

*С. О. Сокольник
Б. М. Боднар*

Буковинська державна медична
академія, м. Чернівці

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ СПОСОБІВ ЛІКУВАННЯ ВРОСЛОГО НІГТЯ В ДІТЕЙ

Вступ

Досі широко розповсюджена думка, що врослий ніготь є легко виліковуваним захворюванням та не потребує значної уваги. Між іншим численні випадки рецидивів захворювання, повторні зертання внаслідок тяжких ускладнень показують, що використовувані методи лікування в цілому ряді випадків не досконалі та потребують більш ретельного та критичного аналізу.

Зазвичай уражується нігтьовий валик з одного краю нігтя, однак трапляється і двобічне ураження. У випадках звичайного врослого нігтя найчастішим етіологічним чинником виступає хронічна травматизація нігтя та навколонигтьової ділянки в зоні вільного краю нігтьової пластинки внаслідок стиснення надто тісним взуттям [1]. Неправильне обрізування вільного краю із заокругленням кута нігтя спричиняє його вростання в м'які тканини нігтьового валика, що є додатковим чинником захворювання [2]. Крім того, існує вроджена причина, яка полягає в закрученій формі нігтьової пластинки на зразок жолоба [3].

Хворі з врослим нігтем становлять 5–10 % від усіх амбулаторних хворих. Частота виникнення рецидиву захворювання у дітей становить 14,8 % [4].

Сучасній хірургічній практиці відомо близько 150 різноманітних способів лікування даної патології. Проте лікування даного захворювання представляє нелегке завдання. Одні способи лише тимчасово полегшують страждання хворого, інші, у більшості випадків, дають рецидиви, треті надто травматичні і призводять до тривалої втрати працездатності [5].

Мета дослідження

Провести порівняльний аналіз ефективності хірургічного лікування дітей, хворих на врослий ніготь, при застосуванні найбільш уживаних способів Дюпюїтрена та Шмідена, а також розробленого власного способу матриксектомії із укріпленням нігтьового ложа поліестеровою смужкою.

Матеріал і методи

Матеріалом для роботи слугували спостереження та лікування 103 дітей хворих на врослий ніготь, що знаходились на амбулаторному лікуванні в міській дитячій поліклініці (72 дитини) та на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні міської дитячої клінічної лікарні (31 дитина).

Дітей було розподілено залежно від способу оперативного лікування на три групи: I – 23 дитини (22,3 %), оперовані за способом Дюпюїтрена (повне видалення нігтьової пластинки); II – 59 дітей (57,3 %), оперованих за методом Шмідена (клиноподібне висічення врослого краю нігтя з частиною нігтьового ложа і боковим валиком); III – оперовані за власною методикою 21 дитина (5 хлопчиків та 16 дівчаток) віком 10–17 років, що становило 20,4 % від усіх дітей з даною патологією зареєстрованих за цей період по місту. 6 дітей (28,6 %), серед лікованих за нашим способом, оперовані раніше з приводу даної патології за методами Дюпюїтрена та Шмідена.

Розроблений спосіб лікування врослого нігтя полягав у наступному. Передопераційна підготовка проводилась із застосуванням теплих ванночок з 0,02 % розчином декасану (ТОВ „Юрія-фарм», Україна) та марлевих пов'язок протягом 2–3 днів до операції. Після знеболення та обробки операційного поля, паралельно врослому краю нігтя, відступивши на 1–2 мм від нігтьового валика, розсікали та видаляли край врослої нігтьової пластинки з її коренем та прилягаючим патологічно зміненим нігтьовим валиком в межах незмінених тканин. По ходу нігтьової пластинки в м'яких тканинах нігтьового ложа, тупим шляхом, за допомогою бранш-ножиць, формували канал, що заходить за зону матрикса. Після гемостазу, в дно утвореного ранового дефекту вводили поліестерову смужку шириною 6–8 мм, зігнуту вдвоє по повздовжній осі. Смужку заводили за зону матрикса на 2–3 мм (рис.). Накладували тугу марлеву пов'язку з лініментом Вишневецького. Протягом 3 тижнів хворі

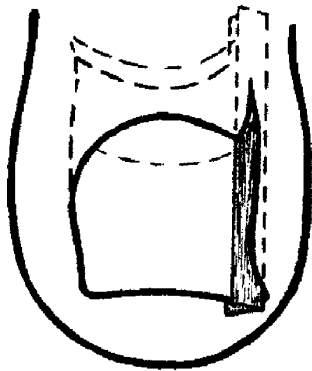


Рис. 1.

