставляют в качестве выпускника полоску перчаточной резины, которую удаляют на следующий день. Швы на лице снимают на 5—6-е сутки, на спине — через 7—9 дней.

Если во время операции тонкая капсула липомы разрывается и прорезываются швы-держалки, то опухоль удаляют по частям или прошивают новой нитью. Следует стремиться удалить все отроги липомы, проникающие в межфасциальные щели. Большие полости после удаления липомы дренируют трубкой. Для этого делают дополнительный разрез-прокол у дна полости. Трубку оставляют открытой под повязкой или подключают к сжатому резиновому баллону по Субботину—Редону. Дренажную трубку удаляют через 1—2 сут в зависимости от количества поступающего раневого отделяемого.

Фиброма — доброкачественная опухоль из зрелой волокнистой соединительной ткани, наблюдается в разных

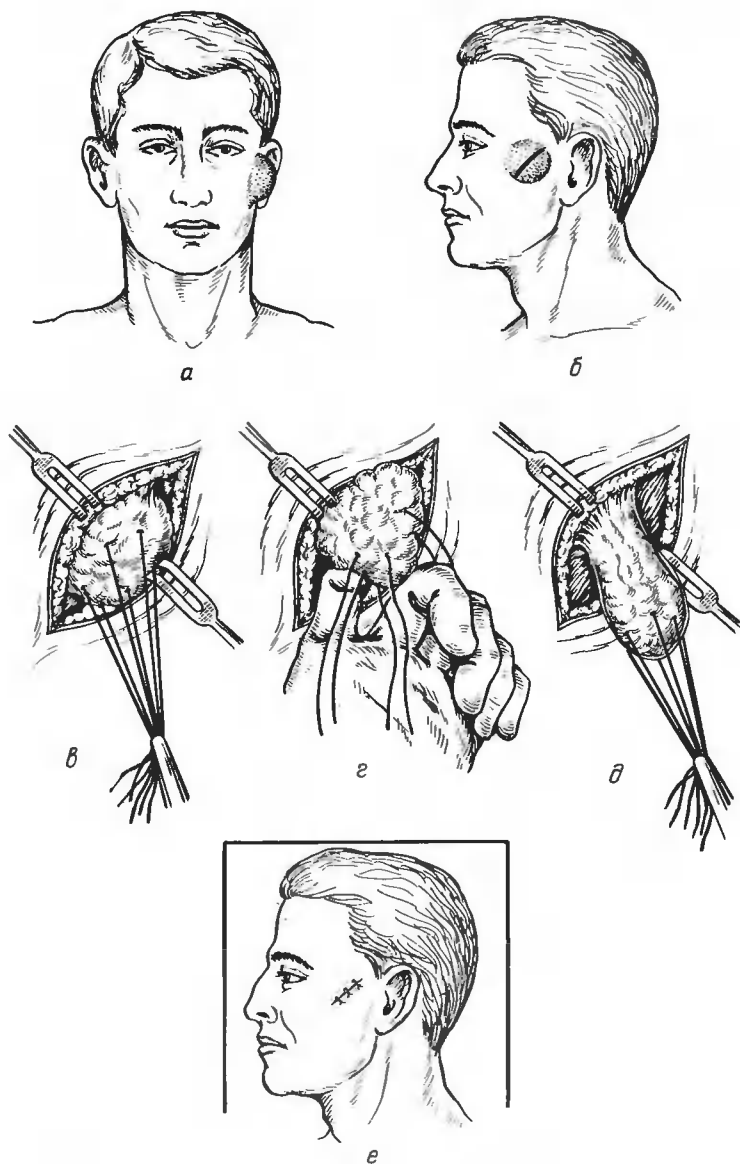


Рис. 48. Удаление липомы.

a — липома лица; *б* — разрез кожи; *в* — наложение швов-держалок на опухоль; *г, д* — выделение и удаление опухоли; *е* — швы на кожную рану.

областях тела, чаще исходит из поверхностной фасции. Нередко фиброма сочетается с другими тканями, образуя фибролипомы, фибромиомы, фиброаденомы. По консистенции различают плотные фибромы (из волокнистой соединительной ткани) и мягкие — из менее зрелой соединительной ткани, обедненной волокнистой субстанцией. Мешающие движениям, ношению одежды или причиняющие косметические неудобства фибромы подлежат удалению оперативным путем.

Применяют местную инфильтрационную анестезию 0,5% раствором новокаина по линии разреза и в окружности опухоли. После обнажения ее прошивают лигатурой, подтягивая за которую продолжают выделение фибромы из окружающих тканей, особенно когда она длительно травмировалась и развились рубцовые сращения. Гемостаз после удаления опухоли осуществляют прижатием марлевым шариком; если это не удается, то сосуд в клетчатке прошивают кетгутовой лигатурой и перевязывают. Если капиллярное кровотечение не полностью остановилось или стенки раны недостаточно соприкасаются, то между швами оставляют в ране выпускник из перчаточной резины на 1—2 дня. Перевязку и контроль раны осуществляют на следующий день, а затем по показаниям. Швы снимают на 7—8-е сутки.

Атерома. Атерома не является истинной опухолью. Это ретенционная киста кожной сальной железы, возникающая вследствие закупорки ее выводного протока. Секрет железы, не имея выхода, скапливается, раздвигает ткань самой железы, уплотняется и приобретает вид желтоватой, слоистой кашицеобразной массы. Атеромы преимущественно локализуются на лице, волосистой части головы, спине. При пальпации опухоль неотделима от кожи, так как исходит из нее, смещается вместе с ней. Показанием к операции служат обычно косметические соображения при локализации атеромы на лице и повторные нагноения, в частности после вскрытия гнойника. Радикальное вмешательство показано только в «холодном» периоде.

Лечение амбулаторное. Под местной инфильтрационной анестезией рассекают кожу над атеромой, стараясь не вскрыть ее, т. е. не повредить капсулу. Затем всю кисту с капсулой тупым и острым путем выделяют из окружающих тканей и удаляют целиком. Если же капсула повредилась, то содержимое атеромы самостоятельно выделяется через рану. Задача состоит в удалении не только

содержимого, но и капсулы, иначе неизбежен рецидив атеромы. Стенки кисты удаляют в этих случаях общей массой или по частям, захватывая отдельные участки зажимом. Осуществляют гемостаз. Обрабатывают образовавшуюся полость спиртом и ушивают, оставляя на сутки резиновую полоску-выпускник.

Нередко участок кожи над атеромой значительно истончен, отделить его от кисты невозможно. В этих случаях производят два полуовальных разреза, окаймляющих измененный участок кожи, и удаляют его вместе с атеромой. Опухоль иногда нагнаивается, при этом кожа становится гиперемированной, увеличивается окружающая инфильтрация, появляется болезненность и флюктуация в центре. Вследствие истончения кожи такая атерома может самостоятельно вскрыться, гной и содержимое кисты выделяется через образовавшийся свищ. Затем, свищ закрывается, воспалительные изменения идут на убыль. Однако со временем атерома вновь рецидивирует. Чаще приходится оперативным путем вскрывать нагноившуюся атерому и дренировать. Удалять все оболочки в условиях гнойного воспаления не следует. Делают это после стихания острого воспаления.

Гломусные опухоли. Встречаются редко и возникают из артериовенозных анастомозов — гломусных клубочков. Локализуются они обычно в ногтевом ложе пальцев кисти и преимущественно у женщин. Отличается эта маленькая опухоль очень острой болью приступообразного характера. Боли могут появляться задолго до обнаружения самой опухоли. Сама опухоль имеет вид темно-красного пятна диаметром около 2—3 мм, просвечивающего через ногтевую пластинку. Лечение оперативное. Под местной анестезией по Лукашевичу удаляют ноготь и иссекают участок ногтевого ложа вместе с опухолью. Во избежание обезображивающей деформации вновь растущего ногтя дефект ногтевого ложа ушивают тонкими нитями, а удаленную ногтевую пластинку укладывают на свое место в качестве шины-направителя для нового ногтя.

Малые операции на молочной железе

Среди доброкачественных опухолей молочной железы наиболее часто встречается **фиброаденома**. Состоит она из соединительнотканых и железистых элементов. Длительно существующие фиброаденомы иногда могут злокачественно перерождаться. В связи с этим наличие установ-

ИТ

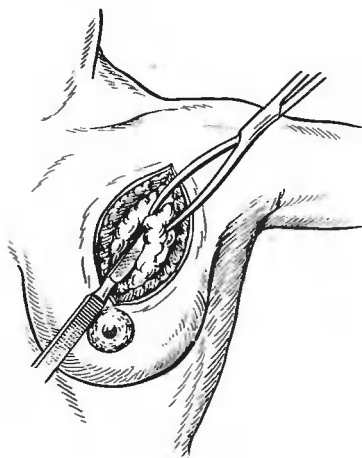
ленной фиброаденомы уже является показанием к оперативному лечению. Технически это вмешательство может быть выполнено в амбулаторных условиях. Однако непременным условием является обеспечение срочного гистологического исследования удаленного препарата. Если такое исследование невыполнимо, то больную следует направлять в хирургический стационар.

Анестезия местная инфильтрационная. Разрез производят в радиальном направлении соответственно с размерами опухоли и отступя 1,5—2 см от соска. Рассекают кожу и подкожную жировую клетчатку. Иссечение только самой опухоли нерационально, так как можно оставить небольшие отроги ее в окружающей ткани железы. В связи с этим производят секторальную резекцию молочной железы в пределах здоровых тканей с опухолью в середине удаляемого препарата. Саму опухоль удобно захватить зажимом или прошить толстой лигатурой. Подтягивая за нее, производят иссечение сектора железы с опухолью.

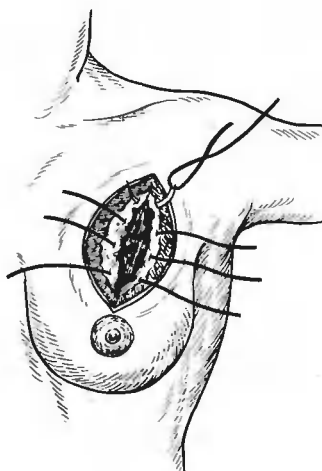
Кровоточащие сосуды прошивают и лигируют. Во избежание формирования замкнутой полости в железе после удаления препарата и наложения кожных швов ушивание раны следует производить начиная с самых глубоких ее отделов. Для этого используют круглую иглу соответствующих размеров и прошивают вначале правый край раны железы с поверхности в ее глубину до самого дна. Выкол иглы производят из глубины левого края раны железы на переднюю поверхность. При затягивании таких швов края раны сближаются на всю глубину и образовавшаяся полость ликвидируется (рис. 49).

Несмотря на это, в послеоперационном периоде в ране скапливаются кровь, раневой экссудат, что создает благоприятные условия для нагноения или удлинения сроков заживления. В связи с этим между швами в ране целесообразно оставлять тонкую дренажную трубку или полоску-выпускник из перчаточной резины. Кожную рану ушивают полностью. перевязки осуществляют на следующий день. Если отделяемое из раны по дренажу небольшое, то трубку можно убрать, предварительно надавив пальцами с боков на рану для удаления остатков экссудата. Дальнейшие перевязки производят по показаниям. Швы снимают на 7-е сутки.

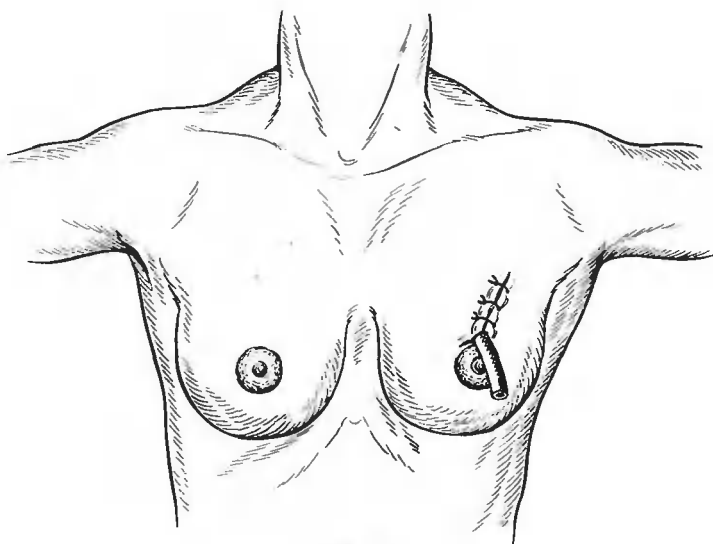
Гинекомастия — опухолевидное разрастание молочной железы у мужчин, в сущности представляет собой гипертрофию железистой ткани с одной или обеих сторон на фоне снижения гормональной функции яичек. Предваритель-



a



b



в

Рис. 49. Секторальная резекция молочной железы при фиброаденоме. *a* — фиксация участка железы с опухолью зажимом и иссечение его; *b* — ушивание образовавшегося дефекта в ткани железы; *в* — швы на кожу с оставлением дренажа.

тельно проводят консервативное лечение, которое заключается в назначении двухмесячного курса терапии метилтестостероном по 0,005 г 2 раза в день под язык. Если гормональная терапия неэффективна и железа продолжает увеличиваться или есть подозрения на рак, то показано оперативное лечение. Следует иметь в виду возможность злокачественного перерождения, поэтому тактика врача должна быть такой же, как по отношению к фиброаденоме железы.

Под местной инфильтрационной анестезией 0,5% раствором новокаина, включая введение его и под железу, производят дугообразный разрез по ее нижнему краю. Кожу отделяют кверху. Железу захватывают зажимом и, натягивая, выделяют из окружающих тканей и удаляют (рис. 50). Показано срочное гистологическое исследование удаленного препарата. Кожный лоскут укладывают на свое место и рану ушивают, оставляя между швами дренажную трубку. Выделяющийся из раны экссудат по дренажу сорбируется в повязку. Перевязку производят на следующий день. Дренаж по показаниям оставляют еще на сутки или удаляют.

Втянутый сосок молочной железы является врожденной аномалией, при которой сосок погружен в железу в виде пупка, и кормление ребенка грудью практически становится невозможным. Хирургическую коррекцию производят в половозрелом возрасте, лучше до периода беременности. Цель операции — хирургическим путем создать сосок, пригодный для кормления ребенка. Предложено несколько видов операций. Наиболее простую из них — по Шепельману — можно выполнить амбулаторно. Производят местную инфильтрационную анестезию кожи и подкожной жировой клетчатки циркулярно вокруг ареолы 0,5% раствором новокаина. На 1 см выше ареолы проводят полуовальный разрез кожи, выпуклостью кверху, длиной 3 см. Аналогичный разрез длиной 3—4 см проводят на 2 см ниже ареолы, выпуклостью книзу. В глубину разрезы доходят до фасции. Сосок временно прошивают прочной нитью и, подтягивая за нее, пересекают соединительнотканые волокна, фиксирующие сосок. Вследствие этого сосок вытягивается вперед. Продолжая его удерживать за нить с помощью ассистента, хирург производит пластическое ушивание раны не поперек, а вдоль разреза. В результате линия разреза, нанесенного в горизонтальном направлении, становится вертикальной, кожа и соединительнотканые тяжи у ареолы собираются в склад-

НО

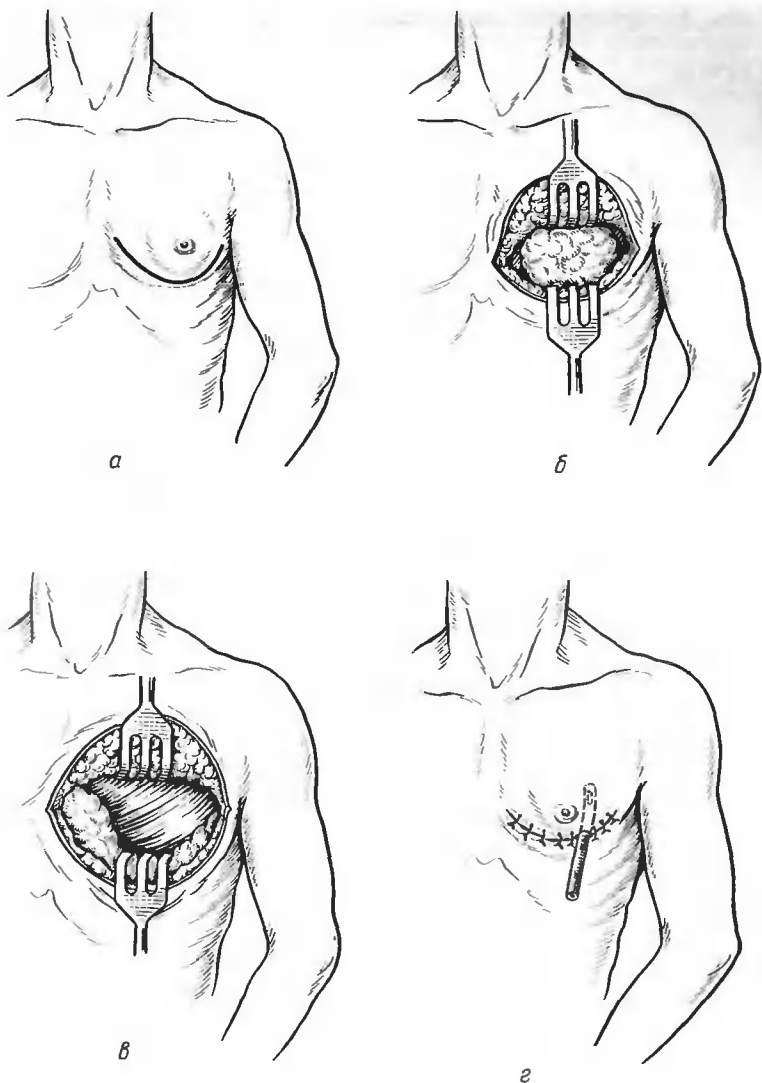


Рис. 50. Удаление молочной железы при гинекомастии.
a — разрез кожи; *б* — разведение раны и обнажение железы; *в* — вид раны после удаления молочной железы; *г* — швы на кожу с оставлением в ране дренажной трубки.

ки, а сам сосок выпячивается наружу. Очень важно тщательное соблюдение асептики. Швы снимают на 9-е сутки.

МАЛАЯ ХИРУРГИЯ СЛИЗИСТЫХ СУМОК, СВЯЗОК, СУХОЖИЛИЙ

Хронический бурсит (гигрома)

В результате постоянной травматизации слизистых сумок в области суставов при однообразных движениях во время работы развивается асептическое воспаление — хронический бурсит, или гигрома. Чаще поражаются слизистые сумки в области надколенника и локтя. Стенка сумки утолщается, в просвете скапливается прозрачная тягучая жидкость, отсюда и название — гигрома. Лечение заключается в предотвращении повторной травматизации сумки во время работы, защите повреждаемых участков конечности повязкой, пластырем, матерчатым надколенником. Производят пункции сумки. Применяют относительно толстую иглу, отсасывают жидкость и вводят в полость 25 мг гидрокортизона с добавлением нескольких миллилитров 0,5% раствора новокаина. Пункцию повторяют через 4 дня 2—3 раза. Для усиления адгезивного процесса в полость сумки вводят спирт.

Если консервативная терапия не приносит успеха или имеются отложения солей извести в сумке, то ее следует удалить оперативным путем. Используют инфильтрационную анестезию 0,5% раствором новокаина. Проводят подковообразный разрез кожи, окаймляющий сумку с боков и у дистального края, чтобы последующие рубцы не были на рабочей поверхности. Отсепаровывают кожный лоскут, обнажают наружную стенку сумки. Ее выделяют из окружающих тканей и удаляют. Следует иметь в виду, что слизистая сумка может сообщаться с полостью сустава, поэтому особенно важно соблюдение правил асептики. Рану зашивают с оставлением на сутки резинового выпускника. Накладывают давящую повязку на рану и область сустава.

При гигроме локтевой сумки руку фиксируют к дуге операционного стола в положении больного на противоположном боку или плечо помещают на подставку для руки в положении больного на животе, а предплечье свешивается со столика вниз. Проводят дугообразный разрез длиной 6—7 см на 2 см выше (проксимальнее) локтевого

отростка по задней поверхности плеча. Кожный лоскут тупо и остро отделяют в дистальном направлении от капсулы слизистой сумки. Затем ее выделяют с боков. Наибольшие трудности встречаются в отделении передней стенки сумки, сращенной с надкостницей локтевой кости.

Для облегчения этого этапа операции применяют гидравлическую препаровку. Край сумки приподнимают и натягивают тупфером или за прошивную лигатуру. Между стенкой сумки и подлежащими тканями вводят раствор новокаина с известным усилием. Создается инфильтрат из раствора новокаина, который оттесняет стенку сумки и облегчает затем ее отделение преимущественно с помощью скальпеля или ножниц. Манипуляции необходимо проводить под контролем зрения, чтоб не повредить надкостницу. Кровотечение останавливают прижатием марлевым шариком или прошиванием лигатурой.

Между швами оставляют тонкую дренажную трубку на 1—2 сут для эвакуации раневого экссудата. Рану ушивают, стараясь ликвидировать остаточные полости на месте бывшей слизистой сумки. Для этого накладывают дополнительно кетгутовые швы на подкожную фасцию. Затем накладывают давящую повязку на область локтевого сустава и производят иммобилизацию гипсовой лонгетой. Швы снимают на 9—10-й день.

Ганглий

В амбулаторной практике нередко наблюдаются большие с ограниченной одиночной округлой доброкачественной опухолью в области тыла или ладонной поверхности запястья — так называемым ганглием. Это опухолевидное кистозное образование в синовиальной оболочке сухожильного влагалища или суставной капсуле. Стенка кисты фиброзная, а полость содержит студенистую массу, которая, накапливаясь, создает повышенное давление в полости и впечатление плотного образования при пальпации.

С лечебной целью широко применялось раздавливание ганглия через кожу, отсасывание его содержимого при пункции толстой иглой. Однако, как правило, при этом получали только временный эффект, ганглий рецидивировал в 80—90% случаев. Радикальным может быть только оперативное лечение, которое, однако, не относится к категории простых вмешательств. Сложность состоит в необходимости удаления как основного ганглия, так и сопутствующих мелких кист, являющихся источником последующих рецидивов.

Применяют местную инфильтрационную новокаиновую анестезию по линии разреза и в окружности ганглия.

Е. В. Усольцева и К. И. Машкара (1986) рекомендуют поперечный разрез в области запястья по ходу кожных складок. Он обеспечивает хороший доступ и дает лучший в косметическом отношении рубец. Тщательно соблюдают правила асептики из-за возможного вскрытия синовиального влагалища или полости сустава, попадание микробов в которые вызывает серьезные осложнения. Ганглий иссекают. Важно тщательно осмотреть капсулу сустава или сухожильное влагалище в окружности основания удаленного ганглия в поисках мелких появляющихся кист. Эти кистозные образования рассекают и стенки их подшивают к капсуле, обеспечивая возможность всасывания содержимого в клетчатку. Кожную рану ушивают, оставляя иногда на сутки выпускник из перчаточной резины. Накладывают повязку и гипсовую лонгету на 1,5–2 нед.

Контрактура Дюпюитрена

Рубцовая деформация ладонного апоневроза — контрактура Дюпюитрена, наблюдается преимущественно у мужчин в возрасте 50–60 лет. В основе патологического процесса лежит коллагеново-рубцовая дисплазия ладонного апоневроза и его ретракция.

В начальных стадиях заболевания применяют настойчивую консервативную терапию в виде систематических парафиновых аппликаций, озокерита, грязей на ладонную поверхность в сочетании с электрофорезом лидазы, гиалуронидазы, йода. Применяют также диадинамические токи. Эффективна УВЧ-терапия. В домашних условиях проводят повторные горячие ванны для кисти с одновременными движениями пальцев под водой, массажем пораженных участков ладони. В начальных стадиях консервативной терапией удастся замедлить прогрессирование патологического процесса, размягчить фиброзные тяжи. Радикальным может быть лишь оперативное лечение — иссечение пораженного патологическим процессом ладонного апоневроза.

