

## **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-Макляя, 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 CO<sub>2</sub> – 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.