

12. Шишков А.С., Кулеша И.А., Карнейко Е.С., Симончик Е.П. Эндоскопическая диагностика заболеланий желудка и двенадцатиперстной кишки и факторная зависимость обсеменения хеликобактер пилори слизистой оболочки желудка. //Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции по эндоскопии. – СПб, 2014. – С. 113-114.

13. Шульпекова Ю.О. Рецидив язвы после эрадикации – реинфекция, рецидив хронической инфекции *H. pylori* или другая причина //Сборник материалов 75 Международной Осенней Сессии Национальной школы гастроэнтерол., гепатол. РГА. – М, 2013. – С. 187-194.

АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО ШВА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ВРОСШЕГО НОГТЯ

В.И. Ким, Д.Р. Кириакис

ГБОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия

Ким Валерий Иргюнович,

профессор кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии им. С.С.Михайлова, д-р мед. наук,
460000, Россия, г. Оренбург, ул. Советская, д. 6,
тел. 8-922-548-5-752,
e-mail: kim@orgma.ru

Кириакис Демис Ревазович,

заочный аспирант кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии им. С.С. Михайлова

В статье описан разработанный и использованный в клинической практике новый метод комбинированного оперативного лечения вросшего ногтя, изменяющий анатомическую форму ногтевого ложа с помощью микрохирургических швов.

Ключевые слова: вросший ноготь, микрохирургический шов.

ANATOMICAL BASIS OF THE MICROSURGICAL SUTURE IN SURGICAL TREATMENT OF INGROWN NAIL

V.I. Kim, D.R. Kiriakis

Orenburg State Medical Academy

The article describes the developed and used in clinical practice a new method of combined surgical treatment of ingrown nail, changing the anatomic form of a nail bed with microsurgical suture.

Keywords: ingrown nails, microsurgical suture.

Введение

Одним из основных методов радикального лечения вросшего ногтя являются комбинированные операции - краевая резекция ногтевой пластины и околоногтевого валика с матриксэктомией и с последующим ушиванием образовавшейся раны.

Существуют различные способы выполнения этой операции (Муратов Д. И., 1964; Тихоновец Л. П., 1968; Комлев П. Н. 2004; Комаров Н.В., Канашкин О.В., 2005 и др.). Несмотря на преимущество перед другими методами, комбинированные способы часто приводят к ранним гнойным осложнениям и рецидивам заболевания. Низкая эффектив-

ность существующих методов комбинированного оперативного лечения вросшего ногтя в значительной степени объясняется недооценкой патогенетических механизмов и анатомических особенностей ногтевой фаланги (выраженности девиации околоногтевых валиков, варианта формы ногтевой пластины, сопутствующей патологии). Ушивание раны после матриксэктомии с созданием формы ногтевого ложа, исключающих рецидивы заболевания, представляется перспективным направлением решения проблемы (Кириакис Д.Р., Ким В.И., Тарасенко В.С., 2013). Однако применяемые общехирургические способы ушивания раны после ма-

триксэктомии не позволяют эффективно реконструировать ногтевое ложе.

Цель исследования

Анатомическое обоснование техники микрохирургического шва при краевой резекции ногтевого ложа как этапа комбинированной операции при вросшем ногте.

Задачи исследования

Для достижения этой цели поставлены следующие задачи:

1. На основе результатов собственных исследований и литературных данных произвести анализ анатомического строения дистальной фаланги I пальца стопы в норме и при вросшем ногте.

2. Осуществить разработку техники микрохирургического шва при краевой резекции ногтевого ложа как этапа комбинированной операции при вросшем ногте.

3. Провести оценку эффективности оперативного лечения пациентов с вросшим ногтем с применением микрохирургического шва.

Материалы и методы

Изучение морфологического строения, индивидуальных различий дистальной фаланги I пальца стопы выполнено у лиц, обратившихся за медицинской помощью в МУЗ «МГКБСМП №1» г. Оренбурга. Были выделены 2 группы пациентов: I группа – обратившиеся по поводу исследуемой патологии (84 больных), II группа – обратившиеся по другой причине, не связанной с проблемой вросшего ногтя (50 пациентов).

