

ВРОСШИЙ НОГОТЬ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Труфанов В.Д., Сульповар Л.В., Гунько В.И., Косцов Б.Э., Соколов Н.Н.

ООО НМЦ «Мединкур», г. Москва
Генеральный директор Сульповар Леонид Владимирович. Москва, Проспект Мира, 105

Кафедра Челюстно-лицевой хирургии и
хирургической стоматологии РУДН г. Москва
Зав.кафедры, проф. Гунько Валерий Иосифович. Москва, ул.Миклухо-Маклая, д.6

Контактный тел. (495) 160-95-93

E-mail: info@surgitron.ru

Частота заболевания «Вросший ноготь» остается довольно высокой на сегодняшний день. Причин и предпосылок для возникновения этого заболевания довольно много. К ним относятся: неправильное обрезание ногтя (боковая часть ногтевой пластинки срезается очень коротко, ножницами заходят под кожный валик и травмируют ногтевой желоб по которому двигается ногтевая пластинка), плоскостопие, ношение узкой обуви, травма ногтевой пластинки.

Клинические симптомы вросшего ногтя: дискомфорт, боль и хромота. Иногда появляется сукровичная или прозрачная жидкость в области вrostания ногтя. А при присоединении инфекции появляются гнойное отделяемое из-под кожного валика, избыточный рост грануляций, неприятный ихорозный запах. Вышеперечисленные клинические симптомы приводят к существенному дискомфорту, который, в свою очередь, мешает нормально работать и чувствовать себя адекватно в обществе.

Консервативные методы лечения, в основном, используются в начальных стадиях заболевания. К ним относятся: осторожное подведение марлевых полосок, смоченных спиртом, под край ногтя; прикладывание мазевых повязок с мазью Вишневского или в составе которых имеется антибиотик; обрабатывание антисептиками. Эта тактика лечения носит временный характер и, как правило, не приводит к выздоровлению. Но, а если присоединяется вторичная инфекция (гиперемия кожного валика, гнойное отделяемое и рост грануляций), тогда выход только один – операция.

Хирургами всего мира разработано более 50 модификаций операций по лечению вросшего ногтя: от тотального его удаления до имплантации под ноготь рентгеновской пленки. С 1961 года используют физические приборы, принцип работы которых основан на использовании рассеивающего гальванического тока, частичной фульгурации, выпаривании матрицы CO₂ – лазером. Но ни одна из этих методик не исключает рецидива заболевания, процент которых, на сегодняшний день, высокий (15% -50%).

В 1996 году, в ООО НМЦ «Мединкур» мы впервые в России применили методику хирургического лечения вросшего ногтя с использованием высокочастотного прибора «Сургитрон™» производства фирмы «Ellman Internacional, Inc.» (США), который выпускается с 1980 г., а в России разрешен к применению с 1995 года.

Впервые радиоволну для коагуляции матрицы ногтевой пластинки применил доктор Kendall, в 1988 г., рецидив заболевания составил около 2%.

Методика проведения операции следующая: палец и прилежащие к нему ткани обрабатываются антисептиком, у основания накладывается жгут, проводится проводниковая анестезия, через 20 минут удаляем грануляции, прямым москитом отсепаровываем кожный валик у основания ногтевой пластинки, где будет выполнена резекция последней. Затем максимально аккуратно и бережно выполняем краевую резекцию ногтевой пластинки остроконечными ножницами с тонкими браншами, включая матрицу. Резецируя ногтевую пластинку, всегда думаем о послеоперационной эстетике последней. Далее специальным электродом Н9 выполняем коагуляцию матрицы у основания резецированной ногтевой пластинки. Под кожный валик, над резецированным участком ногтевой пластинки, к матрице, вводится электрод, ширина которого соответствует дефекту – ширине резецированного участка. Электрод устанавливается оголенной частью вниз, а защищенной кверху. Рабочая поверхность электрода – торцовая и нижняя его поверхности. В момент установки электрода, торцовой частью последнего, необходимо ощутить твердую часть матрицы. Режим - «Коагуляция», мощность – «5», время активации прибора – «4» секунды. Иногда мы используем закругленный электрод. Это в том случае, когда сама ногтевая пластинка имеет закругление книзу в латеральных отделах. В этом случае мы делаем электродом движение по дуге, по матрице. Последний этап операции – наложение повязки с антибиотиковой мазью. Эта методика, по сравнению с другими хирургическими вмешательствами, имеет ряд преимуществ: послеоперационная ранка практически не кровит, не болит, пациент может спокойно ходить не испытывая дискомфорта, заживление проходит намного быстрее. Операция выполняется без наложения швов.

С 1996 года нами прооперировано 1682 пациента в возрасте от 12 до 72 лет. Всем пациентам выполняли краевую резекцию ногтевой пластинки и частичную коагуляцию матрицы высокочастотным прибором «Сургитрон». Успешное лечение выполнено 1648 пациентам. Рецидив заболевания – повторное врастание ногтя, составил 2%. В двух случаях доставались мелкие фрагменты ногтевой пластинки. В таких случаях проводилась повторная операция, и осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. Антибиотикотерапия не назначалась. Местно применяли мазь левомеколь – 5 дней, а затем раствор фукарцина – 5 дней. Иногда рекомендовали антигистаминные препараты. Субъективно пациенты были довольны косметическими и функциональными результатами лечения.

Имея большой клинический опыт работы с вросшими ногтями мы рекомендуем хирургам эту методику.