УДК 616.596-007.44-089.8

СПОСОБ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОСШЕГО НОГТЯ

А.Б. Бабурин[1], В.И. Логинов[1], В.В. Паршиков[2],
[1]Филиал № 5 ФГУ «1586 ОВКГ МВО» МО РФ г. Н. Новгорода, [2]ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»

Паршиков Владимир Вячеславович *– mail: pv1610@mail.ru*

В работе представлен оригинальный способ комплексного лечения вросшего ногтя. Подробно описаны предоперационная подготовка и техника хирургического вмешательства. Анализированы результаты применения метода в условиях общехирургической клиники. Показано, что использование способа позволяет достоверно снизить частоту рецидивов заболевания, сократить сроки лечения и нетрудоспособности.

Ключевые слова: вросший ноготь, амбулаторная хирургия.

In the work the complex methode of ingrowing nail treatment is presented. The features of surgical technique are described in detail. The results of methods using are analysed. It is proved, that use of this methods to reduce significant frequency of diseases relapse, reduce the time of the treatment and disability.

Key words: nail ingrown, ambulance surgery.

Введение

Вросший ноготь – довольно частое заболевание, встречающееся среди различных возрастных групп населения в работоспособном возрасте, чаще у женщин [1, 2, 3]. По данным ряда авторов, больные с вросшим ногтем составляют 5–10% от всех амбулаторных хирургических больных [4]. В основе этиопатогенеза находятся генетическая предрасположенность, аномалии развития стоп – плоскостопие, вальгусное искривление большого пальца; соматические заболевания – сахарный диабет, подагра [3, 4]. Вышеперечисленные аспекты являются предрасполагающими факторами. К производящим моментам относят давление узкой тесной обуви на большой палец, несоблюдение гигиенических правил, неправильное обрезание угла края ногтя, травма пальца с повреждением ложа ногтя. Лечение вросшего ногтя является одной из важных задач амбулаторной хирургии. Предложены десятки способов оперативного и консервативного лечения, включая радиоволновую и лазерную терапию, однако проблема лечения данного заболевания далека от разрешения [3, 4, 5, 6, 7, 8]. Об этом свидетельствует высокая частота рецидивов, которая при оперативном лечении достигает 20–70%. Сроки временной утраты трудоспособности составляют 14–20 дней. Среди способов оперативного лечения известны пластические операции (Джанелидзе, Иванова, Чашникова, Муратова, Цвирна, Булая, Loewe и др.), при выполнении которых отмечается почти 100%-й положительный результат. Однако данные методы имеют ряд недостатков: сложность выполнения, длительный послеоперационный период (3 недели и более), косметические дефекты – ноготь больше не отрастает, кожный трансплантат легко травмируется, изъязвляется, что приводит к нетрудоспособности. Не исключено, что одной из причин рецидива вросшего ногтя является неадекватная подготовка к оперативному лечению или её отсутствие, что в большей мере относится к запущенной, длительно текущей форме заболевания с выраженными явлениями хронического воспаления. В таких условиях технически безупречно выполнить хирургическое вмешательство порой сложно. В процессе операции в ряде случаев остаётся ростковая зона вросшей части ногтя или же производится неполное её иссечение с разволокнением матрикса и дальнейшим его беспорядочным ростом. Именно в таких случаях необходим подготовительный период для купирования воспаления. Оптимальный выбор способа оперативного лечения и создание необходимых условий для его выполнения являются актуальной задачей хирургии [9, 10].

Цель работы: разработать и внедрить способ предоперационной подготовки и оперативного лечения вросшего

ногтя, с учетом особенностей клинического течения болезни, позволяющих сократить сроки послеоперационного лечения и временной нетрудоспособности больных, предотвратить гнойные осложнения и рецидивы заболевания.