самостійно робили перев'язки з 0,02 % розчином декасану. Через 3 тижні смужку видаляли.

Обговорення результатів дослідження

Інкарнацію нігтя спостерігали, в основному, на одному пальці. Ліва і права стопи вражались з однаковою частотою. Вростання одночасно на обох ногах відмічалось у 16 хворих (15,5 %). Рецидиви інкарнації нігтя відмічались у 15 дітей (14,6 %). Внутрішня сторона пальця була ушкодженою у 88 дітей (85,4 %). 83 хворих (80,5 %) відмічали розвиток врослого нігтя після обрізування вільного краю із закругленням кута нігтя.

Аналіз віддалених результатів лікування через 4 та 6 місяців після операції показав, що рецидиви після операції Дююїтрена наступили у 5 дітей (21,7 %), після операції Шмідена – у 9 дітей (15,3 %). Позитивний ефект після лікування інкарнації нігтя за власною методикою відзначено у 20 дітей (95,2 %). Нігтьова пластинка плоска, знаходилась над нігтьовим валиком, нігтьовий валик без ознак запалення. Лише у 1 дитини (4,8 %) розвинулось повторне вростання, пов'язане з порушенням хворим умов лікування (самостійне раннє видалення пластинки) та недотриманням рекомендацій післяопераційного догляду за нігтями.

Переваги нашого способу вбачаємо в наступному. Висікання зміненого нігтьового валика з грануляціями позбавляє хворого від патологічних тканин, загострення запального процесу. Висікання деформованого краю нігтьової пластинки з матриксом, попереджує повторний неправильний ріст її. Враховуючи швидкість росту нігтьової пластинки та епітелізацію ранової поверхні, у термін до 3 тижнів форму-

ється канал нігтьового валика по якому відбувається спрямований ріст краю нігтьової пластинки за ходом поліестерової пластинки, росткова зона нігтя зміщується ближче до поздовжньої вісі пальця, чим і досягається радикалізм лікування. Операція досить проста у виконанні та не потребує спеціального устаткування, що є досить цінним в умовах амбулаторної хірургії.

Позитивні віддалені результати лікування врослого нігтя за описаною методикою дозволяють нам пропонувати її для оперативного лікування інкарнації нігтя та його ускладнень в амбулаторних умовах.

Висновок

Застосування розробленого способу при лікуванні врослого нігтя є ефективним незалежно від ступеня вростання та наявності ускладнень.

Перспективи подальших досліджень

Отримані результати оперативного лікування врослого нігтя потребують морфологічного обґрунтування інкарнації нігтьової пластинки з метою подальшого удосконалення оперативного лікування даної патології.

Література. 1. *Gunal I., Kosay C, Veziroglu A., Balkan Y., Ihan F.* Relationship between onychocryptosis and foot type and treatment with toe spacer. A preliminary investigation // *J. Am. Podiatr. Med. Assoc.* – 2003. – Vol. 93, № 1. – P. 33-36. 2. *Лябах А. П., Міхневич О. Е.* Хірургічне лікування врослого нігтя // *Вісн. ортопедії, травматології та протезування.* – 2002. – № 3. – С. 32-34. 3. *Matsui T., Kidou M., Ono T.* Infantile multiple ingrowing nails of the fingers induced by the graspreflex – a new entity // *Dermatology.* – 2002. – Vol. 205, № 1. – P. 25-27. 4. *Майстрюк С.Б.* Профілактика та лікування врослого нігтя у хворих на цукровий діабет // *Клініч. хірургія.* – 2000. – № 5. – С. 58. 5. *Simek K.* Treatment of ingrown toenails // *Rozhl Chir.* – 2000. – Vol. 79, № 10. – 498-499.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ СПОСОБІВ ЛІКУВАННЯ ВРОСЛОГО НІГТЯ В ДІТЕЙ

С. О. Сокольник, Б. М. Боднар

Резюме. Наведено порівняльний аналіз результатів оперативного лікування 103 дітей хворих на врослий ніготь класичними методами та власним розробленим методом.

Ключові слова: врослий ніготь, лікування.

EFFICIENCY OF USE OF VARIOUS WAYS OF TREATMENT OF INGROWN NAIL IN CHILDREN

S. O. Sokolnyk, B. M. Bodnar

Abstract. A comparative analysis of the results of an operative treatment of 103 children with ingrown nail by classical methods and the own developed ingrown method is given.

Key words: ingrown nail, treatment.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)
Clin. and experim. pathol. – 2004. – Vol. 3, № 4. – P. 121–122.
Надійшло до редакції 22.11.2004