

9. Nasmyth D.G. Pressure characteristics of the human ileocaecal region - a key to its function / D.G. Nasmyth, N.S. Williams // Gastroenterology. – 1985. – Vol. 89. – P. 345-351.

10. Shafik A.A. Ileocecal junction: anatomic, histologic, radiologic and endoscopic studies with special reference to its antireflux mechanism / A.A. Shafik, I.A. Ahmed, A. Shafiket // Surg. Radiol. Anat. – 2011. – Vol. 33. – P. 249-256.

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО И ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО ПЕРЕХОДОВ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Е.В. Колесникова, О.Б. Дронова, А.О. Мирончев, С.Б. Зайцев, Е.В. Калужина

ГБОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия,
ГБУЗ «Городская клиническая больница № 1», г. Оренбург

Колесникова Екатерина Владимировна,

аспирант кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии,
460000, Россия, г. Оренбург, ул. Советская, д. 6,
тел. 8 (903) 366-84-78,
e-mail: kkolesnikova7@yandex.ru

Дронова Ольга Борисовна,

профессор кафедры хирургии, д-р мед. наук,

Мирончев Антон Олегович,

ассистент кафедры терапии, канд. мед. наук,

Зайцев Сергей Борисович,

зав. патологоанатомическим отделением ГБУЗ «ГКБ №1»,

Калужина Елена Владимировна,

врач клинической лабораторной диагностики (цитолог), ГБУЗ «ГКБ №1»

Изучены эндоскопическая анатомия и морфологические изменения в слизистой оболочке пищеводно-желудочного и гастродуоденального переходов у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Выявлены индивидуальные особенности каждого перехода и некоторые закономерности, характерные для них.

Ключевые слова: пищеводно-желудочный переход, гастродуоденальный переход, Z- линия, слизистая оболочка.

CLINICAL-ENDOSCOPIC AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ESOPHAGO-GASTRIC AND GASTRODUODENAL TRANSITIONS IN DUODENAL PEPTIC ULCER

E.V. Kolesnikova, O.B. Dronova, A.O. Mironchev, S.B. Zaitsev, E.V. Kaluzhina

Orenburg State Medical Academy
Municipal Hospital №1, Orenburg

Endoscopic anatomy, morphological changes in mucous membrane of gastroesophageal and gastroduodenal transitions, clinic in patients with duodenal ulcer were studied. Individual characteristics of each transition and some typical patterns were identified.

Keywords: gastroesophageal transition, gastroduodenal transition, Z- line, mucous.

Введение

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК) не теряет своей актуальности и в настоящее время, несмотря на успешное современное медикаментозное лечение [4,12]. Язвы могут осложняться

деформацией, стенозом пилоробульбарной области [9]. Кроме того, присутствие *Helicobacter pylori* (Hр) в препилорическом отделе может приводить к развитию пренеопластических изменений слизистой оболочки, раннего рака.

Язвенная болезнь ДПК является одним из звеньев патогенеза гастроэзофагельной рефлюксной болезни (ГЭРБ) [11]. Наиболее грозным ее осложнением являются пренеопластические изменения слизистой оболочки с цилиндрическим эпителием [1,34]. Эндоскопические проявления этих изменений часто трудноуловимы [1,7].

Ранняя диагностика пренеопластических осложнений язвенной болезни предполагает необходимость знаний возможных эндоскопических изменений слизистых оболочек этих областей [1,10].

Кроме того, современные хирургические и эндоскопические методики позволяют проводить максимально щадящие микрохирургические и эндоскопические операции, для выполнения которых необходимы детальные знания о строении оперируемой области [3,6,8]. Эти операции позволяют сократить сроки послеоперационного периода, восстановить поврежденный орган и улучшить качество жизни пациента [5].

Цель исследования

Изучение эндоскопической анатомии пищеводно-желудочного и гастродуоденального переходов (ПЖП и ГДП) при язвенной болезни ДПК.

