

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КРИОДЕСТРУКЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЩЕГО НОГТЯ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

УДК 616.596-007.58:615.832.9:614.212

Поступила 5.11.2011 г.



В.В. Слонимский, аспирант¹; врач-хирург поликлиники №1²

¹Кировская государственная медицинская академия, Киров, 610000, ул. Карла Маркса, 88;

²Отделенческая больница на ст. Киров ОАО «РЖД», Киров, 610001, Октябрьский проспект, 151

Цель исследования — изучить возможности использования современной комбинированной криохирургической методики для лечения вросшего ногтя в условиях хирургического кабинета поликлиники.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов комплексного криохирургического лечения вросшего ногтя у 17 пациентов с различной степенью выраженности патологического процесса. Для 17 пациентов контрольной группы применяли традиционный способ хирургического лечения.

Заключение. Криохирургический метод лечения больных с вросшим ногтем является наименее травматичным, способствует быстрой реабилитации, улучшению качества жизни пациента, восстановлению трудоспособности, дает хороший косметический эффект и не требует больших экономических затрат.

Ключевые слова: вросший ноготь, криохирургия, криодеструкция.

English

The use of cryodestruction in ingrown nail treatment in polyclinic

V.V. Slonimsky, Postgraduate¹; Surgeon, Polyclinic No.1²

¹Kirov State Medical Academy, Karl Marx St., 88, Kirov, Russian Federation, 610000;

²Railway Hospital, Kirov Station, Joint Stock Company "Russian Railway", Oktyabrsky avenue, 151, Kirov, Russian Federation, 610001

The aim of the investigation is to study the possibilities of using modern combined cryodestruction technique to treat ingrown nail in polyclinic surgeries.

Materials and methods. There have been analyzed the results of complex cryosurgical treatment of ingrown nail in 17 patients with various degree of pathological process. 17 patients of the control group underwent traditional surgical treatment.

Conclusion. Cryosurgical method of treating patients with ingrown nail is least traumatic, cost-effective. It contributes to rapid rehabilitation, improvement of patient's life quality, vocational rehabilitation, and has a good cosmetic effect.

Key words: ingrown nail, cryosurgery, cryodestruction.

Вросший ноготь (онихокриптоз) — сочетанная патология ногтевой пластинки и околоногтевого валика, требующая хирургической помощи [1–5]. Частота заболеваемости составляет около 1,8%. Причиной врастания ногтевой пластинки в край ногтевого валика, как правило, является ношение тесной обуви (страдает I палец стопы) или непосредственная травма, онихомикоз и сахарный диабет. Происходят патологическое изменение ростковой зоны ногтя, его рост в боковом направлении, деформация и проникновение в мягкие ткани ногтевого валика. Это, в свою очередь, приводит к развитию острого и хронического воспаления, панариция, флегмоны, вплоть до остеомиелита костей стопы, к образованию гипергрануляций. Возможно присоединение грибковой, папилломавирусной инфекции, развитие околоногтевых

бородавок, а при длительном их существовании — воспалительной гиперпластической гранулемы, гемангиом с рецидивирующими кровотечениями, гиперкератозов и кератом, фибром, злокачественных образований, гиперпластических рубцов и др.

После обычного удаления ногтевой пластинки при росте нового ногтя также может произойти его врастание. Поэтому идут поиск и совершенствование методов лечения различных вариантов заболевания и особенно его осложненных форм. Одним из новых методов является глубокое локальное замораживание. Присущие ему эффекты (денервирующий, анестетический, разрушающий любую патологическую ткань, антисептический, гемостатический и др.) обеспечивают патогенетический подход в лечении онихокриптоза [3].

Для контактов: Слонимский Владимир Владимирович, тел. моб. +7 905-870-24-29; e-mail: vladimirvsl.77@mail.ru

Цель исследования — изучить возможности современной комбинированной криохирургической методики лечения вросшего ногтя в условиях хирургического кабинета поликлиники.

Материалы и методы. Криовоздействие было использовано у 17 больных с осложненными формами вросшего ногтя. У 10 из них имелось острое воспаление в виде околоногтевого панариция, у 7 — воспалительные гипергрануляции. Длительность заболевания варьировала от 8 до 12 дней. В группе сравнения у 17 больных с аналогичными осложнениями был предпринят традиционный способ хирургического лечения.

Необходимо отметить, что в большинстве случаев, когда причиной заболевания являлось ношение тесной обуви или неправильный уход за ногтевыми пластинами, удавалось избежать резекции ногтя и ногтевого ложа. При этом применяли стандартную антибактериальную терапию, ногтевые пластины исправляли введением под край вросшего ногтя небольших турунд, пропитанных спиртовым раствором антисептика. Пациента обучали правилам ухода за ногтевыми пластинами пальцев стоп, и в случае полного соблюдения рекомендаций рецидивов, как правило, не возникало. При наличии онихомикоза в сочетании с сахарным диабетом пациенты получали соответствующую консультацию и лечение дерматолога и эндокринолога.

При осложненных формах заболевания, а именно в случае инфицирования мягких тканей, окружающих ногтевую пластину (10 больных), нами применялось однократное криовоздействие с экспозицией 30–45 с до достижения глубины промерзания тканей 1,5–2 мм в области воспаления. Гипергрануляции и гипертрофированный ногтевой валик (7 больных) также подвергались криохирургическому лечению. Время аппликации зависело от объема ткани, подвергаемой криодеструкции (см. таблицу).

В области воздействия хладагента образовывался участок сухого некроза, под которым происходила эпителизация, за счет чего достигался хороший косметический эффект. Появление фликтен в зонах, граничащих с областью криовоздействия, не ухудшало конечного результата.