Материал и методы

Авторами предложен и внедрен в клиническую практику способ комплексного лечения вросшего ногтя. С 2002 по 2010 год на базе Филиала № 5 ФГУ «1586 ОВКГ МВО» МО РФ г. Нижнего Новгорода выполнено 114 операций по поводу вросшего ногтя. В основную группу отнесены пациенты, оперированные оригинальным способом (n=49). В контрольную группу вошли пациенты с вросшим ногтем, оперированные в 2002–2010 гг. в том же стационаре классическими способами Бартлетта и Шмидена (n=65). В группах не было достоверных отличий по полу, возрасту и сопутствующей патологии. Возраст пациентов составил от 15 до 74 лет. У 72 пациентов заболевание носило затяжной характер. В основной группе была 28 пациентов, обратившихся по поводу рецидива заболевания (57%), в контрольной – 8 (12%), что свидетельствует о изначально более «проблемном» локальном статусе пациентов основной группы. Всего были оперированы по поводу рецидива заболевания 36 пациентов, при этом 22 из них – второй раз, 11 – третий и 3 – четвёртый. Результаты анализировали статистически, с применением критерия Стьюдента, средствами Excel 2007 в среде Microsoft Windows XP. Способ комплексного лечения вросшего ногтя, предложенный авторами, осуществляли следующим образом. В вечернее время больному делали 10-минутную тёплую ножную ванночку с раствором антисептика (5 мл 10%-го нашатырного спирта на 1 литр воды). Далее поверхность стопы осушивали, после чего накладывали на поражённую часть пальца повязку с противовоспалительной мазью следующего состава: 5 г кристаллического йода, водный раствор калия йодида 20% – 10 мл, 10 г салициловой кислоты, 28 мл димексида и 60 г ланолина. Степень подготовки к операции оценивали по следующим показателям: уменьшение или полное исчезновение боли, отёка, гиперемии в области поражения, отсутствие поступления гноя из-под ногтевого валика, уменьшение ногтевого валика в размерах, отторжение гипергрануляций. Ноготь при этом становился более мягким и податливым. При такой предоперационной подготовке в некоторых случаях перед оперативным лечением было достаточно одной процедуры, в среднем же выполняли три процедуры. После подготовки выполняли операцию. Под местной проводниковой анестезией раствором лидокаина 2% (4–6 мл) производили иссечение вросшей части ногтевой пластинки с боковым валиком по линии врастания (1), при этом разрез (2) ногтевой пластинки и глубжележащих тканей продолжали до основания ногтевого ложа и проксимальнее на 0,5–1,0 см на глубину 2–3 мм, не доходя до надкостницы (рис.; 1, 2). Иссечение ногтевого ложа с ростковой зоной выполняли острым инструментом, одним разрезом («движением»), так как при множественных попытках иссечения матрикса происходит его разволокнение, что в дальнейшем приводит к неправильному развитию ростковой зоны и возникновению рецидива заболевания. После удаления участка ногтевой пластинки с ложем, ростковой зоной и валиком единым блоком выполняли обработку раневой поверхности 3%-м раствором перекиси водорода, осушивали, проводили контроль зоны роста на наличие остатков матрикса, при необходимости осуществляли гемостаз. Затем на рану накладывали 2–4 шва (1) в косом направлении и формировали боковой валик (2). При таком расположении нитей достигали наилучшего сопоставления краёв раны (рис.; 3, 4). При наложении швов в области ростковой зоны (проксимальная часть ногтевой пластинки) для предупреждения её повреждения иглу после прокола кожи проводили над матриксом и ногтевой пластинкой. В конце операции на палец накладывали повязку с антисептиком. В послеоперационном периоде, начиная со следующего дня после операции, для оптимизации процессов регенерации в ране во время перевязки после обработки и осушения раны проводили непосредственное КВЧ-облуче-ние (аппаратом «АМФИТ») последней через стерильную салфетку в течение 25–30 минут, после чего накладывали повязку с антисептиком. Облучение миллиметровыми волнами выполняли 1 раз в день в течение 7 суток. Швы снимали на 7–8-е сутки после операции.