Показание к операции — функциональная недостаточность кисти, ограничение движения пальцев, работоспособности. При выраженном поражении ладонного апоневроза, контрактуре Дюпюитрена III степени, операцию производят в стационарных условиях. За несколько дней до операции больной ежедневно моет кисти горячей

водой с мылом и щеткой. Применяют также парафиновые аппликации для размягчения кожи.

Используют проводниковую анестезию срединного и локтевого нервов или внутрикостную анестезию с наложением жгута на предплечье. На ладони над измененным апоневрозом проводят Z-образный разрез кожи, при необходимости дополняют его боковыми разрезами на пальцах. Рассекают только кожу и отсепааровывают ее в обе стороны с образованием двух больших ладонных лоскутов. Обнажают почти полностью ладонный апоневроз. Под него в дистальном отделе подводят зажим Бильрота и рассекают в поперечном направлении. Края апоневроза берут зажимом, приподнимают и постепенно иссекают, отделяя от подлежащих тканей в пределах здоровых его участков. Иссекают также апоневротические тяжи, идущие на пальцы. Для этого используют как ладонный доступ, так и дополнительные боковые разрезы на пальцах. Поперечный разрез по ходу дистальной ладонной складки создает недостаточный доступ к апоневрозу.

Некоторые авторы считают целесообразным иссекать весь апоневроз, в том числе и неизменный, так как возможны в будущем его рубцовое перерождение и рецидив контрактуры. Иссекают также фиброзные тяжи, идущие от апоневрозов вглубь. Уделяют внимание тщательному гемостазу. Рану зашивают с обеспечением адаптации краев. Целесообразно оставить между швами резиновый выпускник. Иммобилизация обязательна — гипсовая лонгета на пальцы, кисть и предплечье. Через неделю начинают движения пальцами, постепенно расширяя амплитуду. Иммобилизацию прекращают через 1,5 нед и назначают дозированную лечебную физкультуру. Общий срок послеоперационного лечения составляет 1 мес.

При относительно ограниченных формах контрактуры Дюпюитрена, во II ее стадии оперативное лечение проводят в поликлинике, если это позволяют условия и профессиональная подготовка хирурга. Рациональная методика операции предложена Е. В. У сольце вой (1986). Проводят поперечный разрез кожи длиной 4—5 см у основания ладони между возвышениями I и V пальцев. Обнажают конус ладонного апоневроза. Отсепааровывают проксимальный край раны и захватывают зажимом суженную часть апоневроза возможно дальше и пересекают его на уровне перехода в сухожилие длинной ладонной мышцы. Дистальную часть пересеченного апоневроза приподнимают на зажиме и отделяют от короткой ладонной мышцы в области

возвышения V пальца от подлежащей клетчатки и сухожильных влагалищ. Трапециевидный конус апоневроза дистальнее отсекают.

После этого разгибание пальцев стайовится свободнее. Рану закрывают салфеткой. Проводят поперечные разрезы на уровне максимально выраженных фиброзных узлов апоневроза, чаще у дистальной ладонной борозды с локтевой стороны. Рассекают не только кожу, но и измененный апоневроз, под которым расположены сухожильные влагалища сгибателей пальцев. Рану разводят крючками и под контролем зрения иссекают все доступные тяжи и узлы в проксимальном и дистальном направлениях. Разгибание пальцев после этого становится свободным.

После снятия кровоостанавливающего жгута с предплечья производят гемостаз в ранах прошиванием и лигированием поврежденных сосудов. Проверяют степень восстановления активных и пассивных движений пальцами. На проксимальную рану накладывают вертикальные П-образные швы по Донати. Если и на ладонной ране кожа относительно подвижна и края раны легко сближаются при разогнутых пальцах, то эту рану также ушивают. Чаще же дистальная поперечная рана на ладони оставляется незашитой, в нее закладывают для дренирования пучок кетгута. Накладывают асептическую повязку на всю ладонь в разогнутом положении пальцев. Отводят и противопоставляют I палец. Для удержания пальцев в разогнутом положении в ладонь вкладывается продольно стерильный плоско скатанный бинт. Накладывают фиксирующую повязку. Предплечье и кисть подвешивают на косынке.

Перевязку производят на следующий день. Обычно меняют только верхние слои повязки. На 5–6-й день меняют всю повязку, удаляют из раны кетгут, рану обрабатывают перекисью водорода. Открытую рану на ладони покрывают салфеткой, смоченной стерильным маслом шиповника, вазелиновым маслом, и накладывают повязку. Проводят дозированную лечебную физкультуру, постепенно расширяя нагрузку и объем движений. Швы снимают на 10–14-й день. Открытая рана заживает вторичным натяжением через 20–25 сут. Срок нетрудоспособности составляет 35 сут.

Исходы зависят от методов лечения. По данным Е. В. Усольцевой и К. И. Машкары (1986), после комплексной консервативной терапии у половины больных наблюдалось улучшение с задержкой прогрессирования заболевания на протяжении 3 лет; у остальных развитие

контрактуры продолжалось. После операции хороший результат отмечен у 61% больных (восстановление функции пальцев и кисти) и еще у 20% при сохранении функции контрактура полностью не устранилась; прогрессирование болезни наблюдалось у 19%.

Наиболее частые осложнения операции: гематома, краевой некроз кожи, стягивающие послеоперационные рубцы, нарушение чувствительности.

Стенозирующий лигаментит

Стенозирующий лигаментит кольцевидных связок сухожильных влагалищ пальцев кисти (щелкающий палец) встречается в амбулаторной практике нередко. Фиброзные кольцевидные связки подкрепляют сухожильные влагалища и располагаются на середине проксимальной и средней фаланг, а также над пястно-фаланговыми суставами. Болеют преимущественно женщины. Чаще поражается I палец (почти в половине всех случаев стенозирующего лигаментита), затем IV, III и реже II палец. Для снятия локальных болей применяют новокаиновые блокады, протеолитические ферменты местно, накладывают отвлекающий перцовый пластырь. Размягчают фиброзную ткань парафиновые аппликации, озокерит, электрофорез лидазы. Безуспешность консервативного лечения, запущенность процесса служат показанием к операции.

Под местной инфильтрационной анестезией 0,5% раствором новокаина производят Г-образный разрез к периферии от дистальной ладонной борозды

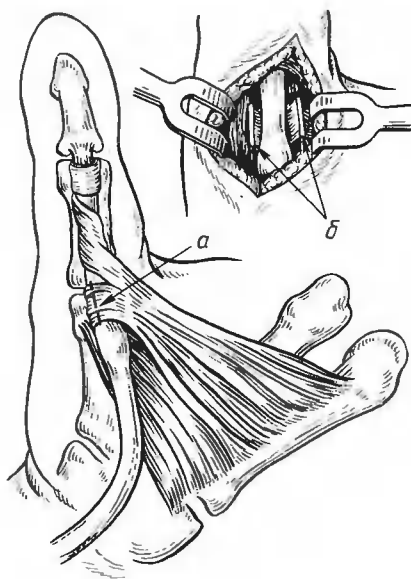


Рис. 51. Рассечение кольцевидной связки при щелкающем I пальце.

a — направление рассечения кольцевидной связки вокруг сухожилия сгибателя (показано пунктиром); *б* — рассеченная связка.

в проекции пястно-фалангового сустава, обнажают сухожилие и кольцевидную связку. Ее рассекают по боковой стенке (рис. 51) с предосторожностью, чтобы не повредить сухожильного влагалища. Сгибая и разгибая палец, проверяют эффект от произведенного рассечения. Если движения стали свободными, то операцию на этом заканчивают. Если же сухожильное влагалище уплотнено, ригидно и не отделяется от связки, то рассекают и его вместе со связкой. Кожную рану зашивают. В послеоперационном периоде назначают дозированную лечебную физкультуру.

МАЛАЯ ХИРУРГИЯ СТОПЫ

Вросший ноготь

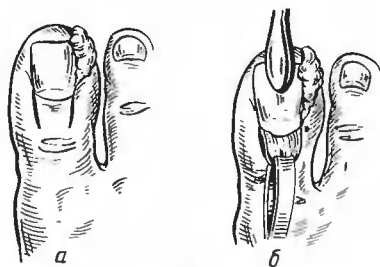
В амбулаторной практике нередко приходится заниматься лечением больных с вросшим ногтем на I пальце стопы. От давления тесной обуви край ногтя внедряется во внутренний боковой ногтевой валик, вследствие чего развивается воспаление, появляются боль при ходьбе, гнойные выделения, разрастание избыточных грануляций. Способствуют этому плоскостопие и наклонность роста ногтя в ширину с загибанием бокового края ногтевой пластинки в подошвенном направлении. Консервативное лечение заключается в ношении свободной обуви, содержании стоп в чистоте, ежедневном мытье их теплой водой. Однако, если врастание ногтя упорно продолжается, радикальным может быть только оперативное лечение.

Подготовка к операции заключается в гигиенической очистке кожи стопы и особенно больного пальца. Несколько раз производят в домашних условиях теплые ванны для стопы с добавлением в воду перманганата калия. Кожу просушивают, протирают спиртом и накладывают на палец асептическую повязку. Операцию производят под проводниковой анестезией по Лукашевичу. Если врастает относительно небольшой участок ногтя в дистальном отделе, то выполняют продольную резекцию ногтевой пластинки.

Задний ногтевой валик рассекают по линии будущей резекции ногтя. Латеральную часть валика отслаивают, обнажая корень ногтя. Остроконечными ножницами продольно разрезают ноготь, отделяя врастающую часть. Удаляемую часть пластинки захватывают зажимом и вывихивают. Иссекают пораженный ногтевой валик с грануляциями, матрик-

Рис. 52. Радикальная операция при вросшем ногте.

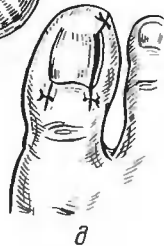
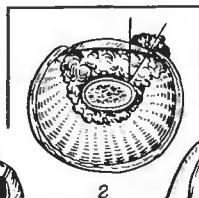
а — направление разрезов заднего ногтевого валика; *б* — удаление ногтевой пластинки; *в* — вид пальца после иссечения патологических грануляций и пораженной части матрикса; *г* — направление клиновидного иссечения матрикса; *д* — законченный вид операции, наложение отдельных швов.



сом и ростковой зоной. Обычно резецируют $\frac{1}{3}$ ногтевой пластинки. На рану заднего ногтевого валика и у дистального конца ногтя накладывают два-три шва. Повязка с синтомициновой эмульсией.

При глубоком врастании ногтя с подворачиванием бокового края пластинки в подошвенную сторону производят более широкую операцию. Задний ногтевой валик

рассекают двумя разрезами длиной 1 см по продолжению линии боковых краев ногтевой пластинки. Отделяют, отворачивают кожный лоскут с задним валиком. Жазимом вывихивают и удаляют пластинку. Продольно иссекают пораженный боковой валик с частью прилегающего матрикса (до надкостницы) и соответствующую часть ростковой зоны ногтя. Оставшиеся обрывки матрикса выскабливают острой ложкой. Край кожный раны после иссечения бокового околоногтевого валика мобилизуют и прикрывают участок удаленного матрикса. Накладывают несколько кожных швов (рис. 52), затем повязку с синтомициновой эмульсией. Швы снимают через 8—9 дней.



Вальгусное искривление I пальца

Это наиболее частая деформация стопы, по поводу которой больные обращаются в амбулаторно-поликлинические учреждения. При этом заболевании I палец отклоняется кнаружи, а головка I плюсневой кости — кнутри, выпячи-

ваясь над внутренним контуром стопы в виде округлого бугра, мешающего в ношении обуви и причиняющего неудобства при ходьбе. Слизистая сумка над головкой плюсневой кости постоянно травмируется, воспаляется и причиняет боли, усиливающиеся при каждом шаге. В начальной стадии заболевания проводят консервативное лечение: ношение обуви с широким носком и низким каблуком, пользование ортопедическими стельками, восстанавливающими поперечный свод стопы.

Во II стадии у больных 20—40 лет показана резекция лишь выступающей части головки I плюсневой кости — удаление экзостоза по Шеде. В порядке подготовки к операции на протяжении недели делают гигиенические ванны для стопы, накануне операции после такой ванны смазывают кожу пальцев и дистальной части стопы раствором йода и накладывают асептическую повязку. Для хирургического лечения больных госпитализируют; при соответствующих условиях операцию можно выполнить и амбулаторно. Обезболивание — внутрикостная новокаиновая анестезия пункцией пяточной кости.

Проводят овальный разрез длиной 5 см, окаймляющий головку I плюсневой кости на тыле стопы. Мобилизуют книзу кожный лоскут и иссекают слизистую сумку. Из капсулы плюснефалангового сустава выкраивают лоскут с основанием у проксимальной фаланги пальца и отворачивают его в дистальном направлении. Выступающую наружу часть головки I плюсневой кости продольно сбивают плоским долотом, острые костные края закругляют долотом или щипцами Люэра. Лоскут суставной капсулы укладывают на место и подшивают шелковыми швами к окружающим тканям с некоторым натяжением в ровном положении I пальца. Этот лоскут капсулы должен выполнять функцию боковой связки сустава, препятствуя рецидиву искривления пальца. В межпальцевой промежутке помещают и приклеивают клеолом плотный ватный валик для гиперкоррекции I пальца. Накладывают швы на кожную рану (рис. 53). Иммобилизацию производят деревянной или металлической шиной по внутреннему краю стопы и пальца, фиксированной гипсовыми бинтами.

Следует подчеркнуть, что операция Шеде при прогрессирующем артрозе, особенно у лиц пожилого возраста, не приводит к излечению. Более эффективна корригирующая остеотомия I плюсневой кости по Хохману. Проводят продольный разрез по внутреннему краю стопы на уровне проксимальной фаланги I пальца и I плюсневой

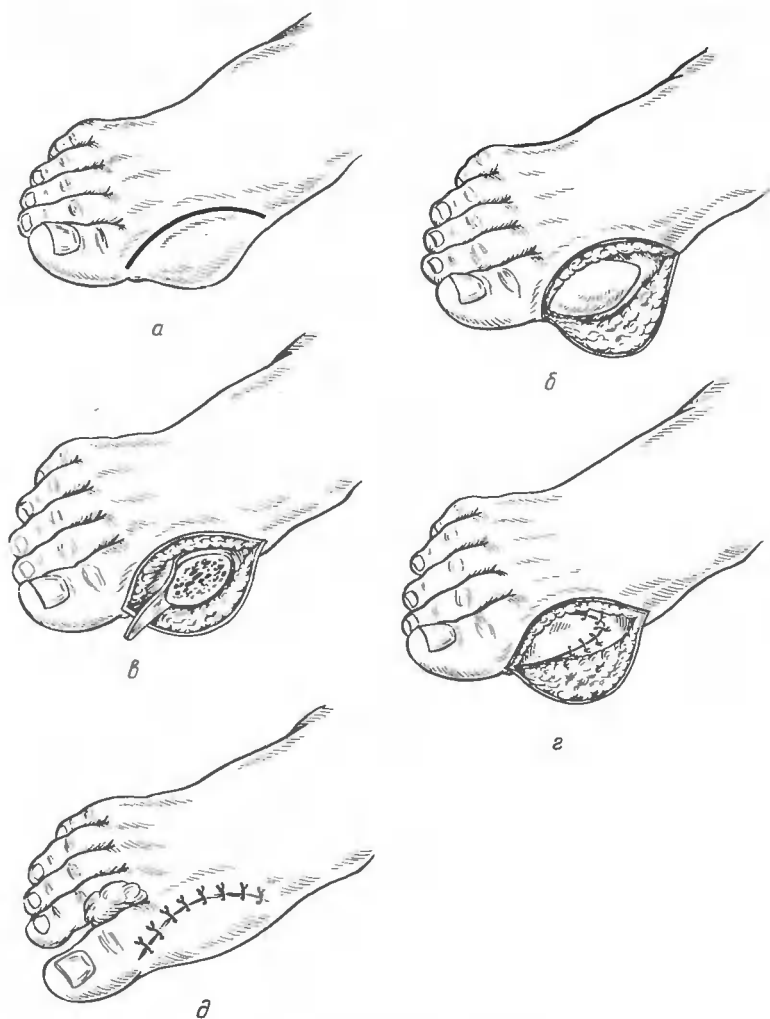


Рис. 53. Удаление экзостоза головки I плюсневой кости по Шеде.

a — разрез кожи; *б* — выкраивание дистального лоскута из суставной сумки; *в* — удаление экзостоза долотом; *г* — подшивание с натяжением лоскута суставной сумки; *д* — швы на кожу, валик в межпальцевой промежутке.

кости. Удаляют слизистую сумку на уровне экзостоза, сухожилие отводящей мышцы I пальца отделяют от места ее прикрепления к проксимальной фаланге. У основания обходят распатором I плюсневую кость и высекают в ней

долотом клиновидный участок, открытый в наружноподошвенную сторону. Удаление поперечного клина позволяет выровнять ось I плюсневой кости. Оба фрагмента этой кости фиксируют между собой проволокой или пластинкой для предотвращения вторичного смещения.

Если экзостоз на плюсневой кости очень большой, то его сбивают долотом. Сухожилие отводящей мышцы I пальца укорачивают и с натяжением подшивают на прежнее место к основанию фаланги (рис. 54). Накладывают гипсовую повязку на стопу на 5—6 нед. При хорошей фиксации фрагментов плюсневой кости проволокой или пластинкой гипсовую повязку можно снять через 3 нед. Затем приступают к физиотерапевтическим процедурам, лечебной гимнастике. Исходы операции более благоприятные, чем после операции Шедде.

Если еще нет артроза и подвижность в суставе сохранена, у молодых может быть достаточно эффективной операция отсечения приводящей мышцы от проксимальной фаланги I пальца стопы по Мак-Брайду. Проводят продольный разрез на уровне проксимальной фаланги I пальца с подошвенной стороны. Проходят инструментом между головками I и II плюсневых костей и отделяют приводящую мышцу у места ее прикрепления к проксимальной фаланге I пальца. Эту мышцу укорачивают и фиксируют к головке I плюсневой кости с подошвенной стороны. Укорачивают и вновь подшивают на свое место отводящую мышцу I пальца (рис. 55). Накладывают гипсовую повязку на 3 нед.

У больных пожилого возраста при резко выраженном артрозе производят резекцию суставного конца проксимальной фаланги или головки I плюсневой кости. К таким вмешательствам относят операцию Вреде на—Мейо — резекцию плюсневой кости. Капсулу сустава обнажают продольно дугообразным разрезом над выпячивающейся головкой плюсневой кости. Края кожной раны мобилизуют в обе стороны. Иссекают слизистую сумку, выкраивают лоскут из суставной капсулы и отворачивают его в дистальном направлении. Рассекают фиброзную перемычку между суставной капсулой и головкой плюсневой кости. С силой оттягивают I палец, увеличивая суставную щель, в которую вводят большую костную ложку Фолькмана, и с ее помощью вывихивают головку I плюсневой кости в рану. Пинцетом под кость подводят пилу Джигли и в поперечном направлении отпиливают всю головку плюсневой кости. Острые края опилов закругляют щипцами Люэра. Образовавшийся после резекции головки избыток проксимального

Рис. 54. Операция Хохмана при искривлении I пальца стопы.

a — поперечная клиновидная остеотомия I плюсневой кости, сдвигание экзостоза и укорочение отводящей мышцы; *b* — положение костей стопы после выполненной операции.

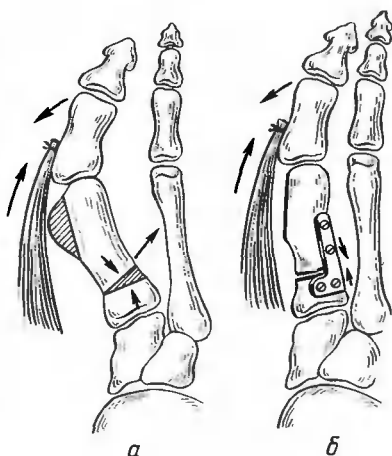
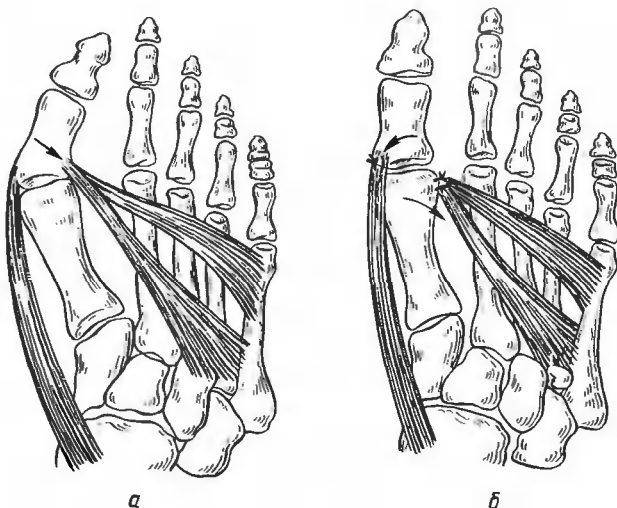


Рис. 55. Коррекция искривления I пальца стопы по Мак-Брайду.

a — положение пальца перед отделением сухожилий отводящей и приводящей мышц; *b* — восстановление нормального положения пальца после перемещения и подшивания укороченных мышц.



отдела суставной капсулы заворачивают на опил и фиксируют одним-двумя кетгутовыми швами к надкостнице I плюсневой кости для интерпозиции во вновь формируемом суставе. Ранее выкроенным лоскутом суставной капсулы закрывают сустав, накладывают швы с некоторым натяжением. Производят ушивание кожной раны.

В межпальцевой промежуток помещают плотный ватный валик и подклеивают его клеолом для создания гиперкоррекции I пальца. Металлическую пластинку (шпатель)

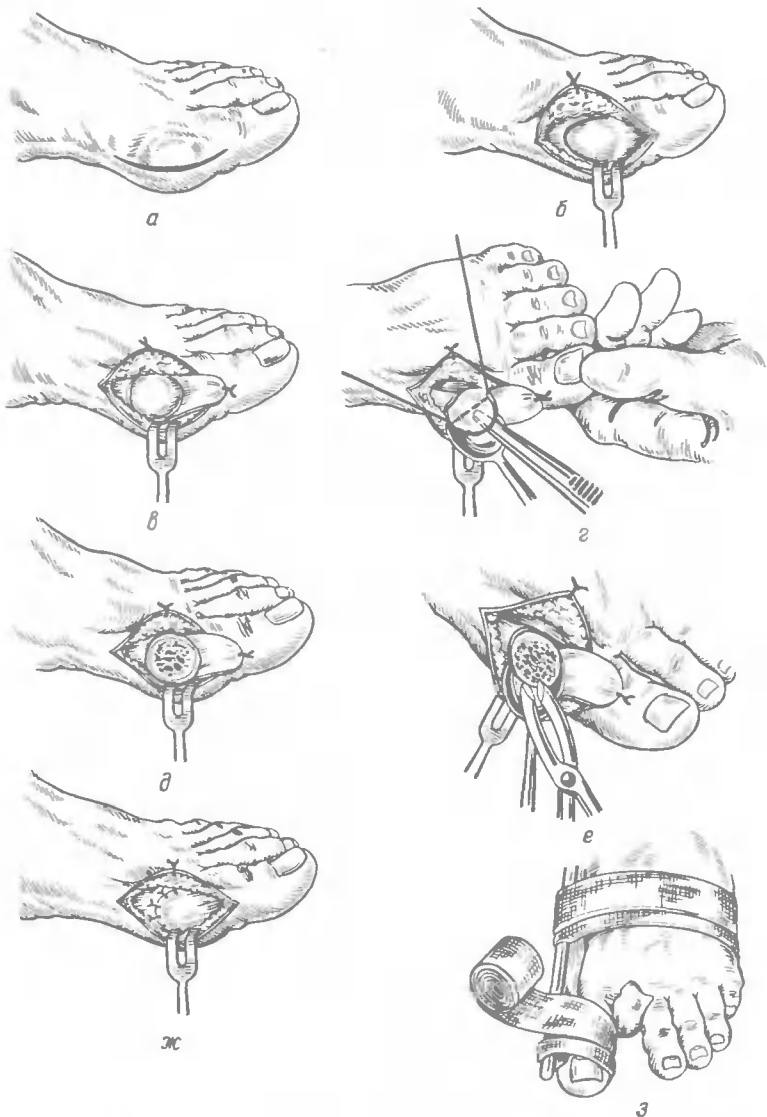


Рис. 56. Операция по Вредену—Мейо при выраженном вальгусном искривлении I пальца стопы.

a — разрез кожи; *б* — выкраивание дистального лоскута из суставной сумки; *в* — обнажение головки плюсневой кости; *г* — подведение костной ложки и пилы Джигли под головку плюсневой кости; *д* — головка I плюсневой кости спилена; *е* — обработка острых краев опиленной кости щипцами Люэра; *ж* — подшивание с натяжением дистального лоскута суставной сумки; *з* — иммобилизация I пальца шиной и узкими гипсовыми бинтами в состоянии гиперкоррекции.