При рецидивах заболевания мы использовали способ криохирургического лечения вросшего ногтя, разработанный В.И. Коченовым и др. [1]. Отличие заключалось в том, что не проводилось предварительного

замораживания патологически измененных тканей с использованием ферромагнетика. Выполнялась резекция части ногтевой пластины и ложа с захватом зоны роста ногтя, выскабливание и последующая контактная криодеструкция в течение 45 с.

Результаты и обсуждение. Во всех случаях лечения был достигнут хороший клинический эффект, полное выздоровление и сокращение средних сроков нетрудоспособности по данной патологии до 10,1 дня (при традиционных методах лечения — 12,5 дня). В опытной группе даже у пациентов с длительно рецидивирующим течением заболевания (от 3 до 6 мес), наличием воспалительных гипергрануляций и серозно-слизистого отделяемого получен стойкий клинический и хороший косметический эффект, рецидивы отсутствовали. В контрольной группе отмечено 4 рецидива (23,5%).

Приводим клинические примеры.

Пациентка Б. 52 лет обратилась на прием к хирургу 23.12.2009 г. с жалобами на боли в I пальце левой стопы. Впервые обращалась 19.11.2009 г., когда появились боли в области ногтевых пластин первых пальцев обеих стоп; ей была произведена обработка ногтей, разъяснены правила ухода и даны рекомендации по ношению обуви. Несмотря на предпринятые профилактические меры, в области медиального ногтевого валика I пальца левой стопы развились воспалительные изменения. При осмотре обнаружены отек, врастание ногтевой пластины с внутренней стороны, небольшое количество слизистого отделяемого, воспалительная гранулема 2x4 мм. Поставлен диагноз: «нагноившийся вросший ноготь I пальца левой стопы. Воспалительная гранулема».

Под местной анестезией (лидокаином 2% — 2,0 мл) проведена обработка ногтевой фаланги 3% раствором H₂O₂, введена турунда с антисептиком, выполнена криодеструкция гранулемы в течение 30 с, наложена асептическая повязка. Назначены перевязки с левомицетиновым спиртом 1 раз в день. 28.12 снята сухая некротическая корка, отмечена полная эпителизация.

Пациентка М., 41 год, обратилась в хирургический кабинет 22.03.2010 г. с жалобами на боли в I пальце правой стопы. Боли появились 7 дней назад, за последние сутки значительно усилились.

При осмотре обнаружены отек, врастание ногтевой пластины с внутренней стороны, умеренное количество гноя, воспалительные грануляции. Поставлен диагноз «нагноившийся вросший ноготь первого пальца правой стопы. Воспалительная гранулема».

Под местной анестезией (лидокаином 2% — 2,0 мл) вскрыт гнойный затек, проведена обработка 3% H₂O₂, введена турунда с антисептиком, выполнена криодеструкция гранулемы в течение 40 с, наложена асептическая повязка. Назначены перевязки — 1 раз в день, антибактериальная терапия — Ципролет — 500 мг 2 раза в день, семь дней. 02.04 больная выписана с выздоровлением.

Заключение. Способ лечения больных с вросшим ногтем криохирургическим методом является менее травматичным, способствует быстрой реабилитации,

Время криодеструкции в зависимости от размеров образования

Размеры гранулемы в диаметре	Количество больных	Время экспозиции, с	Количество манипуляций
До 0,5 см	3	30	Однократно
0,5–1 см	2	35–40	Однократно
1–2 см	1	45	Однократно
Более 2,5 см	1	Более 45	Позтапная криодеструкция

улучшению качества жизни пациента, восстановлению трудоспособности, дает хороший косметический эффект и не требует больших экономических затрат.

Литература

1. Коченов В.И., Буланов Г.А., Цыбусов С.Н. и др. Способ криохирургического лечения при вросшем ногте. В кн.: Медицинская криология. Вып. 7. Международный сборник научных трудов. Н. Новгород: ОнКолор; 2009; с. 229–239.
2. Апанасенко Б.Г., Винник Л.Ф., Галичин А.С. и др. Специализированная амбулаторная хирургия. СПб; 1999; 407 с.
3. Маслов В.И. Малая хирургия. М: Медицина; 1988; 208 с.
4. Ткаченко С.С. Военная травматология и ортопедия. Л; 1989; 326 с.
5. Юмашев Г.С., Горшков С.З., Силин Л.Л. и др. Травматология и ортопедия. М: Медицина; 1995; 560 с.

References

1. Kochenov V.I., Bulanov G.A., Tsybusov S.N. et al. Spособ krio-khirurgicheskogo lecheniya pri vrosshem nogte. V kn.: *Meditsinskaya kriologiya. Vyp. 7. Mezhdunarodnyy sbornik nauchnykh trudov* [Cryosurgical treatment technique of ingrown nail. In: Medical cryology. Issue 7. International collection of scientific papers]. Nizhny Novgorod: OnKolor; 2009; p. 229–239.
2. Apanasenko B.G., Vinnik L.F., Galichin A.S. et al. *Spetsializirovannaya ambulatornaya khirurgiya* [Specialized ambulatory surgery]. Saint Petersburg; 1999; 407 p.
3. Maslov V.I. *Malaya khirurgiya* [Minor surgery]. Moscow: Meditsina; 1988; 208 p.
4. Tkachenko S.S. *Voennaya travmatologiya i ortopediya* [Military traumatology and orthopedics]. Leningrad; 1989; 326 p.
5. Yumashev G.S., Gorshkov S.Z., Silin L.L. et al. *Travmatologiya i ortopediya* [Traumatology and orthopedics]. Moscow: Meditsina; 1995; 560 p.