Материалы и методы

Материалом исследования явились результаты прижизненной эндоскопии пищеводно-желудочного и гастродуоденального переходов у 308 пациентов без патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта (I группа) и у 232 больных язвенной болезнью ДПК (II группа) второго зрелого возраста (35-59 лет), пожилого (60-74 года) и старческого (75-89 лет) возраста. В I группе мужчин было 131 (56,5%), женщин - 101 (43,5%), во II группе мужчин - 169 (54,9%), женщин - 131 (45,1%). Определяли форму отверстий кардии и привратника, размеры отверстия привратника, форму и диапазон расположения линии стыка пищеводной и желудочной, желудочной и дуоденальной слизистых оболочек, характеристику и рельеф слизистой оболочки ПЖП и ГДП. Степень воспалительных изменений слизистой оболочки ПЖП оценивали по Лос-Анджелесской классификации.

Для выявления атрофии, метаплазии, дисплазии (preneопластических изменений) изучались биоптаты с четырех стенок ПЖП, розетки кардии и привратника. Нр определяли гистологически, цитологически, уреазными тестами (на планшете и дыхательным тестом).

Исследования проводились эндоскопами и инструментами фирмы «Olympus» (Япония): OES. Gif –XP20 видеосистемы Evis-100, Exera-160, 180 с функцией NBI с регистрацией на видеоманитофоне, фотопринтере и компьютере. Для измерения размеров привратника пользовались эндоскопической линейкой M2-4K. Форму отверстия кардии при максимальном раскрытии и расположение Z-линии определяли до введения эндоскопа в желудок, на расстоянии \approx 5 см до розетки кардии. Форму и размеры отверстия привратника, линию стыка сли-

зистых оболочек изучали в прямом изображении на расстоянии 2 см от него при максимальном его раскрытии.

Результаты и обсуждение

У больных язвенной болезнью ДПК обнаружено многообразие фигур отверстий кардии при полном раскрытии, которые сгруппированы в пять форм (рис.1): округлую (рис.1Б), овальную (рис.1Г), полигональную (рис.1А), полулунную. У этой категории больных выявлены отличия от пациентов без патологии ЖКТ, что количественно представлено в таблице 1.

Таблица 1
Форма отверстия розетки кардии в норме и при язвенной болезни ДПК

Форма отверстия	Количество наблюдений			
	I группа		II группа	
	абс.	%	абс.	%
Круглая	42	38,2	20	16,8
Овальная	59	53,6	45	37,5
Грушевидная	4	3,7	17	14,1
Полигональная	5	4,5	22	18,3
Полулунная	-	-	16	13,3
Всего:	110	100	120	100

Как следует из таблицы 1, у больных язвенной болезнью ДПК преобладают сложные формы фигур отверстий розетки кардии: грушевидные (14,1% в сравнении с 3,7% в норме), полигональные (18,3% в сравнении с 4,5%). Полулунные формы отверстий розетки кардии обнаружены в 13,3% случаев только у больных язвенной болезнью ДПК.

Все разнообразие форм Z- линии объединено в следующие формы: ровная (рис.1А), волнистая (рис. 1Б), зубчатая (рис. 1В), языкообразная, сочетание разных форм (рис. 1В), что представлено в таблице 2.

В группу с языкообразной формой Z – линии вошли больные с амёбовидной и пальцеобразной формами.

Таблица 2
Эндоскопические формы Z-линии в норме и при язвенной болезни ДПК

Форма Z-линии	Число наблюдений			
	I группа		II группа	
	абс.	%	абс.	%
Ровная	14	11,7	24	20,0
Волнистая	47	42,7	21	17,5
Зубчатая	14	12,8	25	20,8
Языкообразная	-	-	12	10
Сочетание различных форм	25	22,8	38	31,7
Всего	110	100,0	120	100,0

Для больных язвенной болезнью ДПК характерны зубчатые (20,8%) и языкообразные формы (10%), а также сочетание различных форм Z-линии (31,7%), что вместе составляет 62,5% случаев. У пациентов без патологии ЖКТ подобные формы составляют 35,5% случаев, и у них преобладают волнистые формы (51,7%). Среди больных язвенной болезнью с ровной формой Z-линии у 10 больных (8,3%) с ГПОД язвенная болезнь сочеталась с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, Z-линия у них была ровной.

