

УДК 616.596.44—089

В. Д. РЕШЕТОВ, А. М. ПОГОСЯН, Р. Х. МХИТАРЯН, О. В. РЕШЕТОВ

НОВЫЙ МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОСШЕГО НОГТЯ*

Разработана методика операции пластического перемещения околоногтевого валика, которой предшествовало консервативное лечение для полного устранения явлений воспаления.

Вросший ноготь (*unguis incarnatus*) считается заболеванием «малой хирургии», методы лечения которого отличаются разнообразием, но не всегда удовлетворительным исходом.

Легкая степень врастания ногтя излечивается консервативно: частичным иссечением врастающего участка ногтя, подведением под валик марлевых турунд или ватных жгутиков, накладыванием повязок с растворами риванола, фурацелина, с диахолевой, пенициллиновой и другими мазями, оттягиванием валика кнаружи лейкопластырем и др.

Тяжелая степень неоднократно рецидивирующего врастания ногтя подлежит оперативному лечению, которое выполняется: 1) на околоногтевом валике (по [1, 5, 6 и др.]), 2) на ногтевой пластинке (по [1, 3 и др.]), 3) на ногтевой пластинке, ногтевом ложе и околоногтевом валике (по [1, 2, 4, 10 и др.]), 4) с пластической пересадкой кожи (по [1, 3, 7] и др.). Радикальность перечисленных методов относительна. Некоторые из них включают элементы грубого механического воздействия на такие специфические анатомические образования, как ростковая зона, ногтевое ложе, желобок в месте перехода ложа в околоногтевой валик [11], что само по себе служит причиной рецидива врастания ногтя, так как ведущим в патогенезе этого заболевания является нарушение естественного соразмерного соотношения между ногтевой пластинкой и околоногтевым валиком, обусловленное особенностями роста ногтевой пластинки, избыточностью мягких тканей околоногтевого валика, излишним образованием ногтей, ношением тесной обуви, плоскостопием с вальгусным положением первых пальцев стоп, травмой ростковой зоны, продуцирующей деформированную ногтевую пластинку и т. д.

Поэтому оперативное лечение вросшего ногтя должно решать следующие задачи: 1) ликвидировать врастание ногтя в околоногтевой

* Доложено на заседании Хирургического общества в г. Ереване 8/V 1979 г.

валик, 2) сохранить формирующее влияние ногтевой пластинки на ногтевое ложе, 3) расширить ногтевое ложе без повреждения валика, ложа и ростковой зоны, как специфических анатомических образований, 4) уменьшить избыток тканей околоногтевого валика.

Перечисленным требованиям отвечает разработанная одним из нас (В. Д. Решетов) операция пластического перемещения околоногтевого

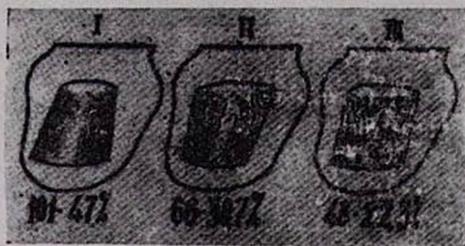


Рис. 1.

валика. Основой успеха предлагаемой операции является асептичность ее выполнения. Поэтому операции, как правило, предшествовало консервативное лечение по описанной выше методике до полного стихания явлений воспаления, после чего оценивалась степень несоответствия ногтевой пластинки и околоногтевого валика и устанавливались показания к операции.

Методика операции. Операционное поле обрабатывалось по одному из принятых способов. Обезболивание по Лукашевичу-Оберсту. На стороне врастания ногтя наносились два разреза длиной в 0,5—0,7 см, являющиеся продолжением кпереди и кзади бокового желобка, который разрезами не травмируется. От дистального конца переднего разреза проводился проксимально полулунный разрез, огибающий околоногтевой валик, формирующий из него лоскут шириной в 0,8—1 см и оканчивающийся на уровне проксимального конца заднего разреза, продолжавшего боковой желобок. От проксимального конца полулунного разреза дистально проводился второй полулунный разрез, равный по длине первому, но постепенно расходящийся с ним под углом в 30°. От дистального конца второго полулунного разреза к первому проводился разрез, параллельный переднему разрезу, являющемуся продолжением бокового желобка. Тремя последними разрезами в межсосудистой зоне выкраивался лоскут кожи, напоминающий татарский меч, удалявшийся с подкожной клетчаткой, и два треугольника. Лоскут околоногтевого валика отсепаровывался от кости фаланги и перемещался в сторону от ногтя по принципу смещаемых треугольников. На раны накладывались тонкие капроновые швы, асептическая повязка. Операцию удобно производить набором для глазных операций.