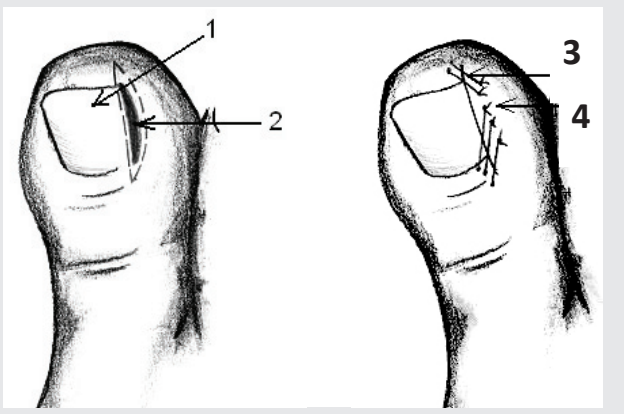

РИС.
Способ комплексного лечения вросшего ногтя.

Результаты исследования

Гнойных осложнений после операций не было. Средний срок лечения с начала предоперационной подготовки в основной группе составил 10,51±0,98 суток, в контрольной 12,76±1,31 суток, p=0,0001. Средний срок нетрудоспособности в основной группе составил 7,32±0,98 суток (предоперационная подготовка проводилась без отрыва от производства), в контрольной 14±1,31 суток, p=0,0001. Рецидивов в основной группе от 1 года до 8 лет не было, в контрольной группе с рецидивом заболевания в течение первого года обратилось 12 человек (p=0,0002). Всем им в последующем проведено комплексное лечение вросшего ногтя по способу авторов с хорошими отдалёнными результатами.

Заключение

Внедрение в клиническую практику предложенного авторами способа комплексного лечения вросшего ногтя позволяет успешно оперировать пациентов с данной патологией, в том числе и после многократных рецидивов заболевания. Применение оригинального метода позволяет достигнуть хороших ближайших и отдаленных результатов, достоверно сократить сроки послеоперационного лечения и временной нетрудоспособности больных, предотвратить рецидивы заболевания. Способ технически прост, легко выполним в амбулаторных условиях, при этом предоперационная подготовка может проводиться без отрыва от производства.

Метод малотравматичен, соблюдение рекомендуемой оперативной техники предупреждает излишнее повреждение ростковой зоны ногтевой пластинки, не требует иссечения тканей до надкостницы. В ходе вмешательства достигается адекватное сопоставление краёв раны, за счёт КВЧ-терапии оптимизируются процессы регенерации в ране и сокращаются сроки послеоперационного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малков И.С., Коробков В.Н. Лечение вросшего ногтя. Казан. мед. журн. 2002. № 4 (83). С. 303-304.

2. Комлев П.Н. Лечение вросшего ногтя стоп у детей. Автореф. дис... канд. мед. наук. Н. Новгород. 2004. С. 22.

3. Николаева Е.А. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения рецидивных и осложненных форм вросшего ногтя. Автореф. дис... канд. мед. наук. В. Новгород. 2005. С. 20.

4. Апанасенко Б.Г. Специализированная амбулаторная хирургия. Санкт-Петербург. 1999. С. 256-258.

5.Микусев И.Е. Пластическая операция при вросшем ногте. Вестн. хирургии. 1995. № 3 (154). С. 111.

6. Ежов Ю.И. Оперативный способ лечения вросшего ногтя. Патент РФ № 2138216. Бюлл Изобретения. 1999. С. 27.

7. Сувидов В.С. Способ лечения вросшего ногтя. Патент РФ № 2022530. Бюлл Изобретения. 1994 С. 21.

8. Hettinqer D.F. Nail matrixectomies using radio wave technique. J Pediatric Med. 1991. № 6 (81). P. 317.

9. Sarifakioglu E., Sarifakioglu N.Crescent excision of the nail fold with partial nail avulsion does work with ingrown toenails. Eur J Dermatol. 2010. № 20 (6). P. 822-3.

10. Vaccari S., Dika E., Balestri R. et al. Partial excision of matrix and phenolic ablation for the treatment of ingrowing toenail: a 36-month follow-up of 197 treated patients. Dermatol Surg. 2010. № 36 (8). P. 1288-93.