

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	5
Участники издания.....	6
Список сокращений.....	7
Клинические рекомендации и доказательная медицина.....	9
Глава 1. Тактика врача-хирурга при оказании медицинской помощи по поводу заболевания.....	11
1.1. Гнойная хирургия.....	11
1.1.1. Фурункул.....	11
1.1.2. Карбункул.....	20
1.1.3. Флегмона.....	29
1.1.4. Абсцесс.....	39
1.1.5. Гидраденит суппуративный, гидраденит гнойный.....	49
1.1.6. Рожистое воспаление, рожа.....	60
1.1.7. Ожоги.....	70
1.1.8. Отморожения.....	83
1.1.9. Лимфангит.....	95
1.1.10. Панариций.....	104
1.1.11. Остеомиелит.....	114
1.1.12. Синдром диабетической стопы.....	125
1.2. Заболевания кожи и мягких тканей.....	137
1.2.1. Базальноклеточный рак кожи, базалиома.....	137
1.2.2. Меланома.....	143
1.2.3. Папиллома.....	149
1.2.4. Атерома.....	154
1.2.5. Гемангиома.....	158
1.2.6. Липома.....	162
1.2.7. Невус.....	165
1.3. Заболевания сосудов.....	171
1.3.1. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей.....	171
1.3.2. Варикозная болезнь вен нижних конечностей.....	179
1.3.3. Тромбофлебит, варикотромбофлебит.....	187
1.3.4. Посттромботическая болезнь.....	194
1.3.5. Варикозная трофическая язва.....	202
1.3.6. Лимфедема, лимфостаз, слоновость.....	212
1.3.7. Синдром Рейно, болезнь Рейно.....	220
1.4. Проктология.....	231
1.4.1. Анальная трещина.....	231
1.4.2. Острый парапроктит.....	240
1.4.3. Острый тромбоз геморроидального узла.....	250
1.4.4. Пилонидальная киста. Эпителиальный копчиковый ход.....	257
1.5. Заболевания молочной железы.....	267
1.5.1. Мастит.....	267
1.5.2. Доброкачественная дисплазия молочной железы.....	276

Глава 2. Неотложные состояния в практике хирурга амбулаторного звена.

 Тактика ведения на догоспитальном этапе..... 284

 2.1. Острый аппендицит.....284

 2.2. Перфоративная гастродуоденальная язва289

Список литературы.....294

Справочник лекарственных средств.....295

ПРЕДИСЛОВИЕ

Практическая хирургия всегда оставалась одним из важнейших направлений медицины. По мере накопления знаний и навыков, развития технических возможностей диагностики и лечения вносятся коррективы как в понимание природы хирургических болезней, так и в стратегию хирургической помощи.

Радикальные перемены в отечественной структуре оказания хирургической помощи, технический и интеллектуальный потенциал современного здравоохранения, разработка новых методов анализа количественных и качественных показателей работы хирурга, эффективное внедрение в практическую хирургию идеологии и методологии доказательной медицины, а также принятый вектор на стандартизацию специализированной помощи не позволяют оказывать эту помощь в амбулаторных условиях без соответствия международным и национальным рекомендациям.

Исторически сложилось, что в отечественной системе здравоохранения амбулаторно-поликлиническая помощь является наиболее востребованным видом медицинской помощи — на уровне поликлиники полный цикл лечебно-диагностических мероприятий включает до 80% пациентов, а основные причины смертности и инвалидизации населения являются потенциально предотвратимыми и непосредственно связаны с качеством специализированной помощи на догоспитальном этапе. Тем важнее для специалистов первичного звена становится уровень практических и теоретических знаний — ведь доступный объем технических методов диагностики не сравним со стационарным, зачастую отсутствует возможность непосредственного коллегиального обсуждения больного, и специалисту приходится принимать важнейшие тактические решения, основываясь в первую очередь на клинической картине и собственном уровне теоретической подготовки.

В руководстве основное внимание уделено диагностике и лечению наиболее распространенных синдромов и заболеваний как хирургического, так и смежных профилей, встречающихся в практике хирурга амбулаторно-поликлинического звена. Книга содержит актуальные представления о причинах и механизмах развития патологических процессов, особенностях клинического течения заболеваний, современных методах диагностики, лечения и профилактики, затрагиваются вопросы врачебно-трудовой экспертизы и медицинской этики.

Настоящее издание поможет практическому врачу поликлиники усовершенствовать процесс выработки решений, поддержит при выборе рационального подхода к определению тактики лечения, позволит обрести уверенность в своих действиях и избежать многих ошибок.

