

трудности. Если грибковые инфекции гладкой кожи достаточно легко saniруются, то проникновение лекарственного препарата в матрицу ногтя, особенно при выраженном гиперкератозе, затруднено. Кроме того, любой противогрибковый препарат имеет целый ряд побочных эффектов (повышение уровня аминотрансфераз, индивидуальная непереносимость и т.д.) и для элиминации грибка из ногтевой пластинки необходимо принимать препарат не менее 3–4 месяцев в зависимости от скорости роста ногтя. Оборудование для аппаратного снятия позволяет удалить пораженную часть ногтевой пластинки, что сокращает сроки приема антимикотиков и повышает эффективность лечения до 97%. Удаление пораженной части ногтевой пластинки производится специальными алмазными фрезами при скорости вращения около 40 000 оборотов в минуту. Высокая скорость вращения фрез делает эту процедуру бескровной и абсолютно безболезненной. Данный метод является удачной альтернативой существовавшим ранее методам удаления: хирургическому, когда пораженный ноготь удалался механически, и химическому, когда ногтевая пластинка в течение длительного времени разрушалась специальными кислотами. Кроме того, что эти методы достаточно болезненны, они часто повреждают ногтевые валики и матрицу ногтя, что способствует деформации ногтевой пластинки.

Еще одна насущная проблема — проблема вросшего ногтя.

СРЕДИ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН ЕГО ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВЫДЕЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ:

1) анатомические особенности ногтевого ложа и ногтевой пластинки;

- 2) травмы, неправильный уход за ногтевыми пластинами;
- 3) онихомикозы;
- 4) неправильно подобранная обувь.

Клиника характеризуется врастанием материальной части ногтевой пластинки в околоногтевой валик.

Как правило, это сопровождается резкой болезненностью, выраженными явлениями воспаления на фоне резкой гиперемии и отека околоногтевого валика и прилежащих к нему участков кожи.

При этом часто процесс сочетается с грибковым поражением ногтей.

В микологическом центре ГКВД проводится лечение по частичному удалению вросшей части ногтевой пластинки с дальнейшей коррекцией ее выпрямляющими пластинами.

Манипуляции проводятся под местной анестезией с использованием аппаратной чистки.

После удаления пораженной части проводится местная и общая противовоспалительная терапия в течение 7–10 дней.

Следующий этап заключается в коррекции ногтя специальными выпрямляющими пластинами.

Длительность лечения зависит от глубины врастания пластинки в околоногтевой валик и составляет в среднем 1 — 2,5 месяца.

Данный метод в отличие от хирургического удаления безболезнен, бескровен и предотвращает деформацию ногтевой пластинки, которая достаточно часто наблюдается при хирургическом иссечении.

ДИАГНОСТИКА ВПЧ — ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ

МИНУЛЛИН И.К., УСМАНОВА С.Р.

Городской кожно-венерологический диспансер, г. Казань.

ИЛЛЮСТРАЦИИ К СТАТЬЕ НА ЦВЕТНОЙ ВКЛАДКЕ

Актуальность проблемы папилломавирусной инфекции обусловлена разнообразием клинических проявлений, способностью к озлокачествлению, трудностью диагностики и лечения.

Диагностика типичных проявлений папилломавирусной инфекции не вызывает затруднений, сложным является определение ее атипичных разновидностей.

Вирусы папилломы человека (ВПЧ) высоко специфичны для эпидермиса, поражают только поверхностный эпителий кожи и слизистых оболочек.

Достоверно доказана ответственность ВПЧ за развитие плоской кондиломы шейки матки и цервикальной интраэпителиальной неоплазии.

Представляем собственные клинические наблюдения развития злокачественных новообразований на фоне вирусного поражения кожи.

1. Больной Ш., 60 лет, был направлен с диагнозом: Остроконечные кондиломы полового члена на лазерное лечение.

Из анамнеза установлено: что в течение 3-х лет получал лечение по поводу баланопостита. Первично заметил шероховатость в области полового члена, на которой появились трещинки с периодической кровоточивостью. Позже появилась эрозия, которая превратилась в язву до 5 мм в диаметре. Краснота на коже головки и в области уздечки сохранялись постоянно, беспокойства не вызывали. Приблизительно через год начал замечать появление шиповидных образований на гиперемизированных участках, посчитал это проявлениями кондилом, провел курс самолечения резорцином. Началось расширение зоны поражения, на коже головки появилось белесое пятно.