или деревянную (фанерную) шину соответствующих размеров обкладывают ватой и помещают на внутреннюю боковую поверхность стопы и I пальца, не доходя до конца его на 1 см. Шину фиксируют на стопе циркулярным гипсовым бинтом, а к пальцу — узким гипсовым бинтом (рис. 56). Такая иммобилизация позволяет больному самостоятельно передвигаться в домашних условиях. Шину и швы снимают через 3 нед. На протяжении месяца после этого на ночь рекомендуется прибинтовать мягким бинтом I палец к шине для удержания его в положении гиперкоррекции.

Молоткообразный палец

Для этой деформации характерна сгибательная контрактура в проксимальном межфаланговом суставе II пальца стопы. Проксимальная фаланга находится в состоянии тыльного сгибания, средняя — подошвенного сгибания. При этом образуется острый угол между ними, приподнятый над уровнем остальных пальцев. Постоянная травматизация пальца в выступающей части приводит к формированию болезненной мозоли. Способствуют формированию молоткообразного пальца его избыточная длина,

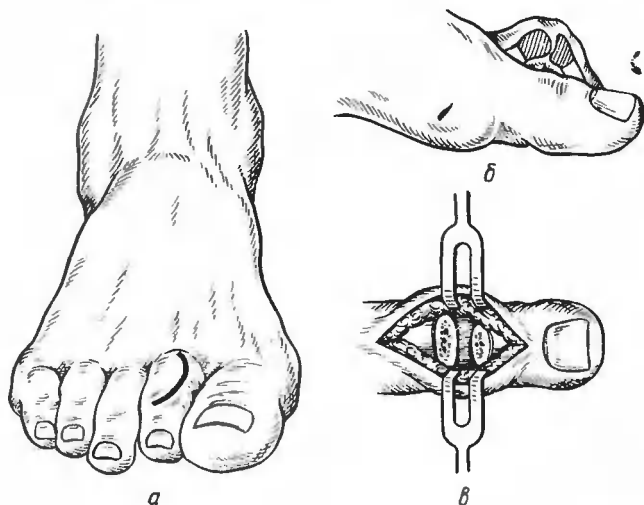


Рис. 57. Операция при молоткообразном пальце.

а — кожный разрез; *б* — участки резецируемых суставных концов фаланг пальца (заштрихованы); *в* — вид межфалангового сустава после резекции.

смещение концевой фаланги II пальца при валыгусном отклонении I пальца. Пользование обычной обувью становится затруднительным.

Лечение оперативное в амбулаторных условиях. Применяют местную проводниковую анестезию у основания пальца 1% раствором новокаина.

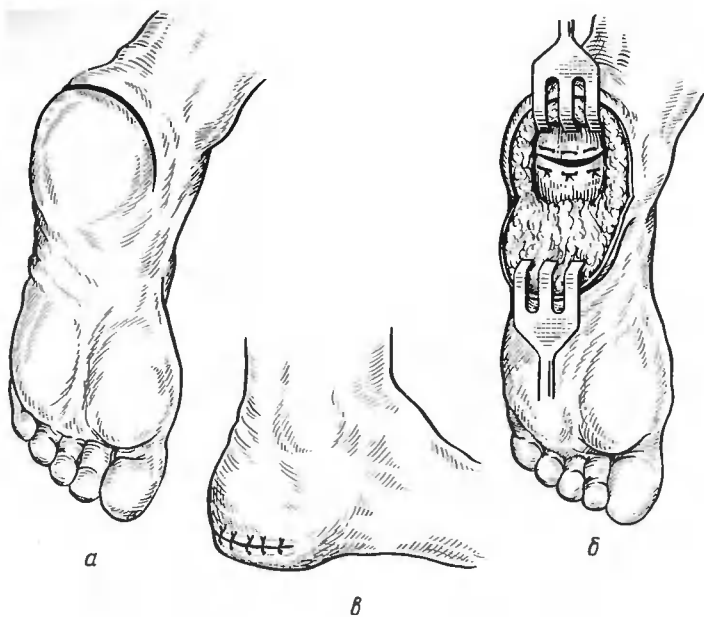
Дугообразным разрезом длиной 3—4 см, окаймляющим сбоку проксимальный межфаланговый сустав II пальца, формируют и мобилизуют тыльный кожный лоскут. Сухожилие разгибателя пальца отводят в сторону, вскрывают сустав, вывихивают и с помощью кусачек Листона (или пилой Джигли) резизируют на протяжении I см суставной конец проксимальной фаланги (рис. 57). Если этого оказывается недостаточно для выправления пальца, то резизируют и суставной конец средней фаланги. Щипцами Люэра закругляют острые края опиленной кости. Накладывают швы на капсулу сустава с некоторым натяжением. Избыток капсулы иссекают. Сухожилие помещают на свое место.

Применяют и поперечный доступ к суставу с предварительным иссечением мозоли вместе с участком окружающей кожи. Иммобилизацию подошвенной шиной стопы и пальца осуществляют в течение 10 сут.

Пяточная шпора

Пяточная шпора представляет собой заостренный экзостоз на подошвенной поверхности пяточной кости. Причина — врожденные аномалии. Ношение стелек-супинаторов, подкладывание под пятку колец из поролона, спиртноновокаиновые блокады в окружности экзостоза, противовоспалительная рентгенотерапия во многих случаях приводят к исчезновению симптомов заболевания. При больших шпорах и неэффективности консервативного лечения производят операцию, обычно в условиях стационара.

Обезболивание — внутрикостная новокаиновая анестезия пункцией пяточной кости. Больного на операционном столе укладывают на живот. Полукружным разрезом, огибающим пятку на границе перехода подошвенной поверхности в обычную кожу заднего отдела стопы, формируют нижний кожный лоскут. Его мобилизуют, отворачивают, обнажая подошвенный апоневроз, который пересекают в поперечном направлении отступая 2 см от места его прикрепления. Пальцем определяют локализацию шпоры, освобождают ее от окружающих тканей и скусывают до ос-



В

Рис. 58. Операция по поводу пяточной шпоры.

а — кожный разрез; *б* — ушивание рассеченного подошвенного апоневроза после скусывания пяточной шпоры; *в* — швы на кожную рану.

нования щипцами Люэра. Поверхность кости сглаживают теми же щипцами. Подошвенный апоневроз сшивают П-образными шелковыми швами. Подшивают на свое место кожный лоскут (рис. 58). Производят иммобилизацию задней гипсовой лонгетой от кончиков пальцев до верхней трети голени на 1,5 нед.

Мозоли

На выступающих участках пальцев стопы вследствие постоянного давления и травматизации обувью образуются участки ороговелости — напластование и уплотнение ороговевающего эпидермиса. Давление на мозоль вызывает боль, возникают неудобства и затруднения при ходьбе. Способствует развитию мозолей деформация пальцев. Типичная локализация мозолей — на тыльной поверхности межфаланговых суставов. Консервативное лечение заключается в изоляции мозоли от травмирующего воздействия. Для этого приклеивают клеолом или фиксируют

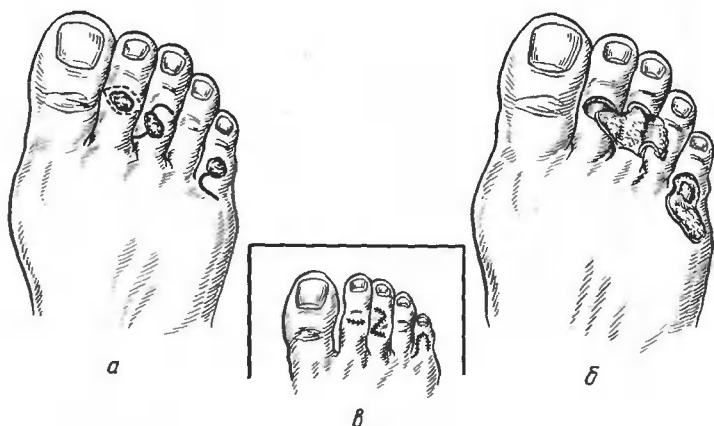


Рис. 59. Пластические операции при оmozолелости пальцев стопы. *а* — варианты кожных разрезов; *б* — формирование кожных лоскутов после иссечения пораженных участков; *в* — пластическое закрытие дефектов кожи.

лейкопластырем специальные мозольные кольца (накладки), отверстие которых располагают над мозолью.

Применяют также кератолитические мази (содержащие салициловую кислоту) с соблюдением предосторожности, не допуская попадания мази на здоровую кожу. Вырезают и наклеивают друг на друга несколько слоев лейкопластыря, в 2—3 раза превышающих по размерам мозоль. По центру полосок пластыря вырезают отверстие, соответствующее диаметру мозоли. Полоски приклеивают к коже, оставляя свободной по центру только мозоль. На нее накладывают кератолитическую мазь (мозольный пластырь) и приклеивают сверху сплошной полоской лейкопластыря. Через 3 дня повязку снимают, удаляют размягченные поверхностные слои мозоли и снова накладывают на следующие 3 дня такую же повязку. Повторяют повязки до полного удаления мозоли.

Если оmozолелость распространилась на все слои до подкожной жировой клетчатки, то консервативное лечение оказывается недостаточным, и в этих случаях применяют удаление мозоли оперативным путем. Проводят анестезию пальца по Лукашевичу. Окаймляющим разрезом иссекают мозоль с окружающей кожей. После этого ушить рану обычным способом не всегда удается. Целесообразно применять пластические методы закрытия дефекта кожи, которые изображены на рис. 59.

Бурсит в области I плюснефалангового сустава

Хроническое воспаление слизистой сумки на передне-боковой поверхности I плюснефалангового сустава нередко служит поводом для обращения больных за помощью к хирургу поликлиники в связи с болями, возникающими при ходьбе. При консервативном лечении производят разгрузочные пункции сумки, удаляют выпот и накладывают давящую повязку. Напряжение в сумке снижается, боли стихают. Если консервативное лечение оказывается неэффективным, наблюдаются частые рецидивы асептического воспаления с накоплениями слизистого выпота в сумке, что сопровождается сильными болями, то показано иссечение слизистой сумки.

Применяют местную инфильтрационную новокаиновую анестезию по линии разреза с последующим добавлением инъекций 0,5% раствора новокаина в глубжележащие ткани по ходу операции. Дугообразным разрезом длиной 4—5 см ближе к нижнему краю сумки обнажают ее, осепарывая кожный лоскут в тыльную сторону стопы. Край сумки отодвигают тупфером или приподнимают за провизорно наложенную лигатуру. Между нижней стенкой сумки и капсулой сустава вводят раствор новокаина для гидравлической препаровки. Этот прием облегчает дальнейшее выделение слизистой сумки без ее вскрытия. После иссечения сумки производят гемостаз. Кожную рану зашивают с оставлением на сутки резиновой полоски-выпускника. Накладывают давящую повязку. Перевязку производят на следующий день. Швы снимают на 10—11-е сутки.

Другие заболевания

Нередко больные обращаются по поводу **остеофитов дистальной фаланги I пальца** стопы. Эти остеофиты оттесняют ноготь, причиняют мучительные боли, лишают возможности носить обычную обувь, что и является показанием для операции. Применяют проводниковую анестезию по Лукашевичу. На уровне середины ногтя проводят поперечный разрез его, включая матрикс. Разрез доходит до кости. Второй дугообразный разрез проводят через торец пальца перпендикулярно первому разрезу и до его уровня. Обнажают конец фаланги с остеофитом и резцируют долотом на уровне первого разреза (в его плоскости), т. е. производят ампутацию конца фаланги.

Образовавшийся подошвенный лоскут мягких тканей пальца заворачивают сверху и подшивают к оставшейся части ногтя и к краям рассеченной кожи. Таким образом, создается несколько укороченный палец с укороченным ногтем, но без остеофита. Накладывают асептическую повязку. Перевязку производят на следующий день. Швы снимают через 10 дней.

Искривление V пальца стопы иногда достигает столь резкой степени, что палец почти целиком перемещается на тыл стопы и существенным образом мешает при ходьбе, препятствует ношению обычной обуви. Эти нарушения служат показанием для оперативного лечения. Применяют местную инфильтрационную анестезию 0,5% раствором новокаина вокруг основания пальца и введением его в IV межпальцевый промежуток. Продолговатым окаймляющим разрезом у основания пальца на тыле стопы обнажают тыльную поверхность V плюснефалангового сустава. Сгибаемая палец, пересекают сухожилие разгибателя пальца и вскрывают суставную капсулу. Разгибая палец, продолжают рассечение капсулы с подошвенной стороны и пересекают сухожилие сгибателя пальца. Палец удаляют. Производят гемостаз и рану зашивают. Швы снимают на 9-е сутки.

Глава 8

МАЛАЯ ХИРУРГИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

ГЕМОРРОЙ

Среди заболеваний прямой кишки наиболее распространенным является геморрой — варикозное расширение вен подслизистой основы терминального отдела кишки с соответствующими клиническими проявлениями. Варикозные венозные узлы располагаются обычно в трех типичных местах: на 3, 7 и 11 часах по циферблату в положении больного на спине.

Операции по поводу геморроя производят обычно в стационаре. Однако более $\frac{2}{3}$ многочисленных больных геморроем могут лечиться амбулаторно у хирурга поликлиники [Ривкин В. Л., Капуллер Л. Л., 1984]. Подавляющее большинство этих больных получают значительное облегчение от целенаправленной консервативной терапии. Обязательный ее компонент — нормализация стула как в период лечения, так и в последующее время. Рекоменду-

ется употребление пищи с большим количеством овощей, хлеба из муки грубого помола; исключение острых приправ, алкоголя. При необходимости диетотерапию дополняют слабительными средствами. Показаны сидячие ванночки с перманганатом калия в период обострения. Постоянно — гигиенический уход за анальной областью, не допуская мокнутия и мацерации кожи. Местно применяют геморроидальные свечи с белладонной, при кровотечении — Мечи с адреналином, лечебные клизмы с антисептиками. В период обострения — УВЧ-терапия. Хороший противовоспалительный эффект наблюдается от примочек со свинцовой водой, фурацилином.

С целью вызвать заустение расширенных геморроидальных вен применяют склерозирующую терапию. После опорожнения кишечника и обработки слизистой оболочки кишки антисептиками пункцией геморроидального узла вводят склерозирующие вещества: 5% раствор карболовой кислоты, варикоцид, этиловый спирт. Предварительно под узел инъецируют 5 мл 1% раствора новокаина, а затем 1 мл спирта. Через неделю процедуру повторяют. Такое лечение показано при неосложненном геморрое.

Карболовую кислоту в качестве склерозирующего вещества применяют по двум прописям.

1. Карболовая кислота кристаллическая	5,0
Ментол	0,5
Новокаин	5,0
Персиковое масло	100,0
2. Карболовая кислота кристаллическая	5,0
Новокаин	5,0
Масло подсолнечное рафинированное	100,0

Лучшие результаты склерозирующей терапии геморроя получены от применения приведенных выше прописей. Перед введением оба раствора следует подогреть и перемешать. Готовят растворы непосредственно перед введением. Показания к склерозирующей терапии: геморрой с склонностью к частым кровотечениям; противопоказания: выпадение геморроидальных узлов, острое воспаление. В порядке подготовки производят две клизмы — вечером и утром.

Для проведения инъекции необходимо хорошее освещение анальной области передвижной бестеновой лампой, лобным рефлектором или лампочкой аноскопа. Если его нет, то для обнажения геморроидальных узлов используют два пластинчатых крючка с длинными браншами, помогает при этом ассистент. Кожу в перианальной области и сли-

зистую оболочку прямой кишки обрабатывают йодонатом или 1 % спиртовым раствором йода. Определяют верхний полюс геморроидального узла и в этом участке его пунктируют длинной толстой иглой. Лучше иметь на игле напайку на расстоянии 1,5 см от острия иглы, чтобы предотвратить более глубокое введение иглы в ткани.

Проникновение концом иглы в подслизистую основу над венозным узлом определяется по ощущению «провала» в пустоту. Это происходит при косом введении иглы на глубину 1—1,5 см. Под слизистую оболочку инъецируют 1,5—2 мл подогретого раствора указанной выше прописи. Правильное положение иглы подтверждается свободным введением раствора при слабом давлении на поршень шприца, появлением выбухания и побледнения слизистой оболочки на этом участке. В отличие от введения спирта данная процедура обычно безболезненна и дополнительной анестезии не требует. За один сеанс проводят инъекции в верхние полюса всех трех внутренних геморроидальных узлов. Манипуляцию можно производить в обычном коленно-локтевом положении больного или на гинекологическом кресле.

Описанная методика склерозирующей терапии проста и удобна в амбулаторных условиях. Специальных мер по задержке стула не требуется, так же как и специальной диеты. Если геморроидальные узлы не запустели и кровотечение возобновилось, то через неделю сеанс инъекций можно повторить. Лечение в показанных случаях весьма эффективно, экономически выгодно. Больных освобождают от работы всего на 1—2 сут. Необходимость в операции отпадает, больные избавляются от недуга. По данным НИИ проктологии Министерства здравоохранения РСФСР, у 85% больных уже после первого сеанса прекратились геморроидальные кровотечения, повторный сеанс пришлось выполнять у 25% больных с хорошим результатом.

Острый геморрой представляет собой острый геморроидальный тромбоз. Интенсивные боли, резко усиливающиеся при ходьбе, ущемление воспаленных геморроидальных узлов, потеря в связи с этим трудоспособности служат показанием к проведению срочных лечебных мероприятий, преимущественно консервативного плана. Амбулаторное лечение проводят при остром геморрое I и II степени тяжести, при коротком анамнезе и преимущественно у молодых и среднего возраста больных. Острый геморрой II степени тяжести с повторяющимися обос-

трениями в анамнезе у больных пожилого возраста подлежит лечению в стационарных условиях.

Обеспечение домашнего постельного режима — обязательное условие амбулаторного лечения острого геморроя. Назначают щадящую диету, легкие слабительные средства. При сильных болях вводят промедол в начале лечения, эффективна короткая новокаиновая блокада с антибиотиками под основание воспаленного узла. Используют геморроидальные свечи с красавкой, анестезином. Местно — холодные примочки со свинцовой водой, раствором фурацилина, повязки на анальную область с синтомициновой эмульсией, мазью Вишневского, анестезиновой мазью. По стихании острого воспаления применяют теплые сидячие ванночки со слабым раствором перманганата калия.

Хороший лечебный эффект наблюдается от применения свечей и мазей с гепарином и химопсином.

Rp.: Heparini 500 ED
Hymopsini 0,01
But. Cacao 1,7
M. f. suppos.

Rp.: Heparini 500 ED
Hymopsini 0,5
Lanolini 25,0
M. f. ung.

Свечу вставляют в заднепроходный канал и придерживают марлевым шариком от выскользывания наружу. Заведение же свечи глубоко в ампулу прямой кишки существенно снижает ее лечебный эффект, так как нет непосредственного контакта с очагом острого воспаления. Свечи применяют 2—3 раза в день и обязательно после дефекации. Аналогично применяют и мазь. При неосложненных случаях такое лечение быстро прекращает воспалительный процесс, дает хороший эффект.

При тяжелом течении больных госпитализируют в стационар. К лечению указанными свечами и мазью добавляют новокаиновые блокады с антибиотиками, повязки с мазью. По стихании острого воспаления таким больным следует рекомендовать оперативное лечение в «холодном» периоде. Амбулаторное лечение острого геморроя на дому описанным методом обычно продолжается 12—14 дней, после чего больным следует рекомендовать послаблять стул, соблюдать диету.

Геморроидэктомия показана при обильных повторных геморроидальных кровотечениях с развитием анемии, при выпадающих наружу узлах, повторных геморроидальных тромбозах в анамнезе. Операцию необходимо производить в «холодном» периоде, не ранее месяца после стихания острого воспалительного процесса. Основу под-

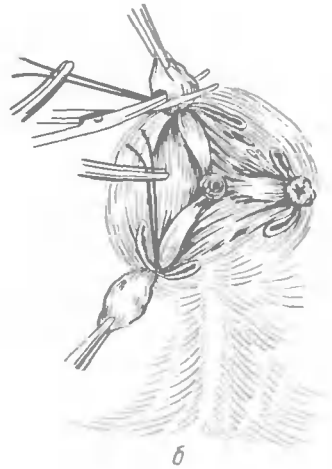
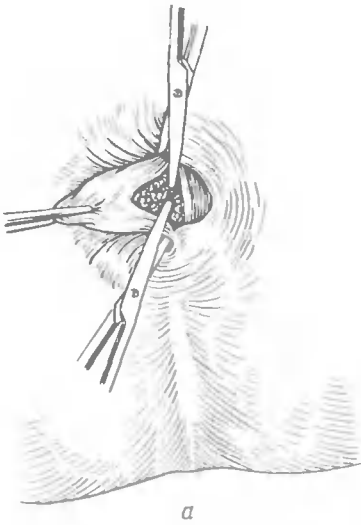


Рис. 60. Геморроидэктомия по Миллигану—Моргану. *a* — рассечение слизистой оболочки у основания геморроидального узла; *б* — отсечение узла дистальнее наложенной на ножку лигатуры.

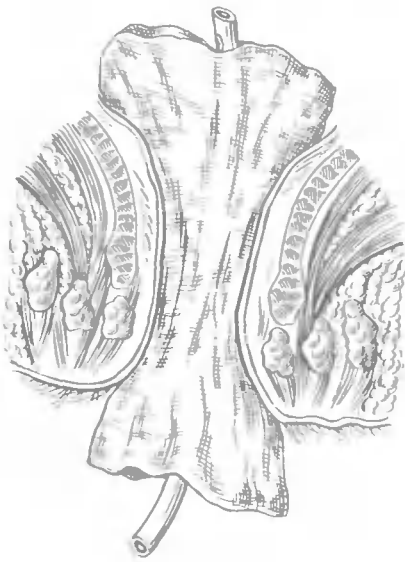


Рис. 61. Тампонада прямой кишки с газоотводной трубкой после операции.

готовки к операции составляет опорожнение кишечника дачей слабительного и двух очистительных клизм — вечером и утром.

