

О.Н. Сабельников

ЛЕЧЕНИЕ ВРОСШЕГО НОГТЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

ГБУЗ АО «Приволжская центральная районная больница», поликлиника № 2, г. Астрахань

Обосновано активное хирургическое лечение как оптимальный и универсальный метод лечения вросшего ногтя большого пальца стоп. Достоинством метода является простота, отсутствие необходимости в использовании сложных технических приспособлений, а также значительный экономический эффект. Применение этого метода способствует значительному сокращению сроков заживления ран большого пальца стоп, снижению времени пребывания на больничном листе, предотвращает значительный экономический ущерб.

Ключевые слова: *вросший ноготь большого пальца стоп, хирургическое лечение, экономический эффект.*

O.N. Sabelnikov

THE TREATMENT OF IN GROWING THUMB-NAIL OF THE FOOT IN AMBULATORY-POLYCLINIC CONDITIONS

The active surgical treatment as optimum and universal method of treatment of ingrowing thumb-nail of the foot is proved. The merit of this method is simplicity, lack of necessity in using complex technical devices and considerable economical effect. The use of this method promotes considerable reduction of time in healing wounds of the big toe, lowering of being at sick-list, prevents the significant economical damage.

Key words: *ingrowing thumb-nail of foot, surgical treatment, economical effect.*

Введение. Вросший ноготь больших пальцев стоп является распространенным заболеванием, приводящим к нарушению потери трудоспособности в среднем от 16 до 20 дней. Заболеваемость больных вросшим ногтем первого пальца стоп составляет в среднем 20 % от всех амбулаторных больных с хирургической патологией. Наибольшая обращаемость молодых людей в возрасте от 20 лет говорит о взаимосвязи возникновения вросшего ногтя с интенсивным и не всегда пропорциональным ростом мягких тканей, с использованием тесной обуви, повышенной статико-динамической нагрузкой.

Лечение вросшего ногтя больших пальцев стоп является сложной задачей, при решении которой консервативные методы дают лишь временное облегчение. Одни исследователи считают вросший ноготь приобретенным заболеванием, а его возникновение связывают с длительным ношением тесной обуви [1, 3]. По мнению других авторов, вросший ноготь является наследственным заболеванием и передается из поколения в поколение [9, 13, 15].

Среди основных причин заболевания вросшего ногтя выделяют функциональную слабость стопы, приводящую к уплощению поперечного свода с последующим формированием вальгусного положения первого пальца [12]. При присоединении травмирующих факторов отмечается медленное вдавление бокового края ногтевой пластинки в мягкие ткани первого пальца, надвигающиеся поверх краев ногтя. При этом плоскость ногтевого ложа суживается с боков, ногтевая пластинка заворачивается, проникает в глубину ногтевой бороздки [10]. Околоногтевой валик изъязвляется, разрастаются избыточные грануляции. Создается впечатление врастания свободного края ногтевой пластинки в прилегающие ткани, но на самом деле увеличивающийся ногтевой валик надвигается на край ногтевой пластинки. Постоянная травматизация ногтевой пластинки грануляционных тканей создает условие для присоединения вторичной инфекции, обострения воспалительного процесса.

В клинической картине вросшего ногтя выделяют три стадии [8]:

- 1) умеренная инфильтрация, отечность ногтевого валика, отсутствие изменений ногтевой пластинки, без гноетечения;
- 2) выраженный отек околоногтевого валика, гиперемия кожи, краевая инфильтрация ногтевого валика, прикрытие ногтевой пластинки наплывающими грануляциями мягких тканей, уплотнение ногтевой пластинки, ее тусклость;
- 3) околоногтевые валики резко отечные, покрыты обширными гипергрануляциями, в случае двустороннего поражения объем фаланги увеличен в 1,5 раза, ногтевая пластинка истончена, она становится ломкой, приобретает патологическую подвижность.

Наличие вросшего ногтя стоп является абсолютным показателем к оперативному лечению [11, 16].