Руководство имеет огромное значение не только для специалистов-хирургов, но и для врачей общего профиля, оказывающих помощь в амбулаторно-поликлинических условиях, а также для студентов медицинских вузов.

*Член-корреспондент РАН, профессор,
председатель Московского общества хирургов,
заведующий кафедрой факультетской хирургии № 1
МГМСУ им. А.И. Евдокимова, заслуженный врач РФ,
лауреат премии Правительства РФ
О.Э. Луцевич*

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Клинические рекомендации (*guidelines*) — это документ, который создается группой экспертов на основании выполненного систематического анализа наилучших доказательств наиболее эффективных лечебных или диагностических вмешательств, а также содержит информацию об эпидемиологии соответствующего заболевания и его прогнозе.

Обоснованность применения каждого пункта рекомендации определяется классом рекомендаций с указанием уровня доказательности, который отражает качество и/или объем соответствующей доказательной информации, на которых основана такая рекомендация.

Классы рекомендаций по использованию метода диагностики (лечения) для описанного заболевания в упрощенном виде выражают следующую позицию авторов: «согласно представленным доказательствам, при данном заболевании это делать нужно/можно/нельзя».

- Класс I («РЕКОМЕНДУЕТСЯ»). Доказательства и/или общее соглашение свидетельствуют, что применение метода в указанной ситуации является благоприятным, полезным и эффективным.
- Класс IIa («следует рассматривать возможность применения»). Доказательства противоречивы и/или имеются противоположные мнения относительно пользы/эффективности метода, однако преобладают аргументы в пользу его применения.
- Класс IIb («можно рассматривать возможность применения»). Доказательства противоречивы и/или имеются противоположные мнения относительно пользы/эффективности метода, при этом аргументы в пользу применения метода недостаточно хорошо обоснованы.
- Класс III («НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ»). Доказательства и/или общее соглашение свидетельствуют, что применение метода не является полезным/эффективным и в некоторых случаях может навредить пациенту.

Уровень доказательности отражает степень проверенности лежащих в ее основе фактов с позиций статистики.

- Уровень А. Доказательства основаны на данных нескольких рандомизированных клинических исследований или метаанализов, что снижает вероятность методологических ошибок исследования.
- Уровень В. Доказательства основаны на данных единственного рандомизированного клинического исследования или нескольких крупных нерандомизированных исследований.
- Уровень С. Доказательства основаны на согласованных мнениях авторитетов (консенсус) и/или небольших исследованиях, ретроспективных исследованиях, регистрах.

В рекомендациях российских профессиональных ассоциаций может использоваться другая схема ранжирования: по уровню достоверности (от 1 до 4) и по уровню убедительности (от А до D). Наиболее высокий уровень рекомендаций соответствует 1А.

Доказательства эффективности какого-либо метода лечения не заменяют клиническое мышление и не снимают с врача ответственности за принятие индивидуального решения в отношении каждого конкретного пациента.

Доказательная медицина (в оригинале *evidence-based medicine*) является фундаментом, на котором базируются, во-первых, отказ от неэффективных (вредных) методик и вытеснение их из медицинской практики, во-вторых — выявление и продвижение эффективных методов медицинской помощи. Это раздел медицины, основанный на доказательствах и предполагающий поиск, сравнение, обобщение и широкое распространение полученных доказательств для использования в интересах пациентов (определение рабочей группы *Evidence Based Medicine Working Group*, 1993).

Поэтапная реализация принципов доказательной медицины включает правильно сформулированный вопрос, получение ответа, оценку доказательств, оценку применимости в данной клинической ситуации и проверку практикой.

ТАКТИКА ВРАЧА-ХИРУРГА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1.1. ГНОЙНАЯ ХИРУРГИЯ

1.1.1. ФУРУНКУЛ

Фурункул — острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула, сальной железы и окружающей подкожно-жировой клетчатки.

Коды по МКБ-10

L02.0 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул лица.
L02.1 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул шеи.
L02.2 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул туловища.
L02.3 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул ягодицы.
L02.4 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул конечности.
L02.8 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул других локализаций.
L02.9 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул неуточненной локализации.

Классификация

По клиническим проявлениям:

- стадия инфильтрации;
- стадия формирования и отторжения гнойно-некротического стержня;
- стадия рубцевания.

По локализации: фурункул лица, шеи, туловища, конечностей.

По течению:

- острый (высыпания на теле возникают практически одновременно или в течение короткого времени);
- хронический (высыпания возникают с некоторой периодичностью на протяжении многих месяцев и даже лет).

ЭТИОЛОГИЯ

Возбудители: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus Ogston*.