Больного укладывают на спину. Нижние конечности разводят в стороны и поднимают на ногостержателе, ши-

роко обнажая область промежности. Тщательно обрабатывают спиртом и раствором йода (йодонатом) кожу промежности и слизистую оболочку заднепроходного канала. Начинают обезболивание с создания кольцевого внутрикожного новокаинового инфильтрата вокруг заднепроходного отверстия. Для этого используют тонкую иглу и 2-граммовый шприц. Последующие уколы иглы следует производить уже через созданный инфильтрат. Практически больной должен чувствовать лишь первый укол. Более глубокие слои анестезируют длинной иглой 10-граммовым шприцем. Вначале инъецируют 60 мл 0,25% раствора новокаина между копчиком и прямой кишкой (на 6 часах по циферблату), осуществляя пресакральную новокаиновую блокаду. Как только игла прошла с некоторым сопротивлением заднепроходно-копчиковую связку, начинают вводить раствор новокаина, продвигая иглу дальше, по направлению к передней поверхности крестца.

Затем инъецируют раствор новокаина из точек на 3 и 9 часах по циферблату. На 12 часах вводят иглу с предосторожностью, строго параллельно стенке прямой кишки, в пределах 1 см от нее во избежание повреждения мочеиспускательного канала у мужчин. Описанная методика позволяет осуществить хорошее обезболивание при оперативном вмешательстве. Анестезируют также сфинктер прямой кишки, который затем растягивают пальцами. Для этого вводят в прямую кишку вначале один, затем два пальца. Обрабатывают перчатки раствором сулемы или меняют их на новые, а слизистую оболочку заднепроходного канала вновь протирают спиртом.

Из многих методов операций по поводу геморроя наиболее рациональным, дающим лучшие результаты, следует считать радикальное вмешательство по Миллигану — Моргану и его модификации. В области переходной складки на уровне трех основных геморроидальных узлов накладывают три зажима Эллиса и растягивают за них заднепроходное отверстие. Обнажают узлы. Вмешательство удобнее начинать с узла, расположенного на 3 часах по циферблату. Потягивая за соответствующий зажим, извлекают узел по возможности наружу. Для этой цели дополнительно накладывают зажим на брюшко узла, который оттягивают левой рукой, обнажая верхний полюс.

Правой рукой ножницами с тупыми концами проводят окаймляющий разрез слизистой оболочки под острым углом, вершина которого должна располагаться на уровне ножки узла вверху, а наружные (нижние) концы разре-

за — достигать переходной кожно-анальной складки. По линии разреза марлевым шариком в зажиме тупо отслаивают геморроидальный узел от глубжележащих тканей (от внутреннего сфинктера). Затем ножницами сверху и снизу рассекают слизистую оболочку у заднепроходно-кожной линии и параллельно ей, соединяя наружные концы проведенного ранее окаймляющего разреза (рис. 60). За наружный край слизистой оболочки, покрывающей узел, оттягивают его от стенки кишки и ножку узла прошивают и перевязывают прочной лигатурой.

Затем аналогично обрабатывают правый нижний узел и правый верхний. Все узлы над лигатурами отсекают, оставляя достаточно длинные культы, чтобы не соскочила лигатура. Культы ножек узлов вследствие ретракции слизистой оболочки уходят вглубь. Пальцем проверяют и расправляют (репонируют) перевязанные культы. Проверяют оставшиеся грушевидные раны слизистой оболочки." При необходимости края их подстригают ножницами, ровняют. Метод позволяет сохранить чувствительность в анальной области и не дает послеоперационных сужений заднего прохода. Для обеспечения благоприятного исхода следует обращать внимание на сохранение перемычек неповрежденной слизистой оболочки между ранами после иссечения геморроидальных узлов. Некоторые хирурги частично ушивают эти раны.

Завершают операцию введением в просвет кишки узких марлевых тампонов, пропитанных вазелиновым маслом, мазью Вишневского или синтомициновой эмульсией с добавлением к ней до 1% анестезина. Между тампонами вводят газоотводную трубку, конец которой должен быть выше тампонов в просвете кишки (рис. 61). Накладывают промежностную повязку. После операции больному назначают постельный режим, а для задержки стула — сульфаниламидные препараты по 0,5 г 4 раза в день на протяжении 3 сут (сульфадимезин, сульфазин, норсульфазол). Перевязку производят обычно через 3 сут после операции; предварительно вводят промедол. Удаляют тампон и трубку, раны обрабатывают тампонами с перекисью водорода. В просвет кишки вводят новый небольшой тампон, пропитанный синтомициновой эмульсией. Трубку повторно не вставляют. Сверху накладывают промежностную повязку, которую закрепляют на поясе из бинта.

Дальнейшие перевязки производят через день. Они уже менее болезненны. В послеоперационный период назначают диету с малым количеством клетчатки, преимущест-

венно жидкую. После прекращения приема сульфаниламидных препаратов назначают в качестве слабительного вазелиновое масло по столовой ложке 3 раза в день. Первый стул обычно болезненный. Следует отметить, что после операции по изложенной методике боли значительно меньше, чем при перевязке геморроидальных узлов, так как в лигатуру не захватывается богато снабженный нервными окончаниями кожно-анальный участок покровов в области заднего прохода, а ее накладывают лишь на ножку узла. При гладком течении через неделю больных можно выписывать на амбулаторное лечение.

ТРЕЩИНА ЗАДНЕГО ПРОХОДА

Относительно свежая трещина заднего прохода нередко самостоятельно заживает при создании покоя, снятии неизбежного спазма сфинктера прямой кишки, рефлекторно поддерживаемого болями в области трещины. Консервативное лечение таких трещин проводят амбулаторно. Обязательным компонентом как лечения, так и профилактики этого заболевания должна быть нормализация (ослабление) стула. Назначают вазелиновое масло по столовой ложке 2—3 раза в сутки, 15% раствор сульфата магния по столовой ложке 2—3 раза в день, ревеня, молочно-растительную пищу. Местно применяют теплые сидячие ванночки, свечи с анестезином и белладонной перед дефекацией, синтомициновую эмульсию на трещину с марлевой прокладкой. Иногда получают неплохой результат после введения под трещину 5—8 мл 1% раствора новокаина с добавлением затем 2 мл этилового спирта, что способствует заживлению свежей трещины.

Более эффективно создается покой трещине после насильственного растяжения сфинктера прямой кишки. Проводят полноценную инфильтрационную анестезию. Введенными в кишку двумя указательными пальцами плавно растягивают сфинктер, затем вводят третий палец, что считается достаточным для временного паралича сфинктера. В кишку помещают тампон с синтомициновой эмульсией, добавляя к ней анестезин. Больному назначают сульфаниламидные препараты с целью временно задерживать стул.

Хронические индуративные трещины с орозоленными краями самостоятельно не заживают. Показано оперативное лечение в условиях стационара. Под местной новокаиновой анестезией растягивают сфинктер прямой кишки.

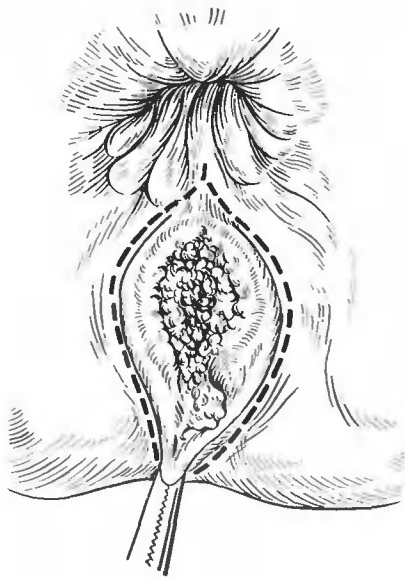


Рис. 62. Схема разреза при иссечении хронической трещины заднего прохода.

С помощью ректального зеркала обнажают трещину и иссекают ее полностью с дном в пределах здоровых тканей (Рис. 62). Рекомендуется дополнительно производить дозированное (частичное) рассечение в поперечном направлении сфинктера прямой кишки для создания пролонгированного пареза его в послеоперационном периоде. Гемостаз тампонами с перекисью водорода.

Затем в кишку вводят тампон, пропитанный синтомициновой эмульсией с добавлением анестезина. В течение 4 сут дают сульфаниламидные препараты для задержки стула. Перевязку производят через 3 сут. Принимают теплую сидячую ванночку со слабым раствором перманганата калия или гидрокарбоната.

Стационарное лечение проводят в течение 1,5—2 нед; затем продолжают амбулаторно еще около недели: послабление стула, сидячие ванночки, повязки с синтомициновой эмульсией. Исходы лечения обычно хорошие. В тяжелых случаях при застарелых трещинах с широким вовлечением в рубцовый процесс окружающих тканей, кроме иссечения трещины, производят дозированное рассечение сфинктера прямой кишки на глубину до 1 см для создания более продолжительного пареза его и обеспечения тем самым заживления трещины.

ПОЛИПЫ ПРЯМОЙ КИШКИ

Полипы прямой кишки, особенно высоко расположенные и на широком основании, подлежат лечению в стационаре. Одиночный полип на длинной ножке иногда удаляют в амбулаторных условиях, но только при наличии

возможности проведения срочного гистологического исследования. Обнажают низко расположенный полип ректальным зеркалом, узкую ножку его захватывают зажимом, прошивают у основания и перевязывают лигатурой. Дистальнее лигатуры полип отсекают и направляют на гистологическое исследование. В стационаре ножку полипа чаще электрокоагулируют через ректоскоп.

К этим вмешательствам больного готовят так же, как и к другим проктологическим операциям: назначают слабительное и клизмы. После вмешательства на 3—4 сут задерживают стул. Диета облегченная, преимущественно жидкая. Через 5—6 дней, если нет самостоятельного стула, дают легкое слабительное (вазелиновое масло). Такие больные подлежат диспансерному наблюдению. Через 2—3 мес проводят повторную ректоскопию. Осматривают место удаленного полипа, а также остальную слизистую оболочку на предмет наличия или возникновения других полипов.

АНАЛЬНЫЙ ЗУД

Анальный зуд бывает первичным (идиопатическим) и вторичным как проявление других заболеваний прямой кишки с патологическими выделениями из ее просвета. Зуд приносит нередко не только неудобства больному, но и причиняет тяжелые страдания, лишая сна и покоя, снижая трудоспособность. Эти проявления заболевания служат показанием для проведения консервативного амбулаторного лечения.

Лечение вторичного зуда заключается прежде всего в ликвидации основного заболевания и повышенном гигиеническом уходе за анальной областью: необходимо обмывать ее теплой водой с мылом утром и вечером с последующим смачиванием 2% раствором гидрокарбоната натрия. Периаанальную кожу просушивают полотенцем, припудривают порошком талька или окиси цинка и закрывают марлевой прокладкой. Эффективны лечебные клизмы с 2% раствором колларгола. После явного прекращения воспалительной экссудации применяют мази (5% цинковая, преднизолоновая и др.). Применяют также периаанальную подкожную спирт-новокаиновую и пресакральную блокады.

Если консервативные мероприятия не приносят успеха, зуд не устраняется, то производят оперативную денервацию анальной области. Под местной инфилтративной

анестезией проводят два полуовальных разреза, справа и слева окаймляющих заднепроходное отверстие и на 4 см от него. Из этих разрезов скальпелем под кожей рассекают клетчатку в окружности отверстия, лишая иннервации эту область. Однако полностью денервировать слизистую оболочку и кожу не удастся. Применяют также предложенный А. Н. Рыжих (1956) метод чувствительной денервации анальной области внутрикожным введением 0,2% раствора метиле нового синего в 0,5% растворе новокаина. Чувствительность зоны исчезает на месяц, затем полностью восстанавливается, но зуд проходит.

ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ

Из гнойных заболеваний околопрямокишечной клетчатки разных локализаций к относительно легким формам относят подслизистый и подкожный парапроктиты (рис. 63). Лечение подслизистого острого парапроктита

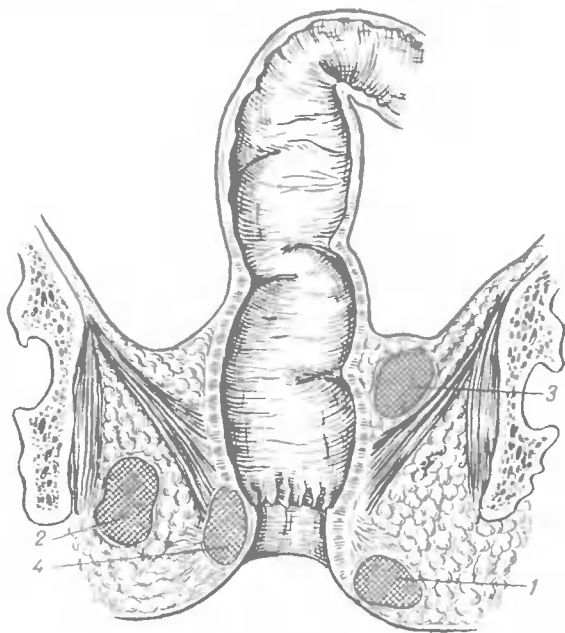


Рис. 63. Схема основных локализаций гнойников при остром парапроктите

1 — подкожный парапроктит, 2 — седлачно-прямокишечный парапроктит; 3 — тазово-прямокишечный парапроктит; 4 — подслизистый парапроктит.

оперативное, обычно в стационарных условиях. Под кратковременным наркозом (иногда и под местной анестезией) вскрывают гнойник через прямую кишку, рассекая слизистую оболочку на участке наибольшего ее выпячивания. Рану оставляют открытой. Целесообразно растянуть сфинктер прямой кишки для создания покоя ране в послеоперационном периоде. Стул задерживают на несколько дней назначением сульфаниламидных препаратов. Накладывают промежностную повязку. перевязки в последующие дни сочетают с сидячими ванночками, используя обычно слабый теплый раствор перманганата калия.

Подкожный (перианальный) парапроктит — наиболее частая форма гнойного воспаления околопрямокишечной клетчатки, составляет половину всех парапроктитов. При этом заболевании показана срочная операция в условиях стационара. Под кратковременным внутривенным наркозом проводят радиальный разрез над наибольшей припухлостью и размягчением. Рассекают кожу перианальной области, иссекают некротизированную клетчатку, вскрывают имеющиеся гнойные карманы. Рану рыхло выполняют тампонами, смоченными гипертоническим раствором хлорида натрия, и накладывают промежностную повязку. Назначают антибиотики, а также сульфаниламидные препараты для временной задержки стула. При перевязке через 2 сут применяют теплую сидячую ванночку со слабым раствором перманганата калия, что повторяют и в последующие дни. Средний срок лечения 2—4 нед. Операции при седалищно-прямокишечном и тазово-прямокишечном парапроктитах не относятся к категории вмешательств в объеме малой хирургии.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРАПРОКТИТ

Хронический парапроктит, или параректальные свищи, в большинстве случаев является следствием перенесенного острого парапроктита, лечение которого проводилось несвоевременно или не в полном объеме, вследствие чего он приобретает хроническое течение. Консервативными мероприятиями ликвидировать параректальные свищи, как правило, не удастся. Оперативное лечение производят обычно в стационарных условиях. Иногда при обеспечении домашней госпитализации оперируют амбулаторно поверхностные свищи, располагающиеся кнутри от сфинктера прямой кишки. Накануне больному дают слабительное, назначают две клизмы — вечером и утром. Опера-

цию производят под местной инфильтрационной и анестезией и 0,5% раствором новокаина. В свищевой ход вводят желобоватый зонд и по нему рассекают кожу и слизистую оболочку, обнажая весь свищ. Для ориентации в возможном наличии отрогов свища его перед вмешательством предварительно прокрашивают метиленовым синим или бриллиантовым зеленым. Выскабливают гнойные грануляции. Образовавшуюся рану заполняют тампоном, смоченным синтомициновой эмульсией, и накладывают прежезностную повязку. На 5 дней задерживают стул, назначая сульфаниламидные препараты перорально. Перевязку производят через 2 дня. Меняют тампон. В дальнейшем применяют повторные сидячие ванночки с перманганатом

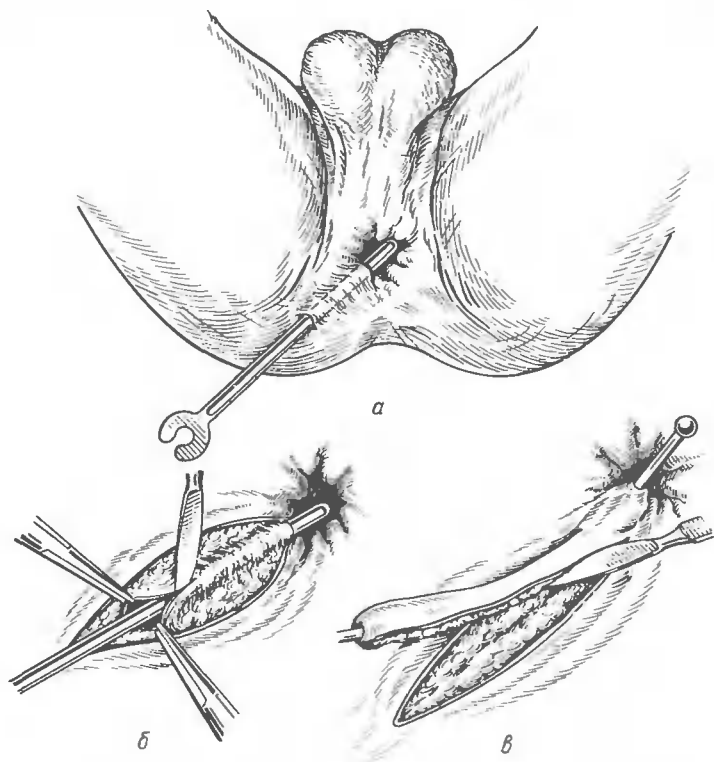


Рис. 63. Операция при поверхностных подкожных и подслизистых свищах

a — введение желобоватого зонда в свищевой ход; *б* — рассечение свища по всей его длине; *в* — иссечение свищевых ходов с покрывающей его кожей в пределах здоровых тканей.

калия. Не следует допускать раннего склеивания краев раны, так как это приводит к рецидиву свища. Рана должна постепенно выполняться со дна грануляциями и заживать вторичным натяжением.

Поверхностно расположенный подкожно-по дслизистый свищ можно полностью иссечь в пределах здоровых тканей вместе с участком кожи и слизистой оболочки у заднепроходного отверстия. Используют местную инфльтрационную анестезию. В свищевой ход вводят пугчатый зонд, на нем выворачивают наружу внутреннее отверстие свища. Окаймляющим разрезом вдоль свищевго хода с обеих сторон полностью иссекают его в пределах здоровых тканей (рис. 64). После этого образовавшуюся рану зашивают, захватывая в узловые швы и ткани на дне раны во избежание образования подкожной полости. Стул задерживают на 2—3 сут назначением сульфаниамидных препаратов. При заживлении первичным натяжением швы снимают на 8-е сутки.

Более глубокие чрессфинктерные и расположенные кнаружи от сфинктера свищи с высоким внутренним отверстием, открывающимся в просвет кишки, трудно поддаются лечению. Сами операции более сложны и могут выполняться только в стационаре достаточно опытными хирургами. Эти вмешательства не относятся к малой хирургии.

КОПЧИКОВАЯ ДЕРМОИДНАЯ КИСТА

Острое гнойное воспаление дермоидной копчиковой кисты служит показанием к срочной операции — вскрытию и опорожнению гнойника. Применяют местную инфльтрационную анестезию по линии разреза. В условиях стационара лучше применять кратковременный наркоз. Над припухлостью кожу рассекают продольно. Длина разреза должна быть достаточной для обнаружения всей полости гнойника, которую выскабливают костной ложкой. Рану рыхло заполняют тампонами с гипертоническим раствором хлорида натрия. Послеоперационное лечение продолжают в течение нескольких недель в стационаре или амбулаторно. Рана постепенно выполняется грануляциями, закрывается, но, как правило, формируется свищ; периодически обостряется гнойный процесс, если свищ временно закрывается.

Радикальную операцию производят в «холодном» периоде, когда нет признаков острого воспаления. Эту операцию выполняют под кратковременным наркозом в стацио-

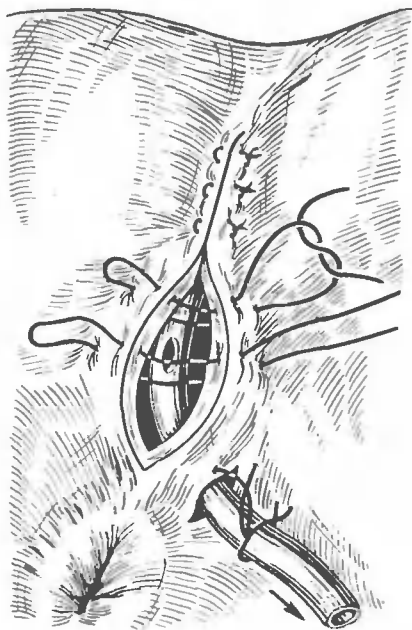


Рис. 65. Дренирование и ушивание раны после радикального иссечения дермоидной копчиковой кисты по Литтману.

наре. Предварительно прокрашивают свищевой ход метиленовым синим. Положение больного на животе. Окаймляющим свищ разрезом иссекают участок окружающей кожи. Далее вглубь иссекают стенки дермоидной кисты без ее вскрытия и отделяют от фасции, покрывающей копчик и крестец. Отроги кисты, определяемые по синему окрашиванию, дополнительно иссекают [Литтманн И., 1982].

Таким образом дермоидную кисту удаляют полностью в пределах здоровых тканей. Гемостаз осуществляют лигированием сосудов кетгутом или электрокоагуляцией. На дно раны помещают силиконовый дренаж с несколькими отверстиями. Дренажную трубку выводят наружу через отдельный разрез. Рану зашивают вертикальными матрацными швами по Донати (рис. 65). Дренажную трубку подключают к активному отсосу или резиновому баллону (груше) для обеспечения в послеоперационном периоде в течение 4—5 сут аспирации раневого отделяемого, что способствует более быстрому сближению краев раны и склеиванию их с последующим срастанием. При благоприятном течении продолжительность лечения сокращается до 2 нед.

Глава 9

ОТДЕЛЬНЫЕ МАЛЫЕ ОПЕРАЦИИ

В предыдущих главах изложено лечение конкретных хирургических заболеваний, описаны соответствующие

операции, показания к ним, ведение послеоперационного периода. Однако некоторые операции в объеме малой хирургии, выполняемые в амбулаторно-поликлинических учреждениях по неотложным показаниям и при ряде других заболеваний, не нашли отражения. В данной главе представлено описание техники этих оперативных вмешательств, занимающих определенное место в работе амбулаторного хирурга, который должен уметь их практически выполнять.

ВЕНЕСЕКЦИЯ

У ряда больных плохо выражены подкожные вены, а в состоянии шока и коллапса вены запустевают и пунктировать их очень трудно, порой практически не удается. В поликлинике и амбулатории внутривенные инфузии по жизненным показаниям приходится производить именно в условиях тяжелого шока и массивной кровопотери при оказании первой врачебной помощи. Надежно ввести широкую иглу или внутривенный катетер в периферическую вену у таких больных можно методом венесекции, владеть которым должен врач амбулаторно-поликлинического учреждения.

Чаще производят венесекцию в области локтевого сгиба. Кожу на месте предстоящей операции обрабатывают спиртом и раствором йода (йодоната). Накладывают на плечо венозный жгут для определения локализации и выбора подкожной вены. Затем производят местную инфильтрационную анестезию 0,5% раствором новокаина и разрез кожи длиной 3—4 см в косом направлении по отношению к избранной подкожной вене. Ее выделяют из окружающей клетчатки и подводят под нее две лигатуры. Одной из них перевязывают периферическую часть вены. Затем остроконечными ножницами рассекают стенку центральной части вены на половину окружности. В просвет сосуда вставляют иглу Дюфо или внутривенный катетер, который фиксируют к вене циркулярной второй лигатурой (рис. 66). Кожную рану ушивают. Иглу или катетер присоединяют к системе, ранее заполненной раствором для внутривенных вливаний. Трубку от системы и канюлю иглы фиксируют к коже полоской лейкопластыря. На рану накладывают повязку. Набор стерильных инструментов для венесекции должен всегда быть в перевязочной.