Существующие в настоящее время оперативные методы лечения можно разделить на несколько групп [2]:

- 1) вмешательство на мягких тканях большого пальца (выполняется иссечение только мягких тканей около выросшей части ногтя, уменьшается соприкосновение бокового валика с ногтевой пластиной) [14];
- 2) иссечение или полное удаление ногтевой пластинки [3];
- 3) вмешательство на мягких тканях и ногтевой пластинке [5, 6, 8, 13];
- 4) полное удаление ногтевой пластинки, иссечение ногтеобразующих тканей, закрытие ногтевого ложа [4, 7].

Цель: основываясь на реальных представлениях об этиопатогенезе выросшего ногтя стопы, представить ряд методов оперативного лечения подобного заболевания. Среди них выделить пластическую операцию, выполняемую в амбулаторных условиях, не вызывающую серьезных осложнений, исключающую рецидивное заболевание, полностью восстанавливающую естественную форму ногтя.

Материалы и методы исследования. С 2010 по 2012 гг. в хирургическом кабинете поликлиники № 2 ГБУЗ АО «Приволжская центральная районная больница» с диагнозом выросшего ногтя первого пальца стоп прооперировано 242 пациента, из них 93 мужчины, 149 женщин.

Результаты. Длительность заболевания варьировала от 1 до 6 месяцев (160 человек) и до 3 лет (82 человека). Латеральный валик был поражен у 137 человек, медиальный валик – у 85 пациентов, наружный и внутренний валики – у 20 больных (табл. 1).

Таблица 1

Частота врастания ногтевой пластинки на различных сторонах первого пальца стопы

Стороны ногтевой пластинки	Количество больных		Общее количество
	мужчины	женщины	
Наружные	33	104	137 (56,4 %)
Внутренние	17	68	85 (35,1 %)
Наружные и внутренние	6	14	20 (8,2 %)
Всего	56	186	242

У всех обследованных больных выросший ноготь клинически проявлялся: болью, усиливающейся при ходьбе, воспалительным процессом околоногтевого валика, напояющего на боковую поверхность ногтевой пластинки. При этом у 53 человек околоногтевой валик был умеренно отечный, инфильтрированный (I стадия заболевания); у 169 человек околоногтевой валик был резко отечный с изъязвлениями (II стадия заболевания); у 20 человек – обширные гипертрофированные грануляции с гноеотечением (III стадия заболевания).

Данные таблицы 2 свидетельствуют о том, что наибольшее количество больных было зафиксировано с левосторонним поражением стопы, из них женщин было в 1,6 раза больше, чем мужчин.

Таблица 2

Частота локализации выросшего ногтя на различных стопах

Стопы	Количество больных		Общее количество
	мужчины	женщины	
Левая	40	65	105 (43,3 %)
Правая	38	58	96 (39,7 %)
Обе стопы	15	26	41 (16,9 %)
Всего	93	149	242

Перед операцией все пациенты обследовались лабораторно. Были проведены клинические, биохимические анализы крови, мочи, ЭКГ, флюорография; Осуществлена фото- и плантография стоп по С.Ф. Годунову (1963 г.) с определением угла отклонения первого пальца стопы по Ярлову-Яраланцеву (1968 г.). При III стадии заболевания выросшего ногтя проводились посевы гнойного содержимого для изучения вида возбудителя и его чувствительности к антибиотикам. В воспалительном экссудате был обнаружен золотистый стафилококк, стрептококк, нередко в ассоциации с эшерихиями, синегнойной палочкой. Назначались полусинтетические антибиотики пенициллинового ряда (цефазолин, цефтриаксон), иногда с аминогликозидами (мономицин, неомицин) в сочетании с противогрибковыми препаратами (нистатин). На рентгенограммах стоп выявлены вальгусные искривления первых плюснефаланговых суставов, поперечное плоскостопие, краевой остеопороз.