Результаты анатомического исследования документировались с использованием цифровой фотографии и последующей морфометрии.

Пациентам I группы (обратившимся по поводу исследуемой патологии) было проведено оперативное вмешательство - краевая резекция ногтевой пластины с матриксом и последующим микрохирургическим способом ушивания послеоперационной раны. Выполнена оценка эффективности нового способа оперативного лечения.

Результаты и обсуждение

В результате анатомического исследования и анализа литературных данных выделены четыре основных анатомических варианта строения ногтевых фаланг первых пальцев стоп:

1. Уплотненная ногтевая пластина без девиации окологтевых валиков.

2. Уплотненная ногтевая пластина с девиацией окологтевых валиков над плоскостью ногтевой пластины.

3. С-образная ногтевая пластина со скошенными боковыми краями.

4. П-образная ногтевая пластина.

При первом варианте развитие вросшего ногтя практически не наблюдалось. При втором типе строения ногтевых фаланг больные с вросшим ногтем встречается редко.

При третьем и четвертом вариантах строения наблюдалась наибольшая заболеваемость вросшим ногтем.

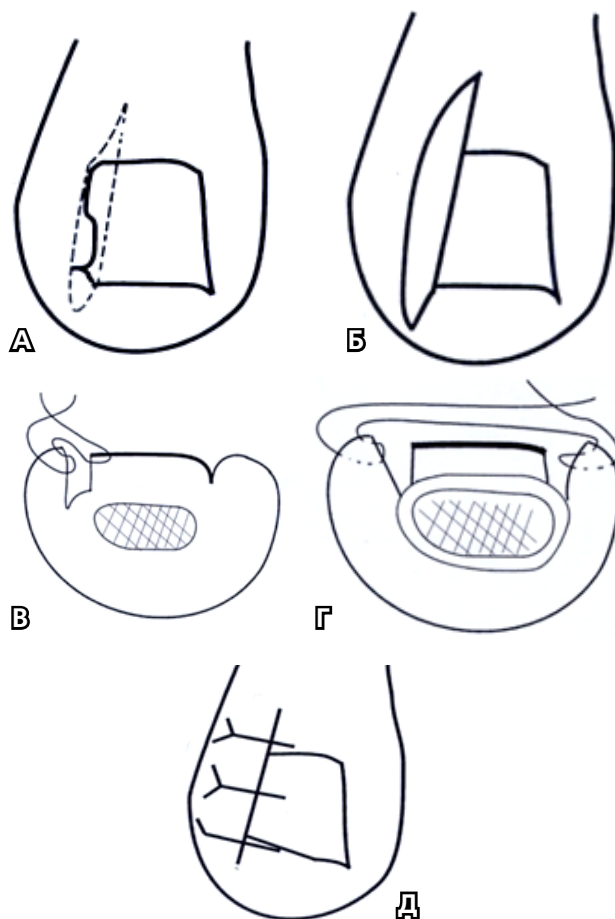


Рис. 1. Этапы операции:

- а. пунктиром обозначена зона краевой резекции ногтевой пластины и окологтевого валика.
- б. вид пальца после выполнения краевой резекции ногтевой пластины с матриксом.
- в. микрохирургический кожно-ногтевой шов с прошиванием раневой поверхности и подворачиванием окологтевого валика ниже уровня ногтевой пластины.
- г. микрохирургический кожно-кожный шов с прошиванием раневой поверхности за противоположные окологтевые валики над ногтевой пластиной с подворачиванием окологтевых валиков под боковые края резецированной ногтевой пластины при двухстороннем вросшем ногте.
- д. вид пальца после стягивания двух кожно-кожных (дистального и проксимального) и центрального микрохирургического кожно-ногтевого швов