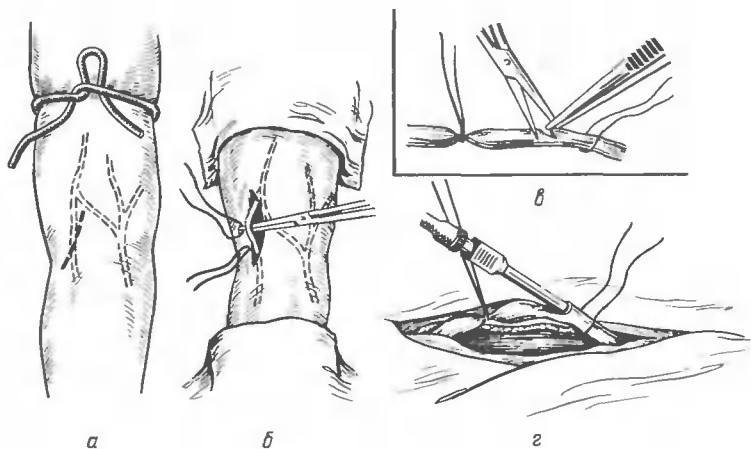


Рис. 66. Венесекция.

a — направление разреза кожи над веной; *б* — перевязка вены у дистального угла раны, подведение под вену второй лигатуры; *в* — рассечение передней стенки вены; *г* — введение в просвет вены толстой иглы, которую фиксируют проксимальной лигатурой вокруг вены.

ТРАХЕОСТОМИЯ

В амбулаторных условиях трахеостомию всегда производят по экстренным показаниям при остро возникшей асфиксии вследствие ранений и травм лица и шеи, ожогов верхних дыхательных путей, истинного и ложного крупа, острого отека голосовых связок. Операция носит неотложный характер, выполнение ее необходимо осуществлять в кратчайшие сроки. В перевязочной (операционной) должен быть в постоянной готовности стерильный набор для трахеостомии.

Положение больного на спине с подложенным на уровне лопаток валиком. Голову запрокидывают назад. Операционное поле (переднебоковая поверхность шеи) обрабатывают обычным способом. Местную инфильтрационную анестезию производят 0,5% раствором новокаина кожи и подкожной жировой клетчатки. Глубжележащие ткани анестезируют по ходу операции. В терминальном состоянии допустимо выполнение трахеостомии без анестезии ради спасения жизни. Операционное поле обкладывают стерильным полотенцем или большими салфетками, приклеивая их клеолом к коже подбородка, боковой поверхности шеи и на уровне ключиц.

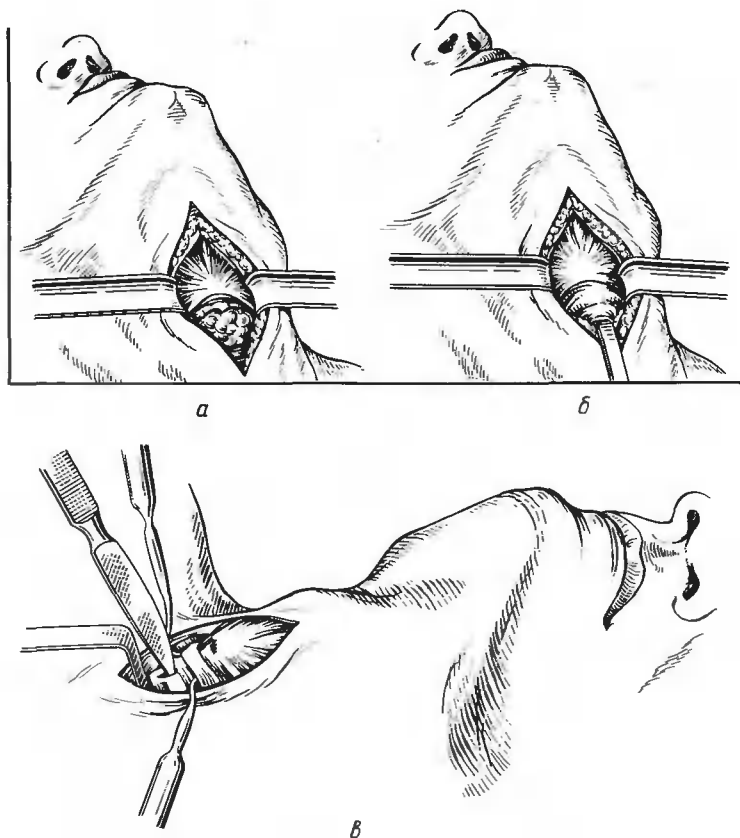


Рис. 67. Верхняя трахеостомия.

a — продольный срединный разрез шеи, обнажение перешейка щитовидной железы; *б* — обнажение передней поверхности трахеи; *в* — фиксация трахеи острым однозубым крючком, продольное рассечение хрящевых колец трахеи.

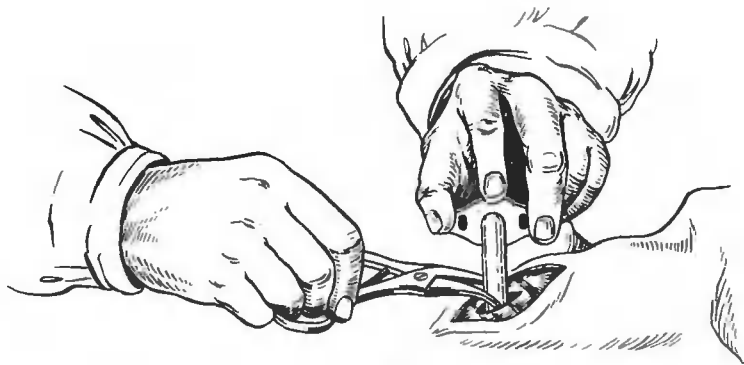
Хирург становится с правой стороны от больного. Строго по средней линии от щитовидного хряща до яремной ямки рассекают кожу, подкожную жировую клетчатку, подкожную мышцу шеи, фасции и обнажают плоские мышцы шеи, идущие от подъязычной кости к грудице. Мышцы разделяют тупо по средней линии и разводят пластинчатыми крючками в стороны. Обнажают перешеек щитовидной железы и трахею. Все время продвижения вглубь оператор должен пальпаторно ориентироваться на переднюю поверхность трахеи (ощущаются плотные хрящевые

кольца на фоне окружающих мягких тканей). Это необходимо, чтобы избежать отклонения доступа от средней линии шеи, особенно если ассистент, разводя ткани крючками, прикладывает одной рукой большее усилие, чем другой.

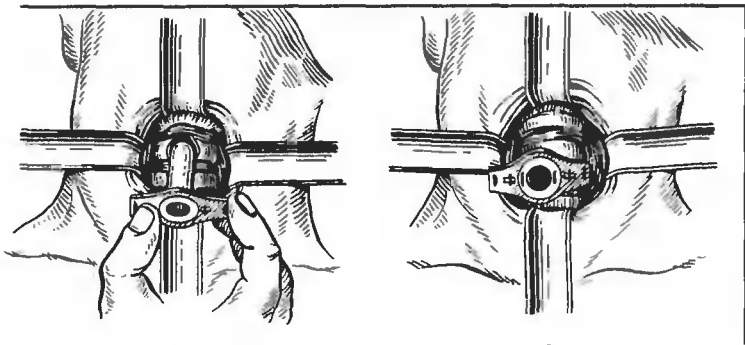
Обнаженный перешеек щитовидной железы смещают сверху после отсечения капсулы железы от трахеи. По ходу операции кровоточащие сосуды лигируют, чтобы в трахею не затекала кровь. Острым однозубым крючком прокалывают переднюю стенку трахеи ниже перстневидного хряща и под него подводят крючок. Затем с его помощью подтягивают трахею кверху и фиксируют в таком положении. Можно обойтись одним крючком. При глубоком расположении нижней части шейного отдела трахеи его приподнимают однозубым крючком, заведенным за хрящевое кольцо. Затем рассекают переднюю стенку трахеи по средней линии на уровне II и III хрящевых колец (рис. 67). В этот момент обычно у больного возникает сильный кашель, вследствие чего пенная мокрота с кровью под давлением вылетает через отверстие в трахее и может забрызгать лицо оперирующему хирургу и ассистенту. В связи с этим во время кашля отверстие в трахее прикрывают марлевой салфеткой. Специальным расширителем (в крайнем случае кровоостанавливающим зажимом) раздвигают края раны передней стенки трахеи и вводят в нее трахеотомическую трубку соответствующего диаметра (рис. 68). Расширитель удаляют. Трубку поворачивают изгибом по длинной оси трахеи и продвигают книзу до упора поперечной панели трубки в переднюю поверхность шеи.

Накладывают один — два шва на мышцы и кожу выше и ниже трахеотомической трубки, однако не стремясь герметично закрыть кожную рану вокруг трубки. Во время кашля воздух в избытке устремляется не только в трубку, но и мимо нее через рану трахеи и попадает в подкожную жировую клетчатку. Не имея выхода наружу при плотном ушивании раны, воздух распространяется в клетчатке, что ведет к развитию подкожной эмфиземы. Трубку за соответствующие отверстия в панели фиксируют марлевой (матерчатой) тесемкой вокруг шеи. Этому элементу надо придавать серьезное значение, имея в виду предупреждение возможного выпадения трубки из трахеи во время кашля. Под панель трубки подводят стерильную салфетку.

После трахеостомии явления асфиксии обычно прохо-



a



б

в

Рис. 68. Введение трахеотомической трубки.

a — введение конца трубки в трахею после расширения раны; *б* — продвижение трубки вдоль просвета трахеи; *в* — завершение введения трубки.

дят, состояние стабилизируется и больных направляют для дальнейшего лечения в соответствующий стационар. Иногда вскоре после введения трубки вновь возникают явления асфиксии, если дистальное отверстие трубки или ее просвет закрылись фибриновой пленкой, сгустком крови и мокроты. Последнюю следует эвакуировать через резиновый катетер с помощью электроотсоса, шприцем Жане или баллоном Ричардсона (эластичной резиновой грушей). Если осуществить это невозможно, то извлекают внутреннюю трахеотомическую трубку, очищают ее и вставляют вновь.

Иногда наблюдается ошибочное введение трубки не в трахею, а в околотрахеальное пространство. Это возможно при недостаточном разведении крючками мягких тканей

и расширении раны самой трахеи. Конец трахеотомической трубки упирается в край передней стенки трахеи и соскальзывает на ее боковую поверхность в мягкие ткани. Положение трахеотомической трубки всегда следует проверить: наличие кашля и струи выходящего воздуха из просвета трубки свидетельствует о том, что она находится в просвете трахеи. Периодически по мере накопления на стенках трубки фибрина, подсыхающей мокроты внутреннюю канюлю извлекают и прочищают, отмывают проточной водой, обрабатывают антисептиками или стерилизуют кипячением и вставляют вновь.

ТОРАКОЦЕНТЕЗ

Разрез-прокол грудной стенки для введения дренажной трубки — торакоцентез, в амбулаторно-поликлинических условиях показан при спонтанном и напряженном пневмотораксе, когда пункция плевральной полости оказывается недостаточной для разрешения угрожающего состояния. Такие ситуации возникают иногда и при проникающих ранениях груди, тяжелых закрытых травмах, сочетающихся с напряженным пневмотораксом, гемопневмотораксом. Показано дренирование плевральной полости также при массивном накоплении экссудата; в стационаре — при эмпиемах плевры, упорном спонтанном пневмотораксе, травмах груди, гемотораксе, после операций на органах грудной полости.

Торакоцентез и введение дренажной трубки наиболее просто осуществить с помощью троакара. Во втором межреберье по среднеключичной линии (для удаления избытка воздуха) или в восьмом по средней подмышечной линии (для удаления экссудата) производят инфильтрационную анестезию 0,5 % раствором новокаина до париетальной плевры. Скальпелем делают разрез-прокол кожи и поверхностной фасции размером немного больше диаметра троакара. К нему подбирают дренажную трубку, которая должна свободно проходить через трубку троакара. Чаще для этой цели используют силиконизированные трубки из одноразовых систем для переливания крови.

Через кожную рану вводят в плевральную полость троакар со стилетом по верхнему краю ребра. Необходимо приложить определенное усилие на троакар, проводя одновременно небольшие вращательные движения им. Проникновение в плевральную полость определяется ощущением «провала» после преодоления париетальной плев-

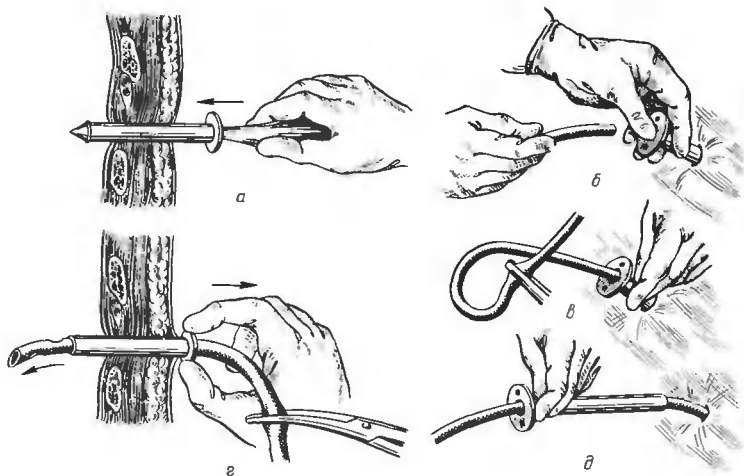


Рис. 69. Торакоцентез. Введение дренажной трубки с помощью троакара.
a — введение троакара в плевральную полость; *б* — извлечение стилета, отверстие в трубке троакара временно прикрыто пальцем; *в* — введение в плевральную полость дренажной трубки, конец которой пережат зажимом; *г, д* — извлечение трубки троакара.

ры. Извлекают стилет и проверяют положение трубки троакара. Если конец ее в свободной плевральной полости, то по ней поступает воздух в такт с дыханием или выделяется плевральный экссудат. Через трубку троакара вставляют подготовленную дренажную трубку, в которой делают несколько боковых отверстий (рис. 69). Металлическую трубку троакара извлекают, а дренажную фиксируют к коже шелковой лигатурой, обводя нитку 2 раза вокруг трубки и плотно затягивая узел для предотвращения выпадения дренажа при движениях больного и во время транспортировки.

Если нет троакара или необходимо ввести дренаж диаметром шире, чем трубка троакара, используют методику, показанную на рис. 70. После разреза-прокола кожи и фасции в мягкие ткани межреберья (по верхнему краю ребра) вводят с некоторым усилием сведенные бранши зажима Бильрота, раздвигают мягкие ткани, париетальную плевру и проникают в плевральную полость. Зажим поворачивают кверху, параллельно внутренней поверхности грудной стенки и раздвигают бранши, расширяя рану грудной стенки. Захватывают извлеченным зажимом дренажную трубку и вместе их вводят в плевральную полость

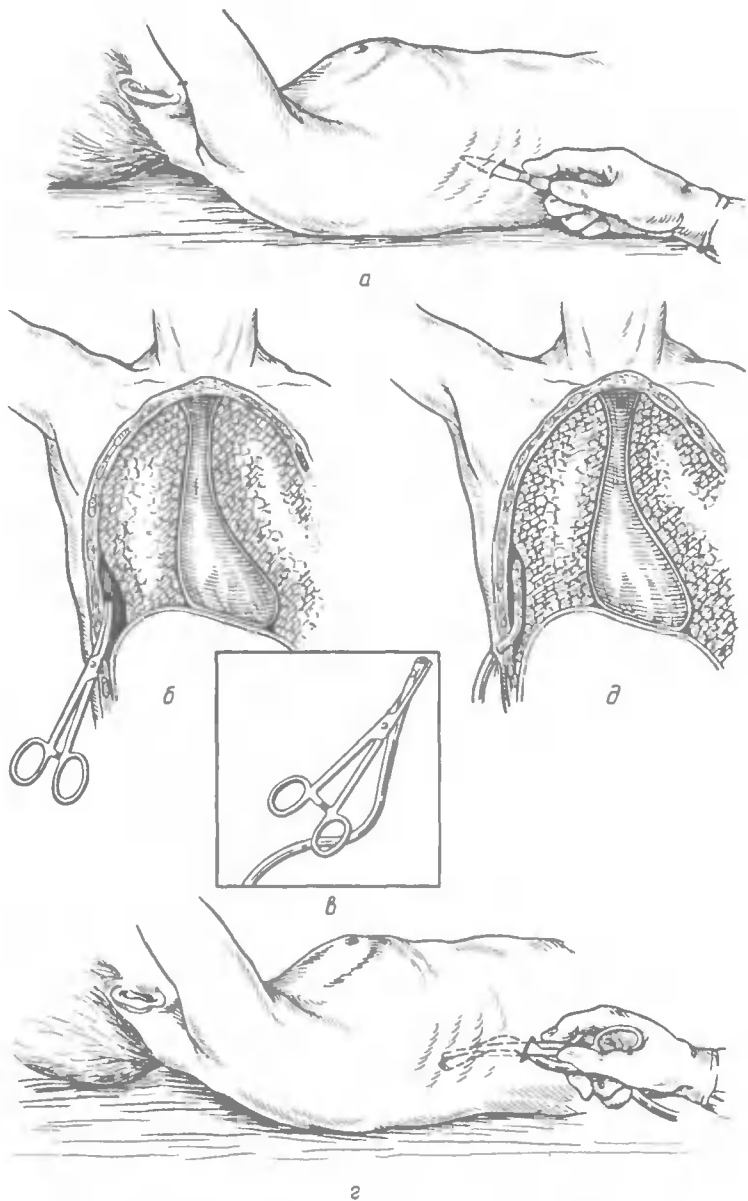


Рис 70. Введение плеврального дренажа с помощью зажима.
a — разрез-прокол кожи и подкожной жировой клетчатки; *б* — тупое раздвижение мягких тканей межреберья зажимом Бильрота; *в* — наложение зажима на конец дренажной трубки; *г* — введение дренажа в плевральную полость через подготовленный раневой канал; *д* — фиксация дренажной трубки к коже лигатурой.

по ранее подготовленному раневому каналу. Зажим с разведенными браншами извлекают из плевральной полости, одновременно придерживая и проталкивая вглубь дренажную трубку, чтобы она не смещалась вместе с зажимом. Проверяют положение трубки, отсасывая по ней шприцем воздух или плевральную жидкость. Если необходимо, продвигают ее глубже и затем фиксируют шелковой лигатурой к коже.

На свободный конец дренажной трубки надевают и фиксируют циркулярной лигатурой палец резиновой перчатки с рассеченной верхушкой и помещают в банку с антисептическим раствором (фурацилином), покрывающим только конец трубки. Это простое приспособление предупреждает засасывание воздуха из атмосферы в плевральную полость во время вдоха. Создается своеобразная клапанная система, позволяющая жидкости и воздуху только выходить из плевральной полости наружу, но препятствующая поступлению его из банки. При транспортировке больного конец дренажа помещают во флакон, который привязывают к носилкам или к поясу больного, находящегося во время транспортировки в вертикальном (сидячем) положении. Даже если трубка (с рассеченным пальцем от перчатки на конце) выпадает из флакона, то действие клапанного механизма дренажа сохранится: при возникновении отрицательного давления в плевральной полости спадаются стенки пальца от перчатки и перекрывается доступ воздуха в периферический конец дренажа. В специализированных стационарах дренажную трубку подсоединяют к отсосу (системе активной аспирации), что позволяет поддерживать легкое в расправленном состоянии.

ЛАПАРОЦЕНТЕЗ

В поликлинических условиях разрез-прокол передней брюшной стенки (лапароцентез) производят преимущественно для эвакуации асцитической жидкости у больных с циррозом печени различного генеза; в хирургических стационарах — с диагностической целью при закрытых травмах живота для обнаружения излившейся крови в брюшную полость, а также при проведении лапароскопии. При асците больной обычно сидит, в других случаях вмешательство производят в положении больного лежа на спине. Предварительно освобождают кишечник и мочевой пузырь. Применяют местную инфильтрационную анесте-

зию 0,5 % раствором новокаина. Лапароцентез осуществляют чаще по средней линии живота на середине расстояния между пупком и лобком.

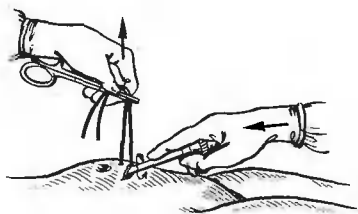
Остроконечным скальпелем на анестезированном и обработанном антисептиками участке передней брюшной стенки производят разрез-прокол несколько шире диаметра троакара. Рассекают кожу, поверхностную фасцию. Не следует с усилием «протыкать» скальпелем брюшную стенку, так как после преодоления значительного сопротивления кожи скальпель затем легко может соскользнуть вглубь, проникнуть в брюшную полость и повредить прилегающие петли кишки. Задача заключается в дозированном разрезе-проколе практически только кожи. В образовавшуюся рану вставляют троакар со стилетом и вращательными движениями относительно свободно продвигают его через фасцию, мышцы и париетальную брюшину, проникая в брюшную полость. Апоневроз белой линии живота на этой уровне выражен слабо.

Извлекают стилет троакара. Если вытекает струей асцитическая жидкость, значит трубка троакара находится в брюшной полости. Наружный конец трубки наклоняют вниз и продвигают еще на 1—2 см в брюшную полость, чтобы проксимальный конец ее не сместился в мягкие ткани брюшной стенки во время относительно продолжительной манипуляции выведения асцитической жидкости. В таком положении трубку держат за канюлю пальцами. Жидкость стекает в таз по заранее подвязанной к нижней части живота больного клеенке (пленке) в виде фартука. Соблюдение асептики обязательно. Манипуляцию производят в стерильных перчатках.

Жидкость выпускают без форсирования, ориентируясь на общее состояние больного. Для поддержания стабильного давления в брюшной полости помощник постепенно стягивает живот больного полотенцем. По завершении эвакуации асцитической жидкости извлекают трубку троакара и на рану брюшной стенки накладывают один шов и марлевую повязку. Живот целесообразно «ушить в полотенце» с некоторым натяжением, чтобы сохранить привычное для больного внутрибрюшное давление.

В стационаре для диагностики внутрибрюшного кровотечения или определения характера имеющегося экссудата производят лапароцентез и через трубку троакара в брюшную полость вводят «шарящий» катетер, по которому шприцем отсасывают содержимое (рис. 71). Если оно не поступает в шприц, то в брюшную полость вводят 200 мл

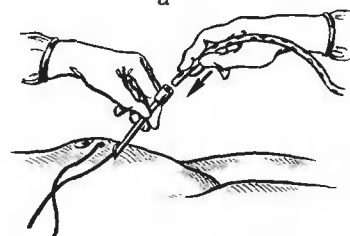
Рис 71. Лапароцентез для эвакуации асцитической жидкости и *a* диагностической целью. *a* — введение троакара в брюшную полость; *b* — введение через трубку троакара «шарящего» катетера; *в* — получение в шприце патологического содержимого брюшной полости.