Под нашим наблюдением находилось 80 больных с вросшими ногтями первых пальцев стоп, из них мужчин—17, женщин—63. Поражение 1-го пальца правой стопы имелось у 33, левой—у 25, двустороннее врастание одного ногтя—у 7, врастание ногтей на обеих стопах—у 15 больных. Среди причин врастания излишнее образование ногтей было у 58, беременность—у 8, плоскостопие—у 3, болезни ногтей—у 2, тесная обувь—у 2, не указали причину 7 больных. Установить зависимость врастания от врожденной особенности строения ногтей путем обследования 110 добровольцев (О. В. Решетов) не удалось (рис. 1).

До обращения к нам врастающая пластинка неоднократно удалялась другими хирургами без особого эффекта у 13 больных. У 62 (77,5%) больных нами проведено только консервативное лечение по

описанной выше методике. 18 (22,5%) больным произведено 22 перемещения окологногтевого валика: 14—одностороннее на одном пальце, 1—одностороннее на первых пальцах обеих стоп, 3—двустороннее на первых пальцах обеих стоп.

Швы снимались на 8—9-е сутки после операции. Раны у всех больных зажили первичным натяжением с нормализацией соотношения ногтевой пластинки и окологногтевого валика (рис. 2).



Рис. 2.

Небольшое количество наблюдений не позволяет делать далеко идущие выводы, но непосредственные и отдаленные (до двух лет) результаты пластического перемещения окологногтевого валика у больных с вросшим ногтем стоп обнадеживающи.

Хирургическое отделение
I-го медобъединения г. Кировакана

Поступила 20/VI 1980 г.

Վ. Գ. ԲԵՇԵՏՈՎ, Ա. Մ. ՊՈՂՈՍՅԱՆ, Բ. Խ. ՄԽԻՔԱՐՅԱՆ, Օ. Վ. ԲԵՇԵՏՈՎ

ՆԵՐԻՐՎԱԾ ԵՂՈՒՆԳԻ ՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ԵՌՐ ՄԵԹՈԴ

Մշակված է հարեղունդային թմբիկի պլաստիկ տեղաշարժման վիրահատման մեթոդ, որին նախորդել է բորբոքման երևույթների լրիվ վերացման կոնսերվատիվ բուժում:

NEW METHOD OF THE SURGICAL TREATMENT OF
ONYCHOCRYPTOSIS

The authors have worked out new methods of operation of plastic transference of paraonyxal wall, preceded by conservative treatment for complete removal of signs of inflammation.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Глозман В. Н. Вестник дерматол. и венерол., 1970, 2, стр. 72.
2. Деомидов В. А., Деомидова Т. И. Мед. сестра, 1979, 3, стр. 55.
3. Завгородний Г. Н. Клинич. хирургия, 1973, 4 стр. 76.
4. Кулинич И. Р. Клинич. хирургия, 1964, 10, стр. 92.
5. Ларин В. Ф. Вестник хир. нм. Грекова, 1974, 11, стр. 115.
6. Макшанов И. Я., Мелешевич М. В. Хирургия, 1971, 6, стр. 57.
7. Макшанов И. Я., Мелешевич М. В. Клинич. хирургия, 1973, 4, стр. 57.
8. Мелешевич М. В. Хирургия, 1971, 6, стр. 130.
9. Мелешевич М. В. Военно-медицин. журн., 1972, 10, стр. 31.
10. Рывлин Я. Б. Хирургия, 1971, 6, стр. 129.
11. Шаклаков Н. Д. В кн: Болезни ногтей. М., 1975, стр. 12.