

средств и муколитиков. В то время как в группе сравнения (заболели 12 человек), ОРВИ и грипп характеризовались выраженным интоксикационным синдромом и более чем в половине случаев (7 человек) сопровождались осложнениями. Среди осложнений регистрировались следующие: острый бронхит (2 человека), острый средний катаральный (1) и гнойный отит (1), обструктивный бронхит (1), гайморит (1) и пневмонии (1). Причем в 4 человек потребовались госпитализация и проведение лечения в условиях стационара: в основном, это были дети в возрасте до 12 месяцев жизни. В ходе настоящего исследования нами не было выявлено ни одного случая нежелательных побочных эффектов, аллергических реакций на прием тималина за все время клинического наблюдения. Препарат переносился хорошо всеми детьми.

Таким образом, в исследовании, проведенном в 2 равноценных группах участников, состоявших из 70 человек была доказана высокая эффективность тималина для неспецифической профилактики гриппа и других ОРВИ в сезон эпидемического подъема респираторной заболеваемости. Клиническая эффективность тималина определялась по уровню заболеваемости ОРВИ за период наблюдения (4 месяца). В основной группе, принимавшей тималин, заболели 7 человек из 35, что соответствует уровню заболеваемости 20,0%. В группе

сравнения за аналогичный период заболели 12 человека из 35, и уровень заболеваемости составил 34,3%.

Представленные данные демонстрируют высокую клиническую эффективность тималина по предупреждению заболеваемости гриппом и другими ОРВИ в сезон эпидемического подъема респираторной заболеваемости. Вероятно, действие тималина может быть обусловлено активацией механизмов неспецифического иммунного ответа.

Полученные результаты клинического наблюдения расширяют показания к применению тималина в качестве эффективного средства неспецифической профилактики ОРВИ в эпидсезоны.

Литература:

1. Всемирная организация здравоохранения. Европейское бюро. Scherfigsvej 8, DK-2100, Copenhagen 10, Denmark, 2009.
2. Таточенко В.К. Профилактика и лечение острых респираторных инфекций. Вакцинация, 2007; 11: 6–7.
3. Т.В. Казюкова, И.В. Панкратов, Г.А. Самсыгина и др. Педиатрия, 2010: Том 89/ № 6, 117-122
4. Бейсембаев Е.А., Раисов Т.К., Бугембаева М.Д. Иммунореабилитация больных острыми и хроническими инфекциями. Алматы 1997.-112с.

Тұжырым

АМБУЛАТОРЛЫ ПОЛИКЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙДА БАЛАЛАРДА ЖРВИ-НЫҢ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ

Ж.Т. Курманова, Т.Ж. Ермдиева, Г.С. Коргамбаева, Н.А. Абишева,

А.А. Баяндинова, Г.Т. Бердыханова, Ф.Ф. Ягофаров

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университетінің медицина орталығы,

Ақсу қ. КММ ШЖМК «Поликлиника»,

ЖРВИ кезінде алдын алу мақсатымен тималинді интраназальды енгізіп клиникалық зерттеу жүргізілді. ЖРВИ дың алдын алуда тималиннің жоғары белсенділігі анықталады.

Негізгі сөздер: тималин, ЖРВИ.

Summary

ORVI PREVENTION AT CHILDREN IN OUT-PATIENT AND POLYCLINIC CONDITIONS

Zh.T. Kurmanova, T.Zh. Yermadiyeva, G.S. Korgambayeva, N.A. Abisheva,

A.A. Bayandinova, G.T. Berdykhanova, F.F. Yagofarov

Medical Center State Medical University of Semey,

Polyclinic of c. Aksu

Clinical research of intranasalis introduction thymalinum with the preventive purpose is conducted at ORVI. It is established high activity thymalinum after ORVI prevention

Key words: thymalinum, ORVI

УДК 616.596-089

Т.Б. Кусаменов

Больница скорой медицинской помощи, г. Семей

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЩЕГО НОГТЯ У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ

Аннотация

Проведен анализ эффективности консервативного лечения, использования различных методик ортопедической коррекции и ряда хирургических вмешательств. Приведенные сведения указывают на высокую актуальность проблемы для практической хирургии.

Ключевые слова: вросший ноготь, консервативное лечение, ортопедическая коррекция, хирургическое лечение.

Актуальность. Вросший ноготь является одной из наиболее частых причин обращения к хирургам в амбулаторных условиях – от 0,5 до 10% больных [7, 19]. Вросший ноготь среди амбулаторных гнойно-

воспалительных заболеваний занимает 2-е место. Все существующие способы лечения вросшего ногтя довольно часто приводят к рецидиву заболевания, нередки осложнения [10].