Предрасполагающие факторы:

- повреждения кожи (трещины, ссадины), являющиеся входными воротами для инфекции;
- несоблюдение санитарно-гигиенических норм;
- снижение общей резистентности организма (гиповитаминозы, сахарный диабет, переутомления и др.).

ПАТОГЕНЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ ФУРУНКУЛА



ПРИМЕРЫ ДИАГНОЗОВ

- Фурункул левого предплечья, стадия инфильтрации.
- Абсцедирующий фурункул правой ягодицы.



ДИАГНОСТИКА

Критерии диагностики	Комментарии
1. Рекомендована оценка клинических данных	
Жалобы	• Боль. • Наличие узлового образования. • Отек. • Повышение температуры тела. • Общая слабость
2. Рекомендовано физикальное обследование (С2)	
Осмотр	• Болезненный конусовидный инфильтрат с формирующимся гнойным стержнем, на вершине инфильтрата небольшое скопление гноя с некрозом в центре. • Пустула обычно вскрывается и подсыхает, а на 3–7-е сутки инфильтрат гнойно расплавляется и некротизированные ткани в виде стержня вместе с остатками волоса выделяются с гноем
3. Рекомендована лабораторная и инструментальная диагностика	
Лабораторная диагностика	Обязательные: клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (глюкоза), реакция Вассермана (RW) (для исключения специфической инфекции как возбудителя); вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), вирус гепатита В (HBs), вирус гепатита С (HCV). Посев отделяемого для определения вида возбудителя и чувствительности к антибиотикам
Инструментальная диагностика	Дополнительные: посев на стерильность, ультразвуковое исследование (УЗИ) мягких тканей, лимфатических узлов, рентгенография (в зависимости от локализации и глубины расположения абсцесса), электрокардиография (ЭКГ) (при выраженном интоксикационном синдроме)
4. Рекомендована дифференциальная диагностика с грибковыми поражениями кожи, гидраденитом, системным васкулитом	

1.1.2. КАРБУНКУЛ

Карбункул — гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов и окружающих тканей.

Коды по МКБ-10

L02.0 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул лица.
L02.1 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул шеи.
L02.2 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул туловища.
L02.3 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул ягодицы.
L02.4 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул конечности.
L02.8 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул других локализаций.
L02.9 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул неуточненной локализации.

Классификация

По клиническим проявлениям:

- стадия инфильтрации;
- стадия формирования и отторжения гнойно-некротического стержня;
- стадия рубцевания.

По локализации: карбункул лица, шеи, туловища, конечностей.

По течению:

- острый (высыпания на теле возникают практически одновременно или в течение короткого времени);
- хронический (высыпания возникают с некоторой периодичностью на протяжении многих месяцев и даже лет).

ЭТИОЛОГИЯ

Возбудители: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus Ogston*, кишечная палочка, бактерии протей, энтерококки.

Предрасполагающие факторы:

- повреждения кожи (трещины, ссадины), являющиеся входными воротами для инфекции;
- несоблюдение санитарно-гигиенических норм;
- снижение общей резистентности организма (гиповитаминозы, сахарный диабет, переутомления и др.).

ПАТОГЕНЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ КАРБУНКУЛА



ПРИМЕР ДИАГНОЗА

Карбункул левой голени, стадия рубцевания.



ДИАГНОСТИКА

Критерии диагностики	Комментарии
1. Рекомендована оценка клинических данных	
Жалобы	• Боль. • Наличие узлового образования. • Отек. • Повышение температуры тела. • Общая слабость
2. Рекомендованное физикальное обследование (C2)	
Осмотр	• Инфильтрат полушаровидной формы с уплотнением в центре синюшного цвета. Кожа и эпидермис в пораженном месте напряжены, появляются багровые отеки. Пациент чувствует резкие распирающие болевые ощущения. • Инфильтрат со свищевыми ходами, из которых выделяется густой гной, а также некротические массы с характерным зеленым цветом, на дне которого пораженные участки подвергаются некрозу. • Язвенный дефект с подрывными краями, грануляциями, эпителизацией
3. Рекомендованная лабораторная и инструментальная диагностика	
Лабораторная диагностика	Обязательные: клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (глюкоза), RW (для исключения специфической инфекции как возбудителя), ВИЧ, HBs, HCV. Посев отделяемого для определения вида возбудителя и чувствительности к антибактериальным препаратам
Инструментальная диагностика	Дополнительные: посев на стерильность, УЗИ мягких тканей, лимфатических узлов, рентгенография (в зависимости от локализации и глубины расположения абсцесса), ЭКГ (при выраженном интоксикационном синдроме)
4. Рекомендована дифференциальная диагностика с грибковыми поражениями кожи, гидраденитом	

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Составляют 3–14 дней, в зависимости от тяжести заболевания, осложнений и наличия сопутствующей патологии.



ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Лечение проводят в амбулаторных условиях.

1.1.3. ФЛЕГМОНА

Флегмона — гнойное воспаление клетчаточных пространств, имеющее тенденцию к распространению.

Коды по МКБ-10

L03.0 Флегмона пальцев кисти и стопы.
L03.1 Флегмона других отделов конечностей.
L03.2 Флегмона лица.
L03.3 Флегмона туловища.
L03.8 Флегмона других локализаций.
L03.9 Флегмона неуточненная.

Классификация

По глубине расположения:

- поверхностные (эпифасциальные) — образуются в подкожно-жировой клетчатке, являясь осложнением гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки, следствием прорыва гноя при гнойном воспалении слизистых сумок, результатом колотых ран или нарушения правил асептики при введении лекарственных средств (инъекций, инфузий);
- глубокие (субфасциальные) — развиваются вследствие прорыва гноя из глубже лежащих гнойных очагов в мягких тканях, костях, внутренних органах.

По локализации: флегмона конечностей, кисти, стопы, лица, туловища, шеи.

ЭТИОЛОГИЯ

Возбудители: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus Ogston*, энтеробактерии, протей, кишечная палочка, а также другие различные микроорганизмы (грамположительные и грамотрицательные, аэробные и анаэробные).

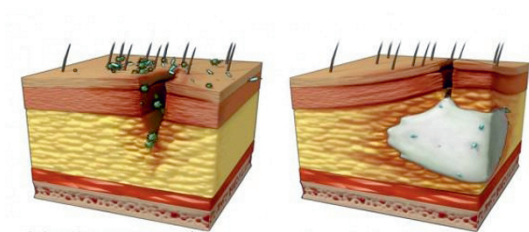
Предрасполагающие факторы:

- проникновение микроорганизмов при травмах, ранениях, уколах неповрежденных тканей;
- нагноение инфильтратов, гематом и кист;
- возможно образование вторичных флегмон — распространение гнойного воспаления на жировую клетчатку при остеомиелите (параоссальная флегмона), гнойном артрите (параартикулярная флегмона), пиелонефрите (паранефрит) и др.

ПАТОГЕНЕЗ

Развитие флегмоны начинается с серозной инфильтрации подкожной жировой клетчатки. Экссудат быстро приобретает гнойный характер, образуются участки некрозов, которые затем сливаются. Некроз и расплавление клетчатки приводят к абсцедированию флегмоны.

Изменения в тканях при флегмоне зависят от характера возбудителя: гнилостная и анаэробная инфекция приводит к некрозу тканей с образованием пузырьков газов. При кокковой микрофлоре идет гнойное расплавление тка-



ней. Воспалительный процесс при флегмоне не имеет тенденции к ограничению, как это наблюдается при абсцессе, а распространяется по межклетчаточным прослойкам соединительных тканей.

Воспалительный процесс в жировой клетчатке проходит определен-

ные стадии развития, начиная с серозного отека, с последующим образованием воспалительного инфильтрата и затем некроза тканей.

ПРИМЕР ДИАГНОЗА

Флегмона I пальца правой стопы.



ДИАГНОСТИКА

Критерии диагностики	Комментарии
1. Рекомендована оценка клинических данных	
Жалобы	Заболевание начинается остро, сильно выражены общие явления: слабость, раздражительность, недомогание. Лихорадка носит характер гектической, повышается по вечерам и сопровождается ознобом
2. Рекомендовано физикальное обследование (C2)	
Осмотр	• Появляются симптомы интоксикации: вялость, сонливость, снижение аппетита, тахикардия, учащение дыхательных движений, бледность кожных покровов. • Местные проявления заболевания включают в себя разлитую гиперемию, отечность, болезненность. Кожа при этом становится гиперемированной, горячей. Над флегмоной отмечаются выраженная болезненность при пальпации и симптом флюктуации. • Местные симптомы определяются локализацией процесса
3. Рекомендована лабораторная и инструментальная диагностика	
Лабораторная диагностика	Обязательные: клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (глюкоза), RW (для исключения специфической инфекции как возбудителя), ВИЧ, HBs, HCV. Посев отделяемого для определения вида возбудителя и чувствительности к антибиотикам
Инструментальная диагностика	По показаниям: посев на стерильность, УЗИ мягких тканей, лимфатических узлов, рентгенография (в зависимости от локализации и глубины расположения процесса), ЭКГ (при выраженном интоксикационном синдроме)