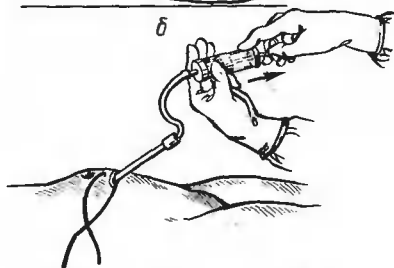
изотонического раствора хлорида натрия и вновь аспирируют жидкость. По цвету и запаху этой жидкости можно судить о кровоизлиянии в брюшную полость или повреждении полога органа. Для проведения лапароскопии — визуального осмотра брюшной полости через трубку троакара, вводят специальный эндоскопический аппарат — лапароскоп.



a



b



в

ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ФИМОЗА

Фимоз — сужение крайней плоти, препятствующее обнажению головки полового члена. Показания к операции: затруднение мочеиспускания, упорное хроническое воспаление препуциального мешка (баланопостит), препятствие при половых сношениях. В порядке подготовки к операции необходимо санировать препуциальный мешок повторными промываниями раствором фурацилина или других антисептиков. Операцию выполняют под местной инфильтрационной анестезией 0,5% раствором новокаина.

При небольшом препуциальном мешке производят пластическую операцию — препуцитомию. Через отвер-

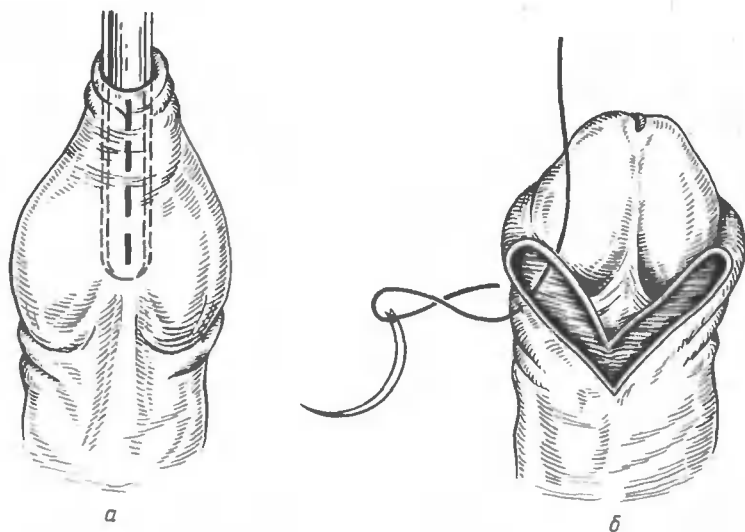


Рис. 72. Препуциотомия при фимозе.

a — введение желобоватого зонда между нижней поверхностью головки полового члена и крайней плотью; *б* — пластическое ушивание раны крайней плоти после ее рассечения.

стие в крайней плоти вводят желобоватый зонд, продвигая его между стенкой препуциального мешка и тыльной поверхностью головки полового члена. Над этим зондом продольно рассекают оба листка крайней плоти. Обнажают головку полового члена. Производят гемостаз. Рассеченные продольно листки крайней плоти сшивают в поперечном направлении, тем самым расширяя вход в препуциальный мешок до необходимого диаметра (рис. 72). Проведение этой операции возможно в амбулаторных условиях.

При большом препуциальном мешке, значительных морфологических изменениях в его стенках вследствие длительного хронического воспаления производят более радикальную операцию — круговое иссечение крайней плоти — циркумизию. Продольно по тыльной поверхности полового члена рассекают оба листка препуциального мешка до их основания (рис. 73), несколько короче производят разрез противоположной стенки мешка, чтобы не повредить уздечку крайней плоти. На углы обоих разрезов накладывают шов-держалку и ножницами циркулярно иссекают крайнюю плоть отступя 0,5 см от корня головки полового члена. По окружности сшивают оба листка культи

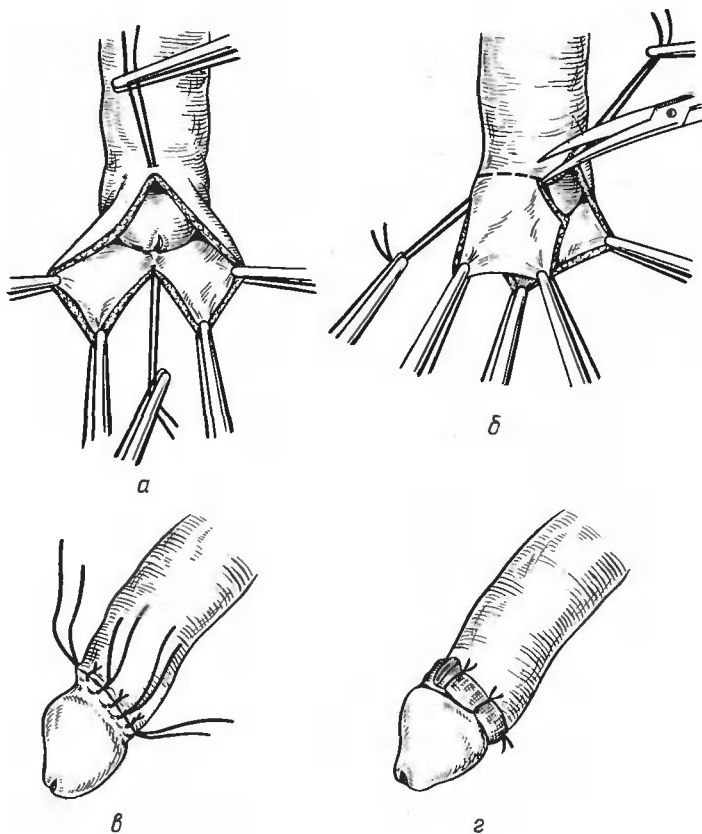


Рис. 73. Циркумцизия при фимозе.

а — рассечение крайней плоти продольными разрезами; *б* — циркулярное иссечение крайней плоти — собственно циркумцизия; *в* — швы на оставшееся основание листков крайней плоти; *г* — фиксация теми же швами циркулярной марлевой повязки.

препуциального мешка. Этими же швами подвязывают узкую марлевую салфетку в качестве повязки на рану (рис. 73). Следует предупредить больного избегать смачивания этой салфетки мочой. Швы снимают через 6 сут.

ДРУГИЕ ОПЕРАЦИИ

Пластическая операция при короткой уздечке крайней плоти показана в тех случаях, когда затруднено полное обнажение головки полового члена, появляются боли,

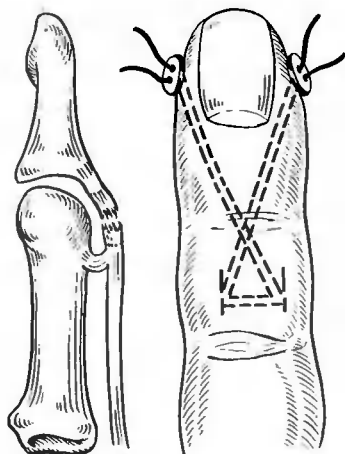
надрывы и кровотечения из уздечки при половом акте. Под местной инфильтрационной анестезией 0,5% раствором новокаина производят поперечный разрез уздечки и за ее пределы длиной 1—1,5 см. Гемостаз осуществляют марлевыми шариками, смоченными перекисью водорода, или лигированием сосудов. Пластическое ушивание разреза крайней плоти производят продольно кетгутowymi швами, вследствие чего головка полового члена выравнивается и свободно обнажается. Препуциальный мешок закрывают. Повязку не накладывают. Швы не снимают.

Подкожная перевязка варикозных вен голени по Маркову показана при ограниченном умеренно выраженном варикозном расширении подкожных вен без трофических нарушений и изменений кожных покровов. Операцию производят в основном из косметических соображений, и ее можно выполнять в амбулаторных условиях. Предварительно в вертикальном положении больного отмечают на коже ход извитых варикозных вен тонкой палочкой с ватой, смоченной нитратом серебра или раствором бриллиантового зеленого. Применяют местную инфильтрационную анестезию в местах предстоящего прошивания вены.

Суть вмешательства состоит в следующем. Используют крутую режущую иглу и кетгутowe или капроновые нити. Прокол иглой производят на 3 мм от контурируемой стенки вены. Иглу с нитью проводят под веной с выколом тоже на 3 мм от вены, но с другой ее стороны. Затем через это же место выкола проводят иглу с той же нитью в обратном направлении, но теперь над веной, т. е. между веной и кожей. Выкол — на место первого вкола иглы. Таким образом, оба конца нити оказываются выведенными через один прокол, а в петле нити захвачена варикозно-измененная вена. Концы лигатуры туго завязывают с образованием кожной складки над веной. Таким образом, вену прошивают на всем варикозно-измененном участке. Расстояние между лигатурами равно 3 см. Поочередно над каждой лигатурой двумя руками растягивают кожу в стороны, вследствие чего расширяется пункционное отверстие, а лигатурные узлы ускользают под кожу. Накладывают на голень асептическую повязку. Рекомендуется на протяжении 1—2 мес носить эластичный чулок. Эффект вмешательства при правильном подборе больных хороший.

Оперативное лечение разрыва сухожилия разгибателя пальца показано, если консервативными мероприятиями не удастся достичь сращения его и восстановления фун-

Рис. 74. Фиксирующий шов Беннела при разрыве сухожилия разгибателя пальца.



кции. Применяют проводниковую анестезию по Лукашевичу. Проводят разрез кожи по косой изогнутой линии на тыле дистальной фаланги и над дистальным межфаланговым суставом. Обнажают сухожилие и оба конца его прошивают двумя капроновыми или лучше монофильными нитями, которые с помощью иглы проводят подкожно на боковые поверхности пальца у краев ногтя (рис. 74). Оба конца нитей с натяжением завязывают на пуговицах, опирающихся в палец. Имобилизацию пальца осуществляют гипсовой ладонной лонгетой сроком на 4 нед. Затем узлы срезают и нити вытягивают. Конец проводимой через ткани нити предварительно тщательно обрабатывают раствором йода для предупреждения заноса микробов по ходу продвижения нити.

Удаление инородного тела из-под ногтя. В амбулаторно-поликлинические учреждения обращаются больные после неудачной попытки извлечь деревянную или металлическую занозу, свободный конец которой обломался. Под проводниковой анестезией по Лукашевичу остроконечными ножницами иссекают клиновидный участок ногтя над инородным телом, достаточный для того, чтобы обнажить конец занозы. Захватывают ее пинцетом и извлекают. Рану тщательно обрабатывают перекисью водорода и раствором йода. Накладывают повязку с синтомициновой эмульсией. Обязательно проведение экстренной профилактики столбняка.

Глава 10

ВРАЧЕБНЫЕ МАНИПУЛЯЦИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Основу и наиболее сложный раздел профессиональной деятельности хирурга амбулаторно-поликлинического учреждения составляет проведение хирургических операций.

Одновременно он выполняет ряд врачебных манипуляций, которые по сложности и ответственности нередко не уступают оперативным вмешательствам. Необходимость в некоторых манипуляциях встречается почти ежедневно (перевязки, смена тампонов, дренажей, снятие швов, новокаиновые блокады и др.), в других — реже или совсем редко. В данной главе представлены в основном относительно сложные манипуляции, в выполнении которых практический врач может встретить затруднения.

СКЛЕРОЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВАРИКОЗНОМ РАСШИРЕНИИ ПОДКОЖНЫХ ВЕН

Инъекционно-склерозирующий метод лечения варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей является основным в амбулаторных условиях. Этот метод можно применять и как дополнение к оперативному лечению при рассыпном типе расширенных вен или локальном их поражении в целях достижения лучшего косметического результата. Основным показателем служит умеренно выраженное неосложненное расширение подкожных вен. Противопоказана склерозирующая терапия при склонности к гиперкоагуляции, тромбофлебитам, при остром воспалении окружающих тканей, непроходимости глубоких вен, у лиц преклонного возраста.

В качестве флебосклерозирующих препаратов применяют варикоцид (1 мл 5% раствора), вистарин (1 мл 10,8% раствора), хлорид натрия (5 мл 20% раствора), глюкозу (10 мл 66% раствора) и др. В вертикальном положении больного накладывают венозный жгут на нижнюю треть бедра или верхнюю треть голени. Затем больной ложится. Производят пункцию хорошо контурируемой варикозно-расширенной вены. Иглу вводят под острым углом в дистальном направлении в отличие от обычных пункций вены. После убеждения, что игла находится в просвете вены, жгут снимают, конечность приподнимают для обеспечения оттока и опорожнения вен. Набирают 1 мл склерозирующего раствора и 0,5–1 мл воздуха и вводят этот состав в вену; иглу извлекают и тотчас накладывают давящую повязку или эластичный бинт на голень. Больной должен ходить после этого в течение 2–3 ч.

Введение со склерозирующим раствором небольшого количества воздуха в вену (по Орбаху) производят с целью вытеснения крови и обеспечения лучшего контакта пре-

парата со стенкой вены. Тугое бинтование способствует склеиванию и срастанию стенок вены и запустеванию ее просвета. Ходьба после инъекции предупреждает тромбирование глубоких вен. Тугое бинтование продолжают в течение месяца. Вначале вводят препарат в одну вену (варикозный узел), а через 4—5 дней при хорошей переносимости еще в четыре — пять узлов. Инъекции повторяют через 4 дня несколько раз. Обычно вначале склерозируют центрально расположенные варикозные узлы, затем дистальные.

Паравенозное введение препарата относится к осложнениям метода. Возникает боль, появляется паравенозное уплотнение от введенной жидкости. Подкожно в эту область следует сразу ввести 5 мл 1 % раствора новокаина для обезболивания и снижения концентрации препарата. Возможны проявления индивидуальной непереносимости препарата с выраженным головокружением, чувством страха, жара, коллаптоидным состоянием.

ПЛЕВРАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ

Пункцию плевральной полости в амбулаторно-поликлинических учреждениях производят преимущественно в порядке оказания неотложной помощи больным со спонтанным и напряженным пневмотораксом для эвакуации скопившегося в плевральной полости воздуха. При клапанном пневмотораксе резко нарушается дыхание. Задача врача — предотвратить развитие тяжелой дыхательной недостаточности, характерной для напряженного пневмоторакса. Тонкой иглой во втором межреберье по среднеключичной линии анестезируют кожу, межреберные мышцы и париетальную плевру 0,5% раствором новокаина. Затем толстой иглой типа Дюфо в межреберье по верхнему краю II ребра пунктируют плевральную полость. Воздух с шумом устремляется через иглу наружу. Для создания клапана, пропускающего воздух только в одном направлении (из плевральной полости наружу), на канюлю иглы надевают и фиксируют циркулярной лигатурой рассеченный палец от резиновой перчатки. Иглу наклоняют книзу и фиксируют к коже лигатурой, чтобы она не сместилась при последующей транспортировке больного в хирургический стационар.

При спонтанном ненапряженном пневмотораксе также показана плевральная пункция с диагностической и лечебной целью. Производят ее во втором межреберье по средне-



Рис. 75. Герметичная превральная пункция с использованием вставки Из резиновой трубки между иглой и шприцем.

ключичной линии. Особенность этой пункции заключается в необходимости проведения мероприятий по предупреждению засасывания воздуха из атмосферы через иглу в плевральную полость. Простейшее приспособление для этой цели — резиновая трубка, которую надевают на канюлю иглы, а противоположный конец соединяют герметично со шприцем (рис. 75). Для этого в просвет конца трубки вставляют съемную соединительную канюлю. Такое же приспособление необходимо использовать и во время плевральных пункций по поводу гемоторакса, плеврита.

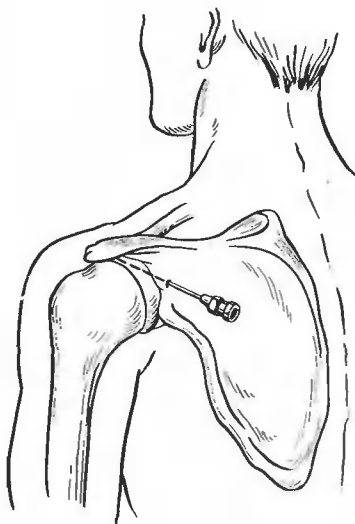
После наполнения шприца отсасываемым воздухом или плевральной жидкостью помощник накладывает зажим на резиновую трубку; только после этого отсоединяют шприц от трубки, опорожняют его и присоединяют вновь, снимают зажим и аспирируют новую порцию воздуха или экссудата. Иглу в плевральную полость проводят на глубину с учетом толщины грудной стенки. Бесконтрольно глубокое продвижение иглы может привести к повреждению легкого, диафрагмы, выпуклой поверхности печени. Если дефект в висцеральной плевре небольшой или прикрылся

Рис 76. Пункция плечевого сустава.

фибрином, то пункционным методом можно полностью эвакуировать воздух, скопившийся в плевральной полости при спонтанном пневмотораксе, и расправить легкое.

ПУНКЦИЯ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

В амбулаторно-поликлинических учреждениях пункцию плечевого сустава производят для новокаиновой анестезии перед вправлением вывиха плеча, а также при лечении плечелопаточного периартрита. Манипуляцию выполняют при строгом соблюдении асептики. Вкол иглы производят под задним краем верхушки акромиального отростка лопатки в пальпируемой ямке у заднего края дельтовидной мышцы. Направление продвижения иглы — сзади наперед и несколько кверху к проекции клювовидного отростка лопатки (рис. 76). Для анестезии вводят 30 мл 1% раствора новокаина. При плечелопаточном периартрите вводят в полость сустава и параартикулярные ткани 25—50 мг гидрокортизона с 10 мл 0,5% раствора новокаина. Через 4—5 дней введение гидрокортизона повторяют. На курс всего 3—4 пункции.



ПУНКЦИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Избыточное накопление в полости сустава выпота при хроническом посттравматическом синовите, выраженный гемартроз после острой травмы являются основными показаниями для пункции коленного сустава в поликлинических условиях. Вкол иглы производят по медиальной поверхности сустава под нижним краем пальпируемого внутреннего мыщелка бедра, т. е. на уровне суставной щели (рис. 77). Вначале тонкой иглой анестезируют кожу, затем более толстой иглой проникают в полость сустава при слегка согнутой голени. По возможности пальпаторно выбирают участок наибольшего зияния суставной щели.

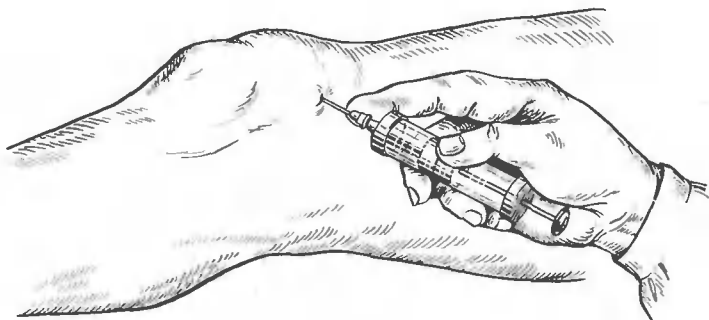


Рис 77. Пункция коленного сустава.

Проникновение иглы в полость сустава определяется по снижению сопротивления, ощущению «провала» иглы в пустоту.

Если конец иглы упирается в кость (ощущается жесткое сопротивление), то отсоединяют шприц, а иглу слегка извлекают и затем вновь продвигают вглубь, но в другом направлении, ориентируясь на проекцию суставной щели. Если в суставе много выпота или крови, то проникновение в его полость существенно облегчается. После эвакуации выпота при хроническом синовите в полость сустава вводят 25 мг гидрокортизона с раствором антибиотиков для снижения дальнейшей воспалительной экссудации. При гемартрозе после максимального удаления излившейся крови накладывают давящую повязку на сустав.

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Показания для этой процедуры в амбулаторных условиях возникают обычно при острой задержке мочи, а также необходимости промывания пузыря и введения в него лекарственных средств по соответствующим показаниям. Проще и безопаснее пользоваться резиновым уретральным катетером. Больного укладывают на спину горизонтально. Головку полового члена обрабатывают марлевым шариком, смоченным раствором фурацилина, 5% раствором борной кислоты или другим антисептиком. Резиновый катетер стерилизуют кипячением.

Катетер берут пинцетом, смачивают стерильным вазелиновым маслом или глицерином.левой рукой фиксируют головку полового члена, а правой с помощью стерильного пинцета вводят катетер закругленным концом в наружное

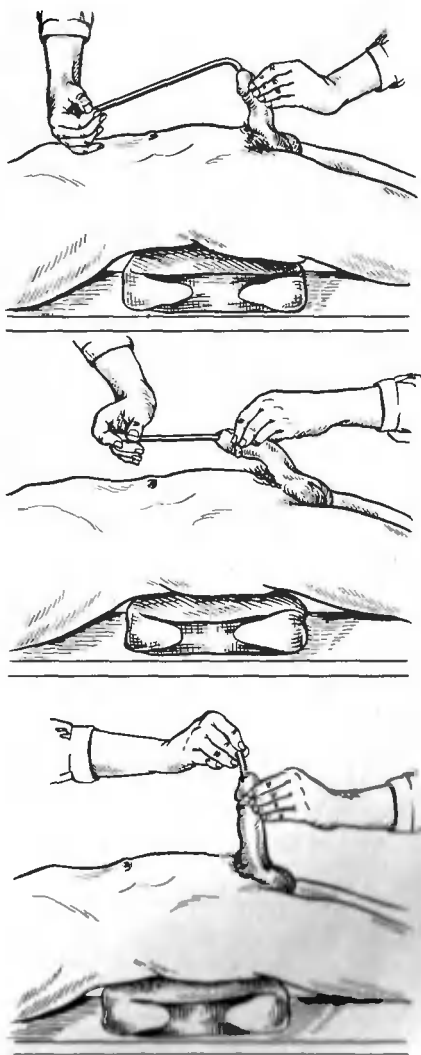
Рис. 78. Этапы введения металлического катетера в мочевой пузырь.

отверстие мочеиспускательного канала и, небольшими шажками перемещая пинцет, продвигают по каналу в мочевой пузырь. Дистальный конец катетера помещают в мочеприемник или другой сосуд и измеряют количество выпущенной мочи. Катетер извлекают, и больного либо отпускают домой, либо направляют в специализированный стационар.

Нередко у больных с аденомой предстательной железы и острой задержкой мочи катетеризовать мочевой пузырь резиновым катетером не удастся. В этих случаях предпринимают попытку выпустить мочу металлическим катетером. После обработки головки полового члена антисептиками ее фиксируют левой рукой и в наружное отверстие уретры вводят клюв металлического катетера

(врач стоит слева от больного), смоченного вазелиновым маслом. Сам же катетер в этот момент располагается параллельно брюшной гонке. Дальнейшее продвижение катетера осуществляют натягиванием полового члена на инструмент и легким (без насилия) введением его (рис. 78).

Когда клюв катетера подойдет к шейке мочевого пузы-



ря (сфинктеру мочеиспускательного канала), половой член с катетером поднимают в перпендикулярное положение по отношению к передней брюшной стенке, умеренно надавливая на катетер. Попадание его в просвет пузыря определяется по выделению мочи. Перед извлечением металлического катетера мочевой пузырь промывают раствором фурацилина (1:3000). Внутри назначают левометицин. Насильственные манипуляции, особенно у шейки пузыря, могут привести к повреждению мочеиспускательного канала, образованию ложного хода, уретральной геморрагии. В связи с этим при значительных затруднениях попытки катетеризации следует оставить и выполнить пункцию мочевого пузыря.

ПУНКЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Эту манипуляцию производят при острой задержке мочи, когда невозможно выпустить ее резиновым или металлическим катетером. Предварительно перкуторно оп-

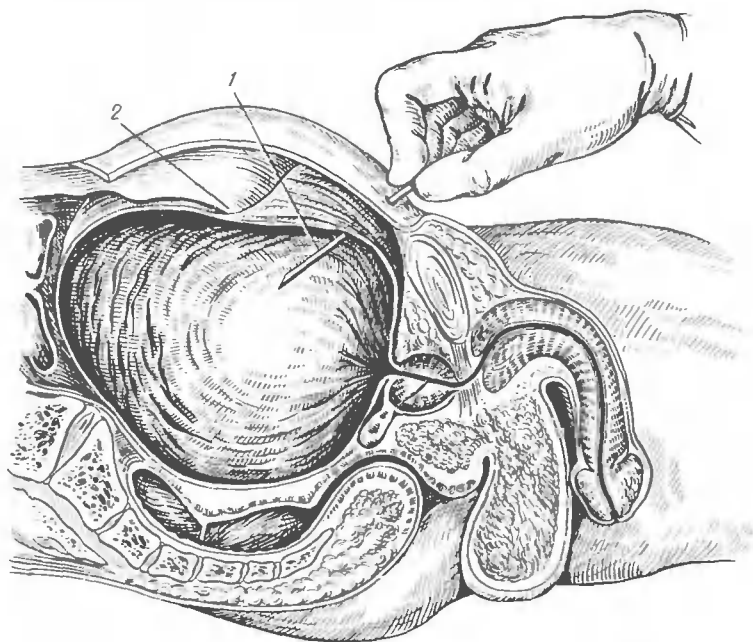


Рис. 79. Пункция мочевого пузыря при острой задержке мочи.
/ — положение иглы в полости пузыря; 2 — переход париетальной брюшины на стенку пузыря.



Рис. 80. Вправление ущемленной головки полового члена при парафимозе.

ределяют верхнюю границу растянутого мочой пузыря. Сбривают волосы на лобке, кожу обрабатывают, как операционное поле, антисептиками. Над лобком тонкой иглой анестезируют кожу 0,5% раствором новокаина. Затем длинной иглой пунктируют пузырь на 2 см выше лобкового симфиза по средней линии живота. Направление иглы несколько косое спереди назад и несколько кверху (рис. 79). Глубина проведения иглы определяется толщиной брюшной стенки, обычно она составляет 4—6 см. Собирать выпускаемую мочу удобнее с использованием трубки, надетой на канюлю иглы. Пункция мочевого пузыря при правильном проведении менее опасна, чем затруднительная катетеризация металлическим катетером.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПАРАФИМОЗЕ

Ущемление головки полового члена в узком отверстии крайней плоти (парафимоз) ведет к нарушению кровообращения в головке, нарастающему отеку и возможному развитию некроза. В порядке неотложной помощи больному вводят внутримышечно 1 мл 2% раствора промедола или 5 мл 50% раствора анальгина. Головку полового члена смазывают обильно вазелином и надавливают на нее двумя большими пальцами, одновременно натягивая другими пальцами крайнюю плоть, стараясь вправить головку (рис. 80).

Если вправление не удастся, то прикладывать большие усилия не следует. Под местной новокаиновой анестезией

продольно рассекают крайнюю плоть (ущемляющее кольцо) по тыльной поверхности полового члена и освобождают головку полового члена. В борьбе с сопутствующими отеком и воспалением проводят ежедневные ванночки для полового члена с перманганатом калия в концентрации 1:10 000. После устранения острых явлений воспаления показана плановая операция по поводу фимоза.

ВПРАВЛЕНИЕ ВЫВИХА ПЛЕЧА

В амбулаторно-поликлинических учреждениях обычно вправляют вывихи плеча, пальцев, остальные подлежат лечению в стационарных условиях. Если в поликлинике нет травматолога, то помощь таким больным оказывает хирург. Перед вправлением вводят внутримышечно 1—2 мл 2% раствора промедола и производят местную анестезию введением в полость сустава 30 мл 1% раствора новокаина.

Наиболее простой и эффективный метод **вправления вывиха плеча по Джанелидзе**. Больного в боковом положении укладывают на стол, край которого должен упираться в подмышечную впадину (рис. 81). Голову помещают на другой, рядом стоящий стол, тумбочку или подставку.



Рис. 81. Вправление вывиха плеча по способу Джанелидзе.

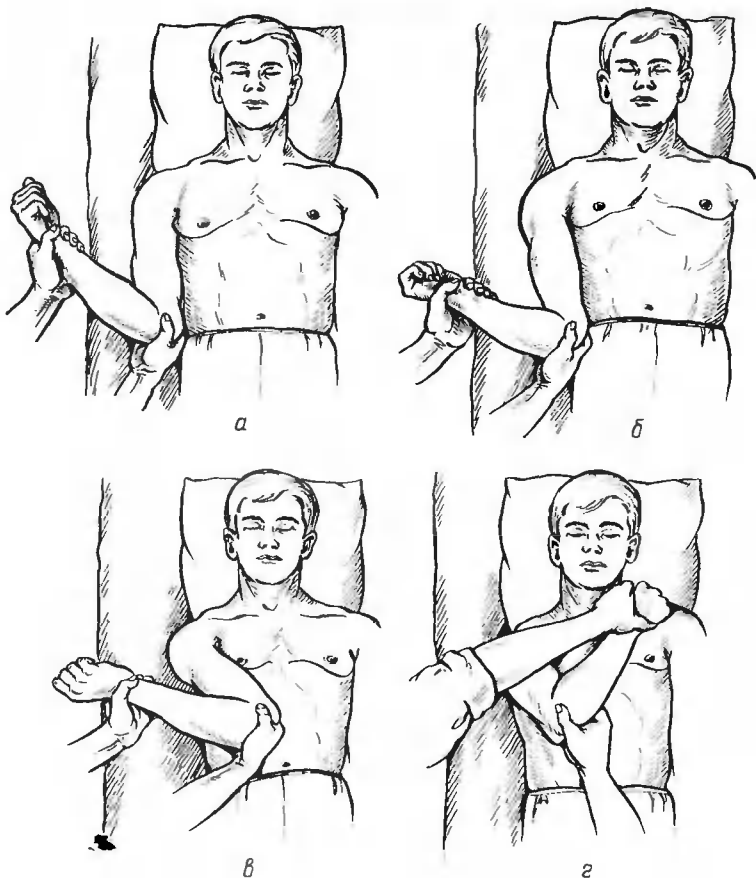


Рис. 82. Вправление вывиха плеча по Кохеру.
 а, б, в, г — этапы вправления. Объяснение в тексте.

При этом вывихнутая конечность свисает книзу между столами. Через 15 мин достигается полный анестезирующий эффект от введенного новокаина, постепенно расслабляются мышцы плечевого пояса. Тогда врач дополнительно оттягивает руку за согнутое под прямым углом предплечье и производит вращательное движение плеча. Вывих в таких условиях относительно легко вправляется. При недостаточном обезболивании может не наступить расслабление мышц, что затруднит вправление.

Способ Кохера сложный и более травматичный, приме-

нять его следует при невозможности или безуспешности вправления по Джанелидзе. Больной сидит. Помощник прижимает двумя руками его надплечье к спинке стула. Без помощника удобно вправлять вывих в лежащем положении больного на перевязочном столе. Врач двумя руками берет за согнутое под прямым углом предплечье верхней конечности и приводит локтевой сустав к туловищу (рис. 82, а). Затем предплечье отводят в сторону, ротируя плечо и оттягивая его книзу (рис. 82, б). Третий прием — локоть, не отрывая от туловища, смещают впереди и вверх (рис. 82, в). В завершение, не разгибая предплечья, энергично приводят его к туловищу до соприкосновения кистью со здоровым надплечьем, осуществляя тем самым ротацию плеча кнутри и вправление вывиха (рис. 82 г).

После вправления для создания покоя суставу показана иммобилизация в течение 3 нед задней гипсовой лонгетой с подвешиванием предплечья на косынке или бинтом. В подмышечную ямку кладут ватно-марлевый валик. Через 10 дней лонгету снимают и назначают физиотерапевтические процедуры, лечебную физкультуру. Работоспособность восстанавливается через месяц, однако больные нуждаются в освобождении от физической работы еще на месяц в целях профилактики привычного вывиха.

ВПРАВЛЕНИЕ ВЫВИХА I ПАЛЬЦА

Вывих I пальца кисти в пястно-фаланговом суставе наиболее часто встречается среди всех вывихов пальцев. Проксимальная фаланга смещается в тыльную сторону, а на ладонной поверхности выпячивается головка пястной кости (рис. 83, а, б). Перед вправлением больному производят проводниковую анестезию: из двух уколов по боковым сторонам основания пальца вводят по 3 мл 1% раствора новокаина, продвигая иглу до уровня головки I пястной кости.

Помощник фиксирует кисть больного, а врач одной рукой удерживает предплечье, пальцами второй захватывает основание вывихнутого пальца, оттягивают его вверх, разгибает и смещает основанием вперед — в дистальном направлении (рис. 83, в). Вправление легче произвести, используя марлевую тесьму для осуществления тяги за основание пальца при фиксации рукой дистальной фаланги в положении разгибания (рис. 83, г). Помощник в это время прижимает предплечье и кисть к столу. Когда основание фаланги сместится к головке пястной кости, па-

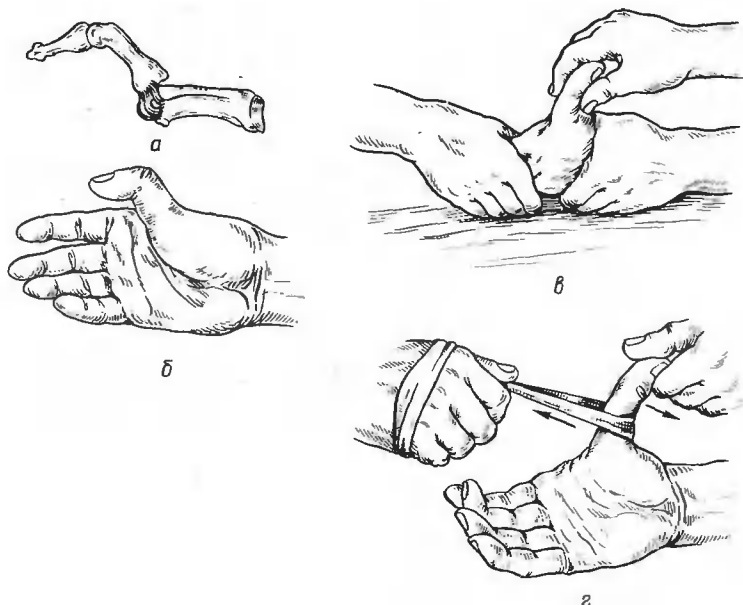


Рис. 83. Вправление вывиха пальца кисти.

а — смещение костей при вывихе; *б* — внешний вид вывихнутого пальца; *в* — вправление вывиха с участием помощника; *з* — вправление с помощью тесмы.

палец быстро сгибают и вправляют вывих. Затем производят иммобилизацию гипсовой лонгетой в течение 2—3 нед. с последующей физиотерапией и лечебной физкультурой. При благоприятном течении продолжительность лечения около одного месяца.

ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПРЕДПЛЕЧЬЯ И КИСТИ

Больных с переломами длинных трубчатых костей нельзя направлять в хирургические травматологические стационары без надлежащей иммобилизации, особенно если предстоит длительная транспортировка. Если нет травматолога, то первую врачебную помощь этим пострадавшим оказывает хирург поликлиники. В целях обезболивания вводят I 2 мл 2% раствора промедола, производят новокаиновую блокаду места перелома, а затем приступают к наложению транспортных шин.

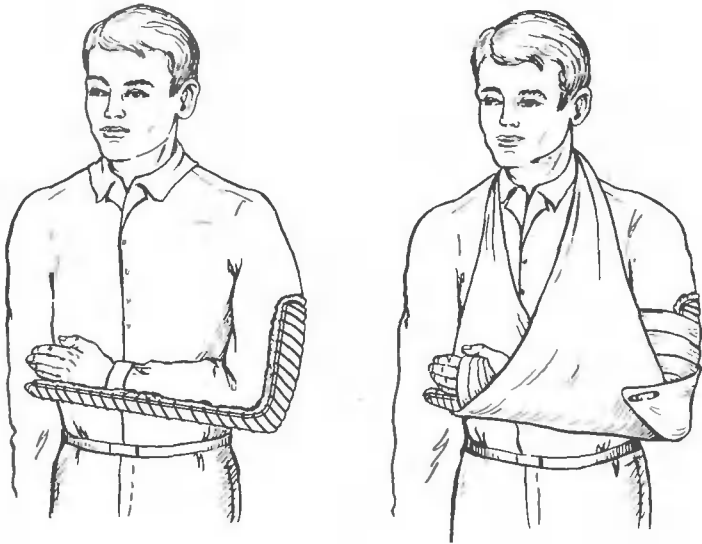


Рис 84. Транспортная иммобилизация лестничной шиной при переломах костей предплечья.

При переломах костей предплечья шина должна фиксировать локтевой и лучезапястный суставы, при этом она должна начинаться в верхней трети плеча и заканчиваться на 3—4 см дистальнее концов пальцев. Лестничную шину такой длины стибают под прямым углом на уровне локтевого сустава. Предплечье укладывают на шину в положении среднем между пронацией и супинацией; в ладонь, обращенную к животу, вкладывают ватно-марлевый валик диаметром 8—10 см. В таком положении шину прибинтовывают и конечность подвешивают на косынке (рис. 84). Применение фанерной шины не дает полной иммобилизации, так как невозможно прочно фиксировать ею локтевой сустав. Хорошая иммобилизация предплечья и кисти достигается использованием пневматической шины.

При повреждении лучезапястного сустава, кисти и пальцев используют лестничную или фанерную шину, начинающуюся от локтевого сустава и заходящую на 3—4 см за концы пальцев. Предплечье укладывают на шину в положении пронации. Кисть надо фиксировать в состоянии небольшого тыльного сгибания, пальцы — полусогнутыми с противопоставлением I пальца. Для этого под ладонь подкладывают ватно-марлевый валик. Обычно

к валику прибинтовывают поврежденные пальцы, неповрежденные оставляют открытыми. Имобилизацию заканчивают подвешиванием предплечья на косынке. При повреждениях только пальцев транспортная иммобилизация такая же, как описано выше, но можно ограничиться прибинтовыванием пальцев к ватно-марлевому валику и подвесить предплечье с кистью на косынке.

ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЛЕЧА, КЛЮЧИЦЫ, ПЛЕЧЕВОГО И ЛОКТЕВОГО СУСТАВОВ

При повреждениях плеча необходимо зафиксировать три сустава — плечевой, локтевой и лучезапястный, и придать конечности положение, близкое к среднему физиологическому. Производят моделирование шины. На уровне плечевого сустава шину сгибают под углом около 115° и спирально скручивают. Практически это проще сделать по своему плечу и спине (рис. 85). Передний край верхнего горизонтального участка шины отворачивают кзади для предупреждения давления на шейные позвонки. Конец

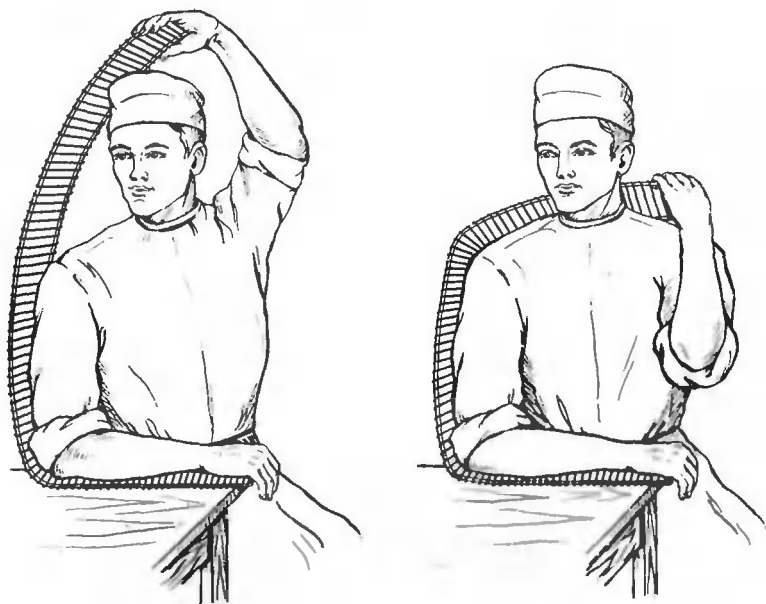


Рис. 85. Моделирование ДВУХИТЧНОЙ шины для иммобилизации верхней конечности при переломах плеча.

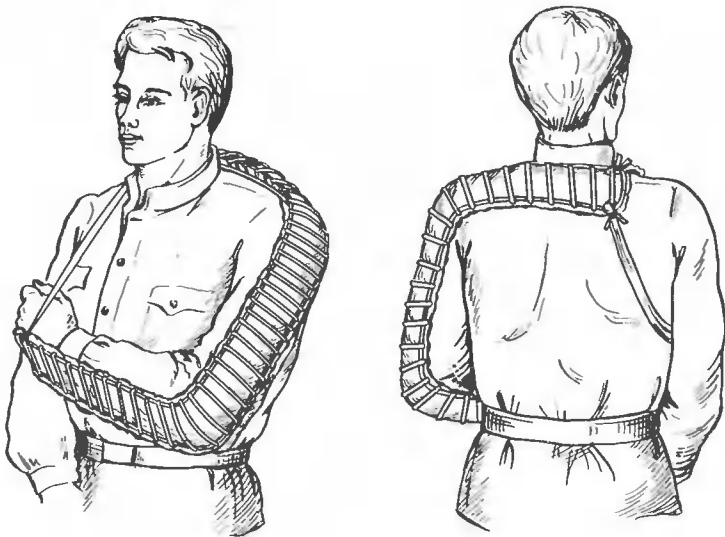


Рис 86. Иммобилизация верхней конечности лестничной шиной при переломах плечевой кости.

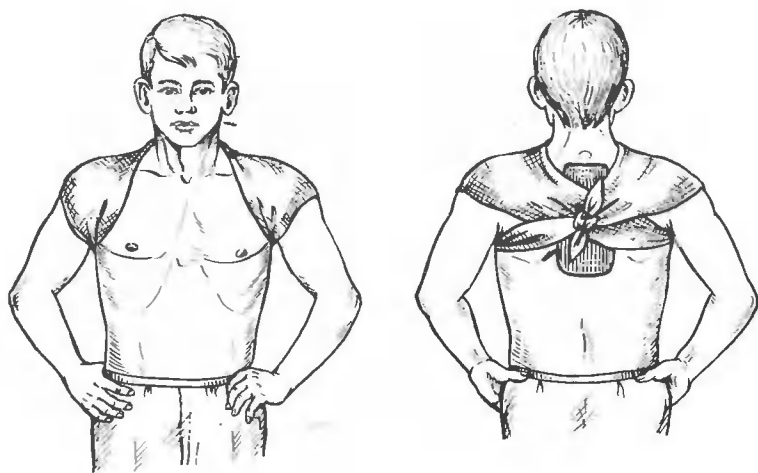


Рис. 87. Простейшая иммобилизация косынкой при переломах ключицы.

шины сверху должен достигать лопатки здоровой стороны. К этому концу привязывают две тесемки длиной 70—80 см для последующего подвешивания нижнего конца шины (рис. 86). Прибинтовывание шины следует начинать с кисти, оставляя свободными пальцы для контроля за состоянием кровообращения в конечности.

Иммобилизацию при переломах ключицы можно осуществить 8-образной повязкой из косынки (рис. 87). Помощник упирается коленом в межлопаточную область и отводит назад плечевые суставы больного. В этом положении и накладывают 8-образную повязку. В межлопаточное пространство под перекрест косынки подкладывают ватно-марлевую подушечку.

ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ И СТОПЫ

При переломах костей голени обеспечить надежную иммобилизацию можно с помощью лестничных шин. Отмоделированная задняя шина достигает средней трети бедра, а внизу на 3—4 см выступает дистальнее концов пальцев. Для стопы шину изгибают перпендикулярно; проксимальнее она должна повторять контуры икроножной мышцы, в подколенной области ее изгибают под углом 160° . Боковые лестничные шины изгибают в виде буквы П или Г (рис. 88). Помощник, взявшись двумя руками за пяточную область и тыл стопы, удерживает конечность, слегка вытягивая ее и поднимая,

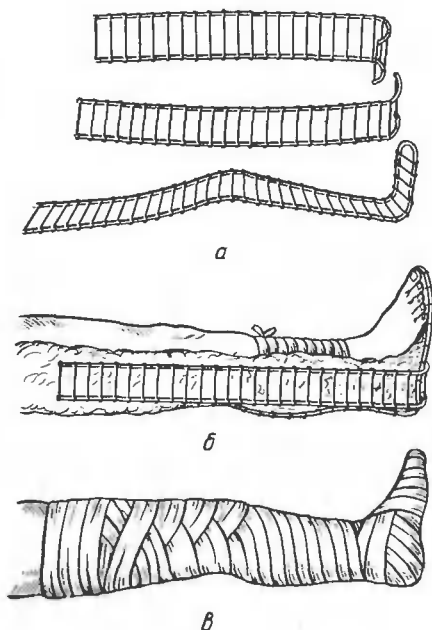


Рис. 88. Иммобилизация лестничными шинами при переломах костей голени. а — моделирование шин; б — положение шин на конечности; в — фиксация шин марлевыми бинтами.

как при снятии сапога, фиксируя стопу под прямым углом. Ватно-марлевою прокладку помещают на заднюю шину. Хорошая иммобилизация голени и стопы достигается применением пневматических шин.

При тяжелых повреждениях голеностопного сустава производят аналогичную иммобилизацию. Перелом одной лодыжки достаточно фиксировать П-образной лестничной шиной по боковым поверхностям стопы и голени до верхней трети последней.

При переломе костей стопы накладывают заднюю лестничную шину от средней трети голени с изгибом на нижнюю поверхность стопы и заканчивают на 5—6 см дистальнее пальцев. Дополнительно на стопу и голень накладывают боковую П-образную лестничную шину.

Иммобилизацию при закрытых переломах I пальца осуществляют узкими полосками лейкопластыря, которые накладывают на палец и стопу в продольном и поперечном направлениях, но без большого натяжения (свободно) во избежание сдавления отекающих мягких тканей пальца.

ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ БЕДРА И СМЕЖНЫХ СУСТАВОВ

Переломы бедра значительно чаще, чем других длинных трубчатых костей, сопровождаются травматическим шоком. Этим определяется особая важность ранней и надежной транспортной иммобилизации при повреждениях бедра, тазобедренного и коленного суставов. При иммобилизации шиной Дитерихса необходимо участие одного — двух помощников.

Наложение шины начинают с подгонки костылей. Бранши наружного костыля раздвигают так, чтобы головка упиралась в подмышечную ямку, а нижняя бранша выходила за край стопы на 10—15 см. Головка внутреннего костыля должна упираться в промежность (седалищный бугор), дистальный конец, исключая откидную планку, заходит за нижний край стопы на 10—15 см. В указанных положениях бранши костылей фиксируют введением деревянных стерженьков верхних браншей в соответствующие отверстия нижних. Затем обе бранши связывают друг с другом бинтом во избежание выскользывания стерженьков из отверстий.

Головки костылей обкладывают слоем ваты, которую прибинтовывают. Через нижние и верхние прорезы в наружной бранше проводят брючные ремни или лямки.

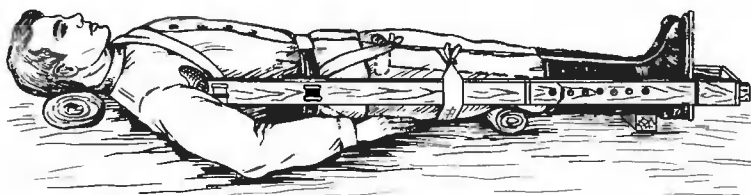


Рис. 89. Иммобилизация нижней конечности шиной Дитерихса при переломах бедренной кости. Первичная фиксация шины перед прибинтовыванием.