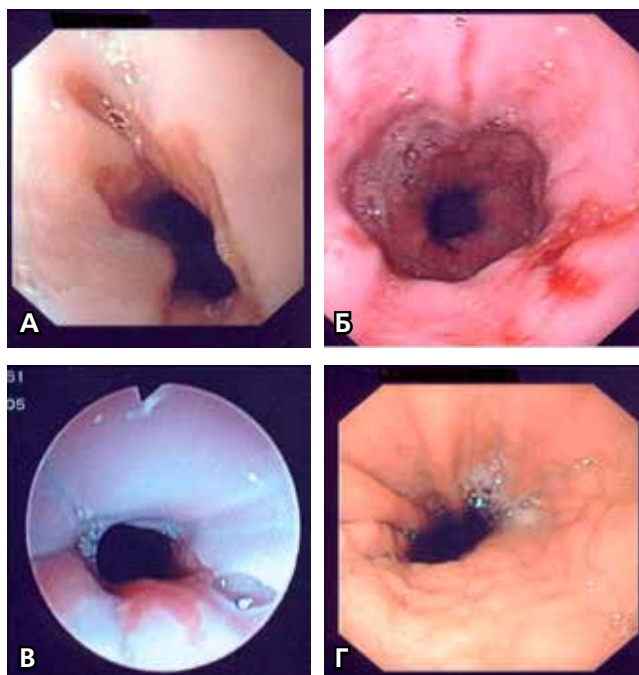


Рис. 1. Наиболее характерные эндоскопические изменения пищеводно-желудочного перехода при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки:
А – полигональная форма отверстия кардии с высоким расположением линейной формы Z-линии;
Б – волнистая форма и высокое расположение Z-линии;
В – разновысокое расположение Z-линии зубчатой и линейной формы;
Г – зернистость слизистой оболочки пищевода с цилиндрическим эпителием

Одинаковую форму по всей окружности Z-линия имела у 72 (60%) больных, в остальных случаях было сочетание различных форм.

Выявлены различия в уровне расположения Z-линии по отношению к кардии, что представлено в таблице 3.

Из таблицы 3 видно, что крайними уровнями расположения Z-линии были расстояния до 60 мм (рис. 1 А, Б) выше и 9 мм ниже кардии (рис.1 В). На уровне розетки кардии Z-линия находилась в 16,7% случаев. Интересны наблюдения с высоким расположением Z-линии от 20 до 60 мм выше кардии, которые составили 30,8%, из них 3,3% случаев - от 40 до 60 мм. В основном (81,6%) Z-линия находилась выше кардии, в 1,7% случаев - ниже нее.

Таблица 3

Диапазон расположения Z-линии по отношению к кардии в условиях нормы и при язвенной болезни ДПК

Уровень Z-линии по отношению к кардии (мм)	I группа		II группа	
	абс.	%	абс.	%
Выше кардии на: 40-60	-	-	4	3,3
20-39	11	10,0	33	27,5
10-19	33	30,0	42	35,0
5-9	35	31,8	19	15,8
На уровне кардии	22	20,0	20	16,7
ниже на: 0-9	5	4,6	2	1,7
10-15	4	3,6	-	-
Всего	110	100,0	120	100,0

При сопоставлении эндоскопических и морфологических изменений в слизистой оболочке с цилиндрическим эпителием у 51 больного в 7,8% случаев признаков эзофагита не было, нетяжелые степени составили 66,7% (А степень – 31,4%, В степень – 35,3%) случаев, тяжелые – 29,4% (С степень – 21,6%, Д степень – 3,9%). Нр обнаружен у 18 (35,3%) больных. При сравнительном анализе эндоскопических изменений слизистой оболочки без Нр и при наличии Нр обнаружено, что присутствие Нр достоверно чаще ($p < 0,01$) проявляется очаговой гиперемией (рис.1Б) (58,8% в сравнении с 7,3%), отеком (82,3% в сравнении с 7,3%), легкой ранимостью (56,9% в сравнении с 5,9%), рыхлостью (62,7% в сравнении с 7,