Больным проводились следующие оперативные вмешательства:

- 1) полное удаление ногтевой пластинки (операция Дюпюитрена);

- 2) краевая резекция ногтевой пластинки:
 - а) операция по Бартлетту;
 - б) операция по Шмидену;
- 3) трапециевидное иссечение околоногтевого валика с полным сохранением ногтевого ложа и ногтевой пластинки [8] (табл. 3).

Таблица 3

Методы оперативного лечения вросшего ногтя первого пальца стопы

Методы лечения вросшего ногтя	Количество больных		Общее количество
	мужчины	женщины	
Полное удаление ногтевой пластинки	6	14	20 (8,2 %)
Операция по Бартлетту	32	45	77 (31,8 %)
Операция по Шмидену	45	47	92 (38,1 %)
Операция по Милешевичу	23	30	53 (21,8 %)
Всего	106	136	242

Оперативное лечение выполнялось под местной анестезией по Лукашевичу-Оберсту 1–2 % раствора новокаина в количестве 10,0 мл. При непереносимости новокаина применялся лидокаин 2 %. В послеоперационном периоде применялись ежедневные перевязки с антисептическими растворами (хлоргексидин, раствор фурацилина). При необходимости лечение дополняли гипсовой иммобилизацией голеностопного сустава, физиопроцедурами, УВЧ, магнитотерапией.

Полное удаление ногтевой пластинки было произведено у 20 больных, что составляет 8,2 % (6 мужчин, 14 женщин) обследованных пациентов. Эта операция обусловлена поражением наружного и внутреннего валика большого пальца стоп при третьей стадии заболевания. Особенность операции по Дюпюитрену заключается в том, что после удаления ногтевой пластинки послеоперационный период очень длителен. Вновь формирующийся ноготь может стать деформированным, что нередко приводит к рецидиву заболевания и повторной операции.

Краевая резекция выполнена у 169 больных. Операция по Бартлетту выполнена у 32 мужчин и 45 женщин, всего – 77 человек (31,8 %). Операция по Шмидену выполнена у 47 женщин и 45 мужчин, всего – 92 человека (38,1 %). Данный метод менее травматичен, чем вышеуказанные. Создается незначительная деформация и косметические дефекты ногтевой пластинки в виде уплотнения ногтевого ложа. Эти операции выполнялись при второй стадии заболевания.

При первой стадии заболевания вросшего ногтя осуществлялось трапециевидное иссечение ногтевого валика у 53 человек, из них 23 мужчины и 30 женщин, что составляет 21,8 % от общего числа обследованных. Данный метод является патогенетически обусловленной операцией, менее травматичен, полностью восстанавливает естественную форму ногтя. Все прооперированные больные выздоровели и приступили к работе. Длительность лечения оперированных больных зависела от стадии заболевания. При первой стадии сроки пребывания на больничном листе составляли 10–12 дней. При второй стадии заболевания сроки пребывания на больничном листе были 15–16 дней. При третьей стадии заболевания сроки пребывания на больничном листе увеличиваются до 25 дней.

Выводы.

1. Вросший ноготь представляет собой важную социально-медицинскую проблему, так как будучи распространенным хроническим заболеванием, является причиной значительных трудопотерь.
2. При вросшем ногте первой стадии рекомендовано выполнять органосохраняющую операцию – трапециевидное иссечение околоногтевого валика с сохранением ногтевого ложа и ногтевой пластинки, формирование нового околоногтевого валика.
3. Лечение вросшего ногтя должно быть комплексным и включать в себя хирургическое лечение и противовоспалительную терапию.
4. Лечение вросшего ногтя должно быть направлено на максимальное сокращение дней нетрудоспособности пациента, носить активный характер.
5. Необходимо раннее выявление больных с заболеванием вросшего ногтя больших пальцев стоп, санация больных по методике предложенной В.И. Милешевичем, так как при запущенных случаях экономический ущерб для снятия воспалительных явлений составляет в среднем от 15 тыс. руб. до 18 тыс. руб. Тогда как в незапущенных случаях экономические затраты в среднем составляют 3–4 тыс. руб.