При осмотре: на коже головки четко ограниченное, серовато-белесового цвета в виде не снимающейся пленки d = 1,5 см. новообразование с распространением на область уздечки. Диагноз: Лейкоплакия

Дерматологом направлен на консультацию к онкологу. Цитологическое исследование: Детрит, лейкоциты,

скопления чешуек эпителия, клетки плоского эпителия с признаками гиперкератоза, пролиферативные клетки плоского эпителия. Заключение: Онкопатологии нет.

Дерматологом направлен на гистологическое исследование. Гистологический диагноз: №27924 плоскоклеточный инвазивный ороговевающий рак на фоне вирусного поражения. Плоская лейкоплакия. Дальнейшее лечение в стационаре Городского онкологического диспансера.

2. Больной К. 52 лет. 19.12.02г. направлен на лазерное лечение с диагнозом: Вульгарные бородавки левой стопы. Из анамнеза установлено: что приблизительно год назад начал замечать появление пузырчатых образований на подошвенной поверхности стоп, разрешившихся после местного лечения салициловым спиртом, 5% раствором йода, клотримазолом. После этих процедур нача-

лось активное разрастание твердых образований между пальцами левой стопы.

5.12.02г. осмотр онкологом г. Альметьевска.

Цитологическое исследование Цитограмма от 9/XII-02г — слущенный плоский эпителий.

15/ XII-02г в крови лимфопения — 18%

При осмотре: поверхностные образования в области межпальцевых промежутков II — V п — левой стопы с распространением на подошвенную поверхность слегка кро-воточащие грануляции, крупные образования подвержены распаду. Бородавчатая эпителиома плоскоклеточная материал направлен на гистологическое исследование

Гистологический д-з: №36912-19

Плоскоклеточный рак с ороговением на фоне вирусного поражения кожи. Направлен на стационарное лечение в РОД МЗ РТ.

ЛЕЧЕНИЕ ТОТАЛЬНОГО КОНДИЛОМАТОЗА АНО-РЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЫ

ИЛЛЮСТРАЦИИ К СТАТЬЕ НА ЦВЕТНОЙ ВКЛАДКЕ

МИНУЛЛИН И.К., УСМАНОВА С.Р.

Городской кожно-венерологический диспансер, г. Казань

Предложено множество методов лечения остроконечных кондилом ано-ректальной зоны: диатермокоагуляция, криотерапия, хирургическое иссечение, прижигание кондилом разными препаратами, вызывающими их некроз. Но все они для этой зоны недостаточно эффективны, после них нередко наблюдаются рецидивы заболевания, деформации кожи перианальной области и рубцовые структуры ануса.

Нами применено лечение CO₂ лазера у 68 больных в возрасте от 1,3 года до 73 лет, мужчин — 41, женщин — 29.

Все пациенты пролечены в амбулаторных условиях, с обязательным гистологическим исследованием материала. Отдаленные результаты лечения лазером прослежены от 2 месяцев до 7 лет у 53(78%) пациентов. Из них только у троих через 5-6 месяцев наблюдается незначительный рецидив. Рубцовых деформаций или структуры ануса не выявлено.

Приводим следующие клинические наблюдения, представляющие интерес в связи с наличием отягощенного соматического статуса и детского возраста пациентов:

1. Больной П., 20 лет, инвалид II группы с врожденной фенилкетонурией.

Диагноз: Тотальный кондиломатоз перианальной области.

До обращения в ГКВД очаги удалялись электрокоагуляцией, криотерапией, в связи с возникновением рецидива направлен на лазерную деструкцию.

Проведена фрагментарная лазероапоризация очагов CO₂ лазером. В результате последующего наблюдения в

течение 1 года констатировано полное клиническое выздоровление.

2. Больная И. 1г. 3 мес.

Диагноз: Тотальный кондиломатоз перианальной области.

Больна 5 мес., 4-жды проводилась криотерапия очагов поражения, в связи с возникновением рецидива, направлена на лазерную деструкцию. Последующее динамическое наблюдение в течение 3-х лет показало полное клиническое выздоровление.

3. Больной Л. 16 лет

Диагноз: Тотальный кондиломатоз перианальной области после полового насилия.

Проведена фрагментарная лазероапоризация очагов CO₂ лазером. В результате последующего наблюдения в течение 1 года рецидивов заболевания не наблюдалось.

4. Больная З. 20 лет

Диагноз: Тотальный кондиломатоз половых органов, промежности и перианальной области.

Беременность 30 нед. Проведена фрагментарная лазероапоризация очагов CO₂ лазером.

Бесконтактность и бескровность (высокий гемостаз) лазерного выпаривания позволяет вмешиваться анатомично и препятствует распространению патологического процесса в здоровые ткани, максимально предупреждается рецидив заболеваний. Малая травматичность и асептичность операции позволяет сократить сроки заживления раны.