Вросший ноготь, как полиэтиологическая хроническая болезнь, патогенетически недостаточно обоснована и поэтому в большинстве случаев излечивается с большим трудом. Консервативные, в том числе и ортопедические, приемы лечения вросшего ногтя малоэффективны, а операции по Дюпюитрену, Шмидену и их многочисленным распространённым модификациям [1, 6] очень травматичны, обезображивают ногтевую фалангу, нарушают анатомо-функциональную целостность пальца и к тому же в 20–50% случаев приводят к рецидивам [10].

Лечение вросшего ногтя осуществляется консервативным, ортопедическим способами и оперативным путем. Консервативные способы лечения начинают с тепловых процедур. Ножные ванны с марганцовокислым калием снимают воспалительный процесс и смягчают болевую реакцию [5]. Горячие ванны сочетают с накладыванием на ноготь твердого картона, фанерных шин, монет, плотно прибинтованных к пальцу или с применением специальных пластмассовых шин или силиконизированных материалов [5, 16]. Нависающие края воспаленных околоногтевых валиков отодвигают путем подведения под вросший край ногтевой пластинки полосок марли, пропитанных мазевыми составами [8]. Используют примочки с риванолом, фурацилином, хлорамином, компрессы с этиловым спиртом, онихолизином [5]. Основная задача при консервативных методах лечения – борьба с инфекцией, защита пораженного пальца от травмирования, обеспечение свободного роста ногтевой пластинки [20]. Важно периодически правильно обрезать ноготь, соблюдать условия покоя и личной гигиены, пользоваться мягкой обувью [5].

Ортопедические приемы лечения отличаются многообразием. В настоящее время предлагается широко использовать для лечения вросшего ногтя принцип Гервея – применять ватно-марлевые валики или картон, которые прокладывают между краем ногтевой пластинки и нависающими грануляциями [3]. В результате этого вросший край ногтевой пластинки постепенно отделяется от мягких тканей. В модификации Б.Е. Гайсинского (1941) картон заменяется удлиненными овальными свинцовыми пластинками, которые складывают вдвое и по длинной оси постепенно надвигают на край ногтя [4].

Для уменьшения плотности ногтевой пластинки и снятия давления на ткани по боковым ее краям предлагается с помощью напильника или другого инструмента производить продольный распил ногтевой пластинки от середины ногтевого ложа до свободного конца ногтя [11]. После такой операции растущий ноготь разворачивается и освобождается от нарастающих на него мягких тканей. Для выправления и сужения вросшего ногтя пластина рассекается двухрядно, во всю длину, при помощи термокаутера или бормашины [5].

Широко за рубежом используются специальные полимерные шины (или приспособленные для этого армированные полутрубки), выравнивающие изгиб ногтя и уменьшающие степень его врастания [16]. При наличии вросшего ногтя у детей консервативное лечение является ведущим – с него должно начинаться комплексное лечение этой патологии [20]. К основным недостаткам консервативных и ортопедических методов лечения относится необходимость частых смен прокладочных материалов, что сопровождается сильной болевой реакцией. Лечение продолжается 3–6 недель, часто возникают рецидивы [5].

Наибольшее применение на практике нашли хирургические способы лечения. Достаточно часто в практической медицине применяется операция удаления вросшего ногтя – операция Дюпюитрена. Главным же недостатком операции Дюпюитрена – частые рецидивы,

которые встречаются у 70,9–90% оперированных [6]. Ввиду этого операция Дюпюитрена может быть показана лишь при подногтевом панариции, остеомиелите, онихомикозе или флегмонозном поражении пальца [5, 11].

Операции на мягких тканях не затрагивают ногтевой пластинки и околоногтевой кожной складки. Наиболее распространенной среди них является операция R.W. Bartlett (1937). На стороне вросшего ногтя, отступая на 0,5–0,7 см от ногтевого валика, в продольном направлении делается два полуовальных разреза кожи с последующим клиновидным иссечением подкожной клетчатки вплоть до кости. Ногтевая пластинка при этом сохраняется. На края раневого дефекта накладывают шелковый шов, стягивание которого обеспечивает отведение ногтевого валика от края вросшей ногтевой пластинки [14]. Существенным прорывом в хирургии вросшего ногтя явилось создание и клиническое применение операции М.В. Мелешевича (1973), заключающейся в дифференцированном подходе – трапециевидной резекции измененного околоногтевого валика и пластике мягких тканей, что позволило до минимума свести число рецидивов заболевания [2, 5].

Наиболее часто в практической хирургии применяют операции на ногтевой пластине и мягких тканях вокруг вросшего ногтя. В амбулаторной практике лечения вросшего ногтя используют следующие способы комбинированного вмешательства на ногтевой пластинке и окружающих ее мягких тканях:

- а) частичное иссечение ногтя и валика без удаления ложа;
- б) иссечение края ногтя и подлежащей ростковой зоны с сохранением околоногтевого валика;
- в) полное иссечение ногтя, части ложа и околоногтевых валиков.