Список литературы

1. Богданов, Ф. Р. Хирургическое лечение повреждений и заболеваний стопы / В. Р. Богданов. – М. : Медгиз, 1953. – 221 с.

2. Глозман, В. Н. Вросшие ногти и их лечение / В. Н. Глозман // Вестник дерматологии и венерологии. – 1970. – № 2. – С. 72–76.
3. Деомидов, В. А. Вросший ноготь / В. А. Деомидов, Т. И. Деомидова // Медсестра. – 1979. – № 5. – С. 55.
4. Иванов, А. А. Удаление ногтевого ложа при вросшем ногте с выкраиванием кожного лоскута / А. А. Иванов // Советская хирургия – 1931. – Т. 1. – С. 158–160.
5. Ларин, В. Ф. Сравнительная оценка методов лечения вросшего ногтя / В. Ф. Ларин // Вестник хирургии. – 1974. – № 11. – С. 115–118.
6. Линьков, В. С. О лечении вросшего ногтя / В. С. Линьков // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1969. – Т. 103, № 7. – С. 120.
7. Машин, В. В. Радикальное удаление вросшего ногтя с пластическим закрытием раневого дефекта / В. В. Машин // Хирургия. – 1954. – № 10. – С. 72–73.
8. Мелешевич, М. В. Этиопатогенетические основы хирургического лечения вросшего ногтя: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. В. Мелешевич. – Минск, 1985. – 24 с.
9. Микусев, И. Е. Пластическая операция при вросшем ногте / И. Е. Микусев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1995. – Т. 154, № 3. – С. 111.
10. Мокшанов, И. Я. Этиопатогенез вросшего ногтя и его лечение / И. Я. Мокшанов, М. В. Мелешевич // Клиническая хирургия. – 1973. – № 4. – С. 57–60.
11. Синдаловская, Р. Г. Радикальная операция при вросшем ногте в условиях поликлиники / Р. Г. Синдаловская // Материалы Всероссийской конференции хирургов (Казань, 11 апреля 1954 г.) / – М., 1954. – С. 166.
12. Чашников, А. А. Хирургическое лечение вросшего ногтя : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. А. Чашников. – Куйбышев, 1956. – 32 с.
13. Шмиден, В. Курс хирургических операций / В. Шмиден, А. Фишер; пер. с нем. – М. : Медгиз, 1931. – 543 с.
14. Bartlett, R. W. A conservative operation for the cure of so called ingrowing toe-nail / R. W. Bartlett // J. Am. Med. Ass. – 1937. – Vol. 108/15. – P. 1257–1258.
15. Hughes, J. The importance of the toes in walking / J. Hughes, P. Clark, L. Klenerman // J. Bone Joint Surg. Br. – 1990. – Vol. 72 (2). – P. 245–251.
16. Rothermel, E. Carbon dioxide laser use for certain diseases of the toenails / E. Rothermel, D. B. Apfelberg // Clin. Podiatr. Med. Surg. – 1987. – Vol. 4 (4). – P. 809–821.

Сабельников Олег Николаевич, врач-хирург ГБУЗ АО «Приволжская центральная районная больница», поликлиника № 2, Россия, 416450, Астраханская область, Приволжский район, с. Началово, ул. Ленина, д. 108, тел.: (8851) 40-60-78.

УДК 616.36-002.2-053.2

© О.В. Чурбакова, 2012

О.В. Чурбакова

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ИНТЕГРАТИВНУЮ ФАЗУ

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России

Рассмотрены особенности течения хронического вирусного гепатита В у детей и подростков в интегративную фазу, особенности клинических симптомов и синдромов течения болезни. Для хронического вирусного гепатита В характерны цитолитический, холестатический, мезенхимально-воспалительный синдромы. Проведена оценка клинико-лабораторных и ультразвуковых показателей. Отмечено, что у пациентов с хроническим вирусным гепатитом В в интегративную фазу улучшаются клинико-биохимические показатели, но полной клинико-лабораторной ремиссии не происходит.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит, интегративная фаза, клинические синдромы и симптомы.