Нами разработан новый метод комбинированного оперативного лечения вросшего ногтя (патент РФ № 2487675 «Способ оперативного лечения вросшего ногтя», 2013 г.), включающий краевую резекцию растущей ногтевой пластины и прилежащей к ней части окологтевого валика с матриксэктомией и последующим ушиванием образовавшейся раны кожно-ногтевым швом, отличающимся тем, что краевую резекцию ногтевой пластины производят вдоль ее продольной складчатости и наложением после матриксэктомии одного или двух узловых

микрохирургических кожно-ногтевых швов с прошиванием раневой поверхности и подворачиванием околоногтевого валика ниже уровня ногтевой пластины. Созданное ногтевое ложе принимало форму, соответствующую первому варианту анатомического строения ногтевой фаланги. Этапы операции представлены на рис. 1.

Способ применен у 84 больных. В послеоперационном периоде проводились перевязки в условиях круглосуточного хирургического стационара или хирургического стационара на дому. Швы удалялись на 8-10 сутки, послеоперационные раны заживали первичным натяжением. У троих больных швы сняты на 4-5 сутки в связи с лигатурным нагноением и врезанием швов, возникшими из-за отсутствия адекватной предоперационной подготовки операционного поля и нарушением режима покоя конечностей в послеоперационном периоде, обусловленными наличием выраженного воспалительного процесса и двусторонним поражением первых пальцев стоп. При этом края ран не расходились, воспалительные явления снимались на 9 сутки после операции.

Проводимые наблюдения за пациентами в течение 6-12 месяцев показали хороший лечебный и косметический результат даже в случаях нагноения раны в послеоперационном периоде у 3 больных. У всех пациентов отмечается отсутствие воспалительных явлений, незначительное сужение ногтевой пластины в сравнении со здоровым пальцем другой

ноги, ногтевая пластина утрачивает краевую скошенность. Вновь сформированный контакт «мягкие ткани-ногтевая пластина» обладает меньшей жесткостью и умеренно развитым мозолистым краем кожи сглаженного бокового околоногтевого валика.

Заключение

Высокая клиническая эффективность применения микрохирургического шва приводит к ликвидации или существенному снижению высоты околоногтевого валика и в сочетании со стабильным уменьшением ширины ногтевой пластины предотвращает рецидив заболевания, имеет хороший косметический эффект. Способ малотравматичен, применим при поражении обоих околоногтевых валиков.

Список литературы

1. Кириакис Д.Р., Ким В.И., Тарасенко В.С. Анатомическое обоснование оперативного лечения вросшего ногтя // Медицинский журнал Западного Казахстана. – 2013. – №2. – С. 189-190.
2. Муратов Д. И. Лечение вросшего ногтя // Вестник хирургии. – 1964. - № 6. - С. 112-114.
3. Патент РФ № 2262310 «Способ оперативного лечения вросшего ногтя», авторы: Комаров Н.В., Канашкин О.В., 2005.
4. Тихоновец Л. П. Лечение вросшего ногтя в условиях поликлиники // Здоровоохранение Белоруссии. – 1968. – № 5. – С. 76-78.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТОМОГРАММ И ПОСТРЕЗЕКЦИОННЫХ ГИСТОТОПОГРАММ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО

С. В. Пинчук

ГБОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия
ГБУЗ Оренбургский областной клинический онкологический диспансер

Пинчук Сергей Васильевич,

заочный аспирант кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии им. С.С. Михайлова, хирург-онколог областного клинического онкологического диспансера,
460000, Россия, г. Оренбург, ул. Советская, д. 6,
тел. 8 (3532) 33-33-14,
e-mail: pinchuksergei@yandex.ru

Статья посвящена компьютерно-томографическому (КТ) и гистотопографическому сопоставлению при раке легкого различной анатомической формы. Исследование включает 39 пациентов, оперированных по поводу рака легкого. Гистотопографическому исследованию подвергались поперечные срезы легких на уровне наибольшего опухолевого распространения. Микроскопические данные были сопоставлены с данными КТ исследований тех же пациентов до операции. Полученные результаты позволяют детализировать данные КТ исследования различных анатомических форм рака легких.

Ключевые слова: рак легкого, компьютерная томография, гистотопографическое исследование.