Наиболее рациональной в этом плане является операция В. Шмидена (1927). У больных, оперированных по В. Шмидену, рецидив болезни наступал в 46% случаев. Неудовлетворительные исходы, по-видимому, обусловлены недостаточно полным удалением пораженных тканей в зоне ногтевой матрицы. Это послужило поводом для разработки операций радикального удаления тканей вместе с материнским ложем вплоть до надкостницы [13, 23].

Достаточно часто при вросшем ногте (особенно, при запущенных его формах) используют пластические операции. В последнее время разработаны операции с замещением ногтевой пластинки кожным лоскутом. Основоположником пластики при лечении вросшего ногтя является Л. Куелю (1887). Часто после полного иссечения ногтевого ложа закрывают раневой дефект мобилизованными кожными лоскутами вместе с боковыми валиками [5]. Ю.Ю. Джанелидзе (1926) после экстирпации ногтевой пластинки предложил производить пересадку кожи на область ногтевого ложа по Тиршу. Следует отметить, что при пластических операциях полностью удаляется ногтевое ложе, что порой нелегко сделать в амбулаторных условиях. Замещение ногтя кожей лишает ногтевую фалангу устойчивости при нагрузках, ногтевое ложе сильно деформируется, повышается опасность травматических повреждений, давление обуви на палец болезненно [11]. В некоторых случаях после ряда лечебных неудач приходится прибегать к операции “отчаяния” – резекции ногтевой фаланги [5]. Рецидива заболевания при таком вмешательстве не бывает, но сама операция очень травматична, а последствия ее калечащие. В литературе не сложилось определенного мнения об эффективности антибиотико-профилактики при хирургическом лечении вросшего ногтя – от рекомендаций обязательного использования антибиотиков до их полного отрицания [12].

В настоящее время за рубежом для уменьшения частоты рецидива после различных вариантов краевой резекции ногтя применяют химическую деструкцию – воздействие на зону роста 80–90%-ным фенолом (процедура предложена Otto Boll в 1945 году) [13, 15, 17, 26], фенол-алкогольной композиции [18], 20%-ным хлоридом железа [22], 10%-ной гидроокисью натрия [23]. Вместе с тем, сообщается о побочном действии ряда веществ, применяемых для химической абляции матрикса, в частности, о токсическом действии препаратов [24]. При этом частота рецидива вросшего ногтя снижается до 1,1–5,5%. Высокая эффективность отмечается при дополнении клиновидной резекции электрокоагуляцией зоны матрикса [26] или вейпоризацией его с помощью CO₂-лазера [9, 21, 25].

Приведенный анализ методов лечения вросшего ногтя за последние полтора столетия свидетельствует о том, что в литературе существуют неоднозначные (порой противоречивые) данные об этиопатогенезе патологического процесса этого заболевания. В результате часто целевые установки лечения направлены на устранение не причины, а последствий. Отсюда хаотичность и эмпиризм подходов при обосновании схем лечения, которые, порой, с самого начала обречены на неудачу. Все это является убедительным свидетельством важности проблемы лечения вросшего ногтя, ее актуальности и неотложности для современной медицинской практики.

Литература:

1. Ариевич А.М., Шециури Л.Т. Патология ногтей. - Тбилиси, 1976. - С. 212-215.
2. Осипенко А.С. 970650 МПК: А 61В 17/56 Способ хирургического лечения вросшего ногтя / А.В. Мелешевич, ВУРБ/. Заявлено 26.11.1997; Опубликовано // Афицыны бюллетень. - 1999. - № 2. - С. 20.
3. Бердяев А.Ф. Хирургия амбулаторного врача. - М., 1944. - 178 с.
4. Гайсинский Б.У. Лечение вросших ногтей // Военно-санитарное дело. - 1941. - № 5. - С. 78.
5. Мелешевич А.В., Мелешевич М.В. Хирургическое лечение вросшего ногтя (руководство для хирургов). - Гродно, 1993. - 80 с.
6. Муратов Д.И. Лечение вросшего ногтя // Вестник хирургии. - 1965. - № 7. - С. 124-126.
7. Пермяков П.Е. Сравнительная оценка некоторых способов хирургического лечения вросшего ногтя: Автореф. ... канд. мед. наук. - Астрахань, 1999. - 21 с.
8. Петровский Б.В. БМЭ. Популярная медицинская энциклопедия. - М., 1979. - С. 105.
9. Приз А.Н., Кмец В.Н., Никитюк Л.А. Хирургическое лечение вросшего ногтя с применением лазерной установки "Скальпель-1" // Здравоохранение. - 2002. - № 10. - С. 40-41.
10. Ткаченко Г.К. Лечение вросшего ногтя // Здравоохранение Казахстана. - 1981. - № 11. - С. 58-59.
11. Щекотов Г.М. Вросший ноготь и его лечение // Военно-медицинский журнал. - 1982. - № 7. - С. 59.
12. Are antibiotics necessary in the treatment of locally infected ingrown toenails? / A.M. Reyzelman, K.A. Trombello, D.J. Vayser et al. // Arch. Fam. Med. - 2000. - Vol. 9, № 9. - P. 930-932.
13. Baran R., Haneke E., Richert B. Pincer nails: definition and surgical treatment // Dermatol. Surg. - 2001. - Vol. 27, № 3. - P. 261-266.
14. Bartlett R.W. A conservative operation for the cure of so called ingrowing toenail // J. Am. Med. Ass. - 1937. - Vol. 108/15. - P. 1257-1258.
15. Boberg J.S., Frederiksen M.S., Harton P.M. Scientific analysis of phenol nail surgery // J. Am. Podiatr. Med. Assoc. - 2002. - Vol. 92, № 10. - P. 575-579.
16. Gupta S., Sahoo B., Kumar B. Treating ingrown toenails by nail splinting with a flexible tube: an Indian experience // J. Dermatol. - 2001. - Vol. 28 (9). - P. 485-489.
17. Herold N., Houshian S., Riegels-Nielsen P. A prospective comparison of wedge matrix resection with nail matrix phenolization for the treatment of ingrown toenail // J. Foot Ankle Surg. - 2001. - Vol. 40 (6). - P. 390-395.
18. Felton P.M., Weaver T.D. Phenol and alcohol chemical matrixectomy in diabetic versus nondiabetic patients. A retrospective study // J. Am. Podiatr. Med. Assoc. - 1999. - Vol. 89, № 8. - P. 410-412.
19. Katz A.M. Congenital ingrown toenails // J. Am. Acad. Dermatol. - 1996. - Vol. 34, № 3. - P. 519-520.
20. Lazar L., Erez I., Katz S. A conservative treatment for ingrown toenails in children // Pediatr. Surg. Int. - 1999. - Vol. 15, № 2. - P. 121-122.
21. Lin Y.C., Su H.Y. A surgical approach to ingrown nail: partial matricectomy using CO₂ laser // Dermatol. Surg. - 2002. - Vol. 28, № 7. - P. 578-580.
22. Minimizing postoperative drainage with 20% ferric chloride after chemical matricectomy with phenol / A.B. Aksakal, C. Atahan, P. Oztas, S. Oruk // Dermatol. Surg. - 2001. - Vol. 27, № 2. - P. 158-160.
23. Simek K. Treatment of ingrown toenails // Rozhl. Chir. - 2000. - Vol. 79, № 10. - P. 498-499.
24. Sugden P., Levy M., Rao G.S. Onychocryptosis-phenol bum fiasco // Bums. - 2001. - Vol. 27, № 3. - P. 289-292.
25. Yang K.C., Li Y.T. Treatment of recurrent ingrown great toenail associated with granulation tissue by partial nail avulsion followed by matricectomy with sharpulse carbon dioxide laser // Dermatol. Surg. - 2002. - Vol. 28, № 5. - P. 419-421.
26. Zuber T.J. Ingrown toenail removal // Am. Fam. Physician. - 2002. - Vol. 65, № 12. - P. 2547-2552.

Тұжырым

АМБУЛАТОРЛЫҚ НАУҚАСТАРДЫҢ ЕТКЕ КІРІП ӨСКЕН ТЫРНАҒЫН ЕМДЕУДІҢ НЕГІЗГІ ПРИНЦИПТЕРІ Т.Б. Кисаменов

Семей қ. КМКБ «Жедел медициналық көмек көрсету ауруханасы»

Консервативтік емдеу тәсілдеріне талдау, әртүрлі ортопедиялық коррекциясың қолдану, хирургиялық ем қолдану. Жоғарыда қолданылған емдер хирургиялық тәжірибесінде мәселенің жоғары өзектілігін айқындайды.

Негізгі сөздер: етке кіріп өскен тырнақ, консервативтік емдеу, ортопедиялық коррекциясың қолдану, хирургиялық емдеу.

Summary

MAIN PRINCIPLES TREATMENT OF INGROWN NAIL IN AMBULATORY PATIENTS T.B. Kisamenov

Hospital for emergency medical aid, Semey

The analysis of the effectiveness of conservative treatment, the use of various techniques and orthopedic correction of a number of surgical interventions. The problem of ingrown toenail highly relevant to practical surgery.

Key words: ingrown toenail, conservative treatment, orthopedic correction, surgical treatment.