Готовят заднюю лестничную шину от поясничной области до стопы. Шину моделируют, повторяя контуры ягодичной области, подколенной ямки, икроножной мышцы. К шине прибинтовывают по всей длине ватно-марлевую прокладку. Обувь с поврежденной ноги не снимают. Наложение шины Дитерихса начинают с прибинтовывания к стопе фанерной подошвы. Фиксация подошвы должна быть достаточной, однако проволочные петли и ушки подошвы оставляют свободными от бинтов.

Дистальный конец наружного костыля проводят в ушко прибинтованной подошвы, а затем костыль продвигают вверх до упора в подмышечную впадину. Введенный ранее в верхние прорезы костыля брючный ремень (бинт) фиксируют на здоровом предплечье. Внутренний костыль проводят в соответствующее ушко подошвы и продвигают до упора в промежность (седалищный бугор). Откидную планку надевают на выступ (шип) наружной бранши. Концы ремня, продетого в нижние прорезы, фиксируют вокруг туловища на уровне поясницы (рис. 89). Под конечность подкладывают лестничную шину, а в петли фанерной подошвы проводят шнуры. Помощник производит вытяжение конечности за скобу прибинтованной подошвы, упираясь большими пальцами в концы костылей. Достигнутое вытяжение фиксируют тягой за подошву шнуром и закруткой.

Из существующих нескольких методов крепления шнура наиболее приемлем следующий. В середине шнур завязывают на прорези закрутки и оба конца проводят через отверстие в откидной планке внутренней бранши. Каждый из них отдельно пропускают через соответствующую проволочную петлю в фанерной подошве и вновь проводят через отверстие в откидной планке в обратном направлении. Выведенные концы шнура натягивают, вследствие че-

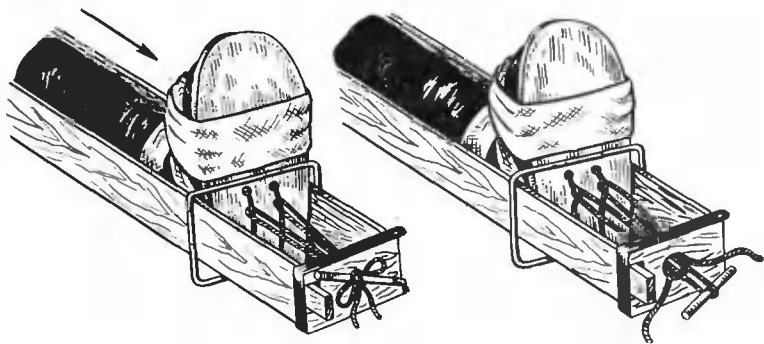


Рис. 90. Вытяжение нижней конечности с фиксацией подошвы в шине Дитерихса.

го закрутка прижимается к откидной планке, и в натянутом состоянии завязывают по середине закрутки. Дополнительное натяжение шнура создается вращением закрутки, которую затем фиксируют выступом (шипом) наружной бранши (рис. 90).

Между костылями и костными выступами (на уровне лодыжек, мыщелков бедра, большого вертела) помещают ватно-марле вые прокладки. Шину Дитерихса прибинтовывают вместе с задней лестничной начиная от уровня голеностопного сустава. Область тазобедренного сустава укрепляют 8-образными турами бинта.

Если нет шины Дитерихса, иммобилизацию осуществляют тремя длинными (по 120 см) лестничными шинами. Заднюю моделируют по нижней конечности. Нижнюю часть шины, на 6—8 см длиннее стопы больного, сгибают под углом 90°. Вторую лестничную шину размещают по внутренней поверхности ноги, верхним концом упирают в промежность, П-образно изгибают на уровне стопы с переходом на латеральную поверхность голени. Третью лестничную шину упирают в подмышечную ямку, проводят по наружной поверхности туловища, бедра и голени и связывают с концом загнутой внутренней шины. Все шины прибинтовывают к конечности и туловищу.

ЛЕЧЕБНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ РАЗРЫВЕ СУХОЖИЛИЯ РАЗГИБАТЕЛЯ ПАЛЬЦА

Разрывы сухожилия разгибателя пальца подлежат амбулаторному лечению. Разрывы других сухожилий лечат в стационарных условиях. Сухожилие разгибателя разры-

вается обычно у дистальной фаланги и без проведения правильной лечебной иммобилизации не срастается. Удобна тыльная металлическая (пластмассовая) пластинка, фиксированная циркулярными полосками лейкопластыря к средней и дистальной фалангам. С тыльной поверхности дистального межфалангового сустава подкладывают небольшой валик, придавливающий оторванное сухожилие к месту прикрепления у основания ногтевой фаланги. Накладывают также повязку-напалецник из гипсового бинта. Лучшим методом считается фиксация пальца в пишущем положении [Усольцева Е. В., 1986]: разгибание в дистальном межфаланговом суставе и сгибание в проксимальном (рис. 91). При такой иммобилизации функциональные результаты лучше.

Основные причины неудач консервативного лечения подкожных разрывов дистального отдела сухожилия разгибателя пальца — недостаточный срок иммобилизации (менее 1 мес) и неправильная фиксация пальца в выпрямленном положении в проксимальном межфаланговом и

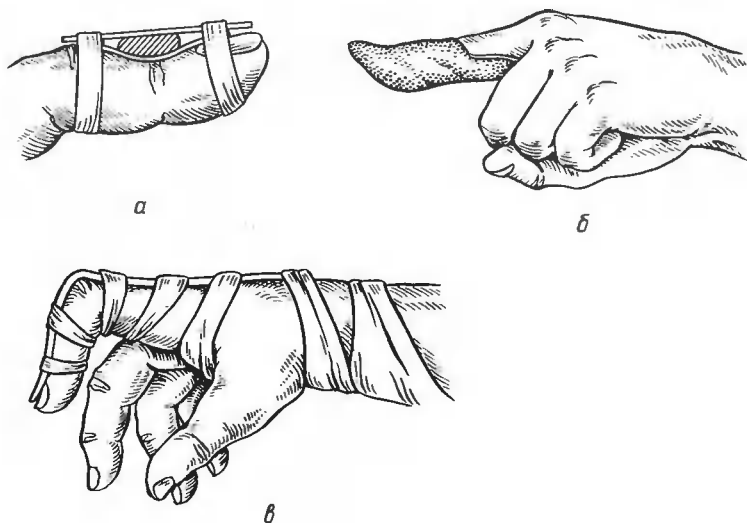


Рис. 91. Лечебная иммобилизация при разрыве сухожилия разгибателя пальца.

я — фиксация дистального межфалангового сустава металлической пластинкой и циркулярными полосками лейкопластыря; б — гипсован повязка на палец; в — фиксация пальца тыльной шиной и пишущем положении.

пястно-фаланговом суставе. Если консервативное лечение оказалось неэффективным, то производят сшивание разорванного сухожилия оперативным путем.

ЛЕЧЕБНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Закрытые переломы фаланг лечат амбулаторно при возможности проведения рентгенологических исследований. Иммобилизация зависит от смещения отломков. Если смещения нет, то достаточна фиксация поврежденной фаланги циркулярными турами лейкопластыря к аналогичной (средней или дистальной) фаланге соседнего пальца на 2 нед или фиксация к моделированной соответственно согнутому пальцу проволочной шине (рис. 92). Перед репозицией смещенных под углом отломков к месту перелома вводят 5 мл 1% раствора новокаина, накладывают гипсовую повязку на предплечье (до его середины) и кисть с вгипсовыванием проволочной шины для пальца. Затем вправляют отломки и палец фиксируют к покрытой гипсовым бинтом проволочной шине циркулярными турами лейкопластыря (рис. 93).

Значительное смещение отломков и внутрисуставные переломы служат показанием к постоянному вытяжению за мякоть пальца. Для этого конец пальца анестезируют 2 мл 0,5% раствора новокаина и прошивают в поперечном направлении толстой капроновой (лавсановой) нитью (рис. 94), к которой привязывают резиновую трубку. Для предотвращения прорезывания нити оба конца ее проводят у пальца через кусочки картона (пластмассы), используемого в качестве распорки. Резиновые трубки

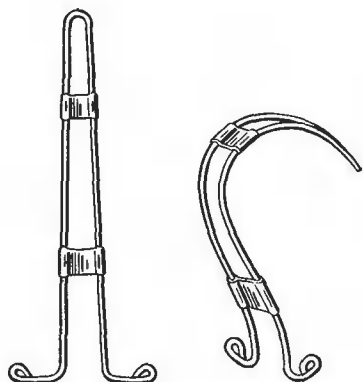


Рис 92. Проволочные шины для пальцев.

Рис. 93. Фиксация отломков фаланги гипсовой повязкой, укрепленной проволочной шиной для пальца.



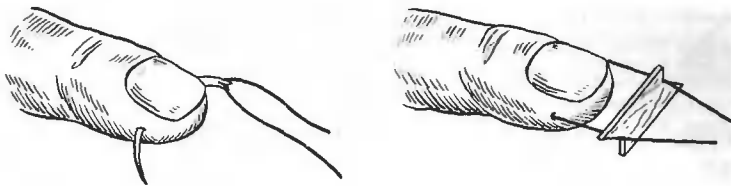


Рис. 94. Прошивные лигатуры через дистальную фалангу для обеспечения вытяжения при переломах фаланг.

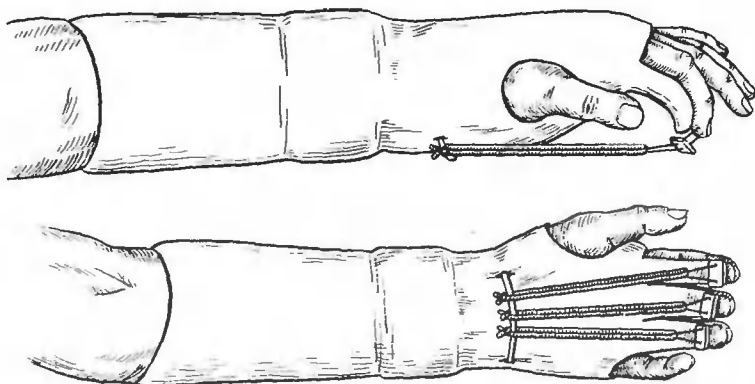


Рис. 95. Эластическое вытяжение при переломах фаланг пальцев.

с некоторым натяжением фиксируют к гипсовой повязке, ранее наложенной на кисть и предплечье (рис. 95). Повязку и вытяжение снимают через 3 нед, трудоспособность восстанавливается через 1—1,5 мес.

Значительные подногтевые гематомы, которые обычно наблюдаются при переломах дистальных фаланг и причиняют сильные боли, эвакуируют, просверлив остроконечным скальпелем отверстие в ногтевой пластинке. Затем отверстие в пластинке закрывают каплей клея БФ-6 или клеолом. Имобилизацию осуществляют лейкопластырем к соседней неповрежденной фаланге на 10 дней. Больные нетрудоспособны в течение 2—3 нед.

СНЯТИЕ УЗКОГО КОЛЬЦА С ПАЛЬЦА

Иногда врачу медпункта приходится оказывать помощь при невозможности снять узкое кольцо с пальца. Такие ситуации возникают, если с усилием надеть узкое кольцо

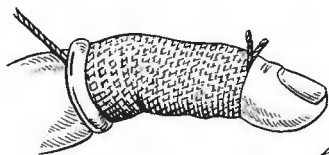
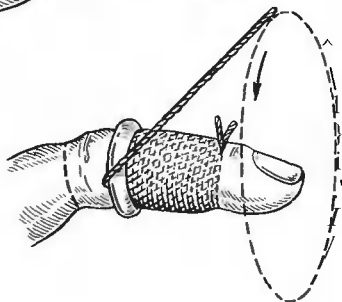


Рис. 96. Метод снятия узкого кольца с пальца.



(примерить) или вследствие травмы, воспалительного отека дистального отдела при надетом кольце. Простые попытки снять его не удаются: кожа смещается впереди кольца, образуются поперечные складки. Сдавление тканей кольцом ведет к развитию отека, нарушению кровообращения. Кольцо можно просто перепилить, для

чего нужны специальные инструменты. Однако следующий простой способ позволяет снять кольцо, не повреждая его. Под кольцо продевают конец толстой шелковой нити и удерживают его зажимом. Остальную нить циркулярно наматывают на палец плотными рядами начиная от края кольца. Периферический конец нитки завязывают. Центральный конец ее натягивают в дистальном направлении и вращательными движениями разматывают под кольцом, постепенно смещая его к периферии вплоть до снятия с пальца (рис. 96).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗМА К АНТИБИОТИКАМ

В связи с широким применением антибиотиков и повышенной аллергизацией населения перед назначением антибиотиков, особенно пенициллина, производят предварительную пробу на чувствительность больного к данному препарату. У аллергизированных больных подходят к проведению этой пробы с осторожностью. Вначале дают понюхать раствор антибиотика, затем наносят каплю его на неповрежденную кожу. И только отсутствие реакции позволяет выполнить скарификационную пробу нанесением двух поверхностных насечек на коже внутренней поверхности предплечья. Насечки длиной 1 см на расстоянии 3 см друг от друга не должны быть глубокими и вызывать появление

крови. На одну из них наносят раствор пенициллина, на вторую — растворитель. При положительной пробе в течение 30 мин появляются гиперемия и волдырь. Если последний более 1 см в диаметре, то проба считается резко положительной.

В сомнительных случаях применяют внутрикожную пробу: в области предплечья внутрикожно тонкой иглой вводят 0,1 мл раствора антибиотика в концентрации 1000 ЕД в 1 мл. На 3—4 см от этого укола производят контрольную инъекцию растворителя. Лучше это сделать вначале, чтобы можно было использовать один шприц для обеих инъекций. Результаты оценивают через 20 мин. Если нет волдыря или он одинаковый с участком контрольной инъекции, то проба считается отрицательной. При положительной пробе размеры волдыря в области введенного антибиотика превышают контрольные более чем в 2 раза, гиперемия окружающей кожи более 1,5 см в диаметре. Антибиотик можно применять только при отрицательной пробе.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ

При анафилактическом шоке больного надо уложить в горизонтальное положение на кушетку, голову повернуть в сторону во избежание аспирации рвотных масс. При западении языка выдвинуть нижнюю челюсть. Проксимальнее места введения препарата наложить жгут, а само место обколоть 0,5% раствором новокаина с 1 мл 0,1% раствора адреналина и обложить льдом для замедления всасывания препарата.

Одновременно внутримышечно вводят 2 мл 10% раствора кофеина и 0,5 мл 0,1% раствора адреналина. Введение последнего повторяют через каждые 15 мин до восстановления уровня артериального давления. Подкожно инъецируют 60 мг преднизолона или 250 мг гидрокортизона. Для нейтрализации циркулирующего в крови гистамина вводят внутримышечно 2 мл супрастина (димедрола, пипольфена). При явлениях отека легких вводят внутривенно 0,5 мл строфантина (коргликона) и 10 мл 2,4% раствора эуфиллина с 10 мл 40% раствора глюкозы. Ингаляция кислорода. Через 20 мин жгут можно снять. После выведения больного из критического состояния он подлежит госпитализации.

- Апанасенко Б. Г., Савельев О. К.* Основные пути развития и совершенствования амбулаторно-поликлинической хирургической помощи// Вестн. хир. — 1984. — № 3. — С. 135–137.
- Арапов Д. А., Псаков Ю. В.* Трахеостомия в современной клинике. — М.: Медицина, 1974. — 206 с.
- Арутюнов В. Я.* Клиника, профилактика и лечение гнойничковых заболеваний. — М.: Медицина, 1968. — 96 с.
- Атясов Н. П.* Применение внутрикостной анестезии в амбулаторной хирургии. — Горький, 1958. — 182 с.
- Бердяев А. Ф.* Хирургия амбулаторного врача. — М.: Медгиз, 1949. — 336 с.
- Близначева М. В.* Лечение гнойных маститов в условиях поликлиники. — Л.: Медгиз, 1961. — 119 с.
- Брукман М. С.* Руководство для операционных сестер. — Л.: Медицина, 1981. — 278 с.
- Богданов Е. А., Малкис А. П., Синицын В. М.* Оперативное лечение травматологических больных в амбулаторных условиях//Ортопед., травматол. — 1982. — № 9. — С. 57–59.
- Вайнштейн В. Г., Лыткин М. П.* Кожная пластика при первичной хирургической обработке -открытых повреждений. — Л.: Медицина, 1965. — 235 с.
- Гранат Л. Н.* Послеродовый мастит. — Л.: Медицина, 1973. — 112 с.
- Григорян А. В., Гостищев В. К., Костиков Б. А.* Гнойные заболевания кисти. — М.: Медицина, 1978. — 216 с.
- Гришкевич В. М., Салыхаев Б. С.* Способ устранения сгибательной рубцовой контрактуры пальцев кисти//Вестн. хир. — 1985. — № 11. — С. 98–102.
- Долинин В. А., Бисенков Н. П.* Операции при ранениях и травмах. — Л.: Медицина, 1972. — 175 с.
- Древина А. П.* Лечение больных с ожогами в условиях амбулатории. — Л.: Медгиз, 1956. — 104 с.
- Дубров Я. Г.* Амбулаторная травматология. — М.: Медицина, 1986. — 287 с.
- Дунаевский Л. П., Арсентьев Р. В.* Урология амбулаторного врача. — М.: Медицина, 1974. — 191 с.
- Жайлиев Д. С.* Энзимотерапия при лечении панариция//Хирургия. — 1984. — № 1. — С. 67–70.
- Завялоев В. В.* Диспансеризация хирургических больных. — М.: Медицина, 1975. — 175 с.
- Пьясов Ш. Ш., Шакиров Д. Ш., Ким Ф. П.* и др. Лечение гнойных заболеваний кисти и пальцев//Мед. журн. Узбекистана. — 1986. — № 3. — С. 33–34.
- Каплан А. В.* Закрытые повреждения костей и суставов. — М.: Медицина, 1967. — 512 с.

- Котович Л. Е., Леонов С. В., Рицкий А. В.* Техника выполнения хирургических операций. — Минск: Беларусь, 1985. — 160 с.
- Крупко И. Л., Воронцов А. В., Ткаченко С. С.* Внутрикостная анестезия. — Л.: Медицина, 1969. — 167 с.
- Кукин Н. Н.* Диагностика и лечение заболеваний молочной железы. М.: Медицина, 1972. — 240 с.
- Курбангалеев С. М.* Гнойная инфекция в хирургии. — М.: Медицина, 1985. — 272 с.
- Купушев Ф. Х., Либов А. С., Мичурин Н. В.* и др. Справочник хирурга поликлиники. — Л.: Медицина, 1982. — 295 с.
- Лишке А. А., Толстухин Л. Д.* Бескостная фаланга пальца после перенесенного костного панариция//Хирургия. — 1984. — № 1. С. 65—67.
- Малый В. К.* Гломерулы опухоли пальцев и кисти//Ортопед. травматол. — 1985. — № 7. — С. 41—42.
- Маслов В. И., Ермолаев В. Р., Остер В. Р.* Транспортная иммобилизация и обезболивание при травмах. — Саратов: Изд-во Саратов, ун-та, 1984. — 84 с.
- Неоплодная хирургическая помощь при травмах*/Под ред. Б. Д. Комарова. — М.: Медицина, 1984. — 270 с.
- Одинов Д. Э., Шабанов А. Н.* Хирургия амбулаторного врача. — М.: Медицина, 1973. — 226 с.
- Омиров Р. Ю., Криворучко В. И., Мадаминов А.* Микротравмы и гнойничковые заболевания пальцев кисти у сельских жителей//Ортопед. травматол. — 1983. — № 9. — С. 56—57.
- Оперативная хирургия*/Под ред. И. Литманна. — Будапешт.: Изд-во АН Венгрии, 1982. — 1175 с.
- Основы реаниматологии*/Под ред. В. А. Неговского.—Ташкент: Медицина, 1977. — 600 с.
- Печора Т. А.* Применение гидрокортизона при лечении стенозирующего лигаментита пальцев кисти у детей//Вестн. хир. — 1985. — № 4. — С. 97—99.
- Попов В. А., Воробьев В. В.* Панариций. — Л.: Медицина, 1986. — 188 с.
- Раевской А. К.* Острый тромбофлебит нижних конечностей. — М.: Медицина, 1976. — 135 с.
- Ривкин В. Л., Капуллер Л. Л.* Геморрой. — М.: Медицина, 1984. — 176 с.
- Рывлин Я. Б.* Атлас амбулаторно-поликлинической хирургии. — Л.: Медицина, 1973. — 269 с.
- Рыжих А. Н.* Хирургия прямой кишки. — М.: Медгиз, 1956. — 392 с.
- Стручков В. М., Гостищев В. К., Стручков Ю. В.* Руководство по гнойной хирургии. — М.: Медицина, 1984. — 512 с.
- Стручков В. И., Григорян А. В., Гостищев В. К.* Гнойная рана. — М.: Медицина, 1975. — 310 с.
- Султанов М. Н.* Укусы ядовитых животных. — М.: Медицина, 1977. — 192 с.
- Трещинский А. И., Четкий Л. П., Бора В. М.* Наркоз в амбулаторных условиях. — Киев: Здоров'я, 1978. — 126 с.
- Тимофеев Н. С., Тимофеев Н. Н.* Асептика и антисептика. — Л.: Медицина, 1980. — 175 с.
- Тычинкина А. К.* Кожно-пластические операции. — М.: Медицина, 1972. — 152 с.
- Удод В. М., Маржелов С. И., Исмагамбетов Б. А.* и др. Комбинированное лечение гнойных заболеваний пальцев и кисти//Хирургия. — 1984. — № 1. — С. 62—65.

- Усольцева Е. В., Машкара К. И.* Хирургия заболеваний и повреждений кисти. — Л.: Медицина, 1986. — 351 с.
- Хирургические манипуляции/Под ред. Б. О. Милькова, В. Н. Куцяка.* — Киев: Вища школа, 1985. — 208 с.
- Хромов Б. М.* Первая помощь и транспортировка пострадавших. — Л.: Медицина, 1969. — 240 с.
- Хромов Б. М., Шейко В. З.* Хирургическая помощь в поликлиниках и амбулаториях. — М.: Медицина, 1980. — 519 с.
- Чернавский В. А., Хамраев Ш. Ш.* Контрактура Дюпюитрена и ее оперативное лечение. — Ташкент: Медицина, 1969. — 96 с.
- Элькин М. А.* Профессиональные хирургические болезни рук. — Л.: Медицина, 1971. — 232 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Глава 1. Организация хирургической помощи в амбулаторных условиях	5
Организация работы в операционной	8
Организация работы в перевязочной	13
Глава 2. Асептика и антисептика в малой хирургии	19
Глава 3. Обезболивание в малой хирургии	29
Местное обезболивание	29
Новокаиновые блокады	34
Глава 4. Неотложная помощь в амбулаторных условиях при угрожающих жизни состояниях	43
Неотложная помощь при кровотечениях	44
Неотложная помощь при шоке	54
Неотложная помощь при синдроме длительного сдавления	56
Неотложная помощь при терминальных состояниях	57
Глава 5. Малая хирургия ран	62
Лечение ран	62
Малая пластическая хирургия	69
Лечение ограниченных ожогов и отморожений	79
Глава 6. Малая гнойная хирургия	83
Общие принципы лечения острой гнойной инфекции	84
Лечение гнойных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки	89
Лечение острой гнойной инфекции отдельных локализаций	96
Лечение панариция	100
Лечение абсцессов и флегмон кисти	120
Глава 7. Лечение доброкачественных опухолей И негнойных заболеваний мягких тканей и костей в объеме малой хирургии	123
Хирургическое лечение поверхностно расположенных доброкачественных опухолей	123
Малая хирургия слизистых сумок, связок, сухожилий	132
Малая хирургия стопы	138
Глава 8. Малая хирургия прямой кишки	150
Глава 9. Отдельные малые операции	164
Глава 10. Врачебные манипуляции в амбулаторных условиях	179
Список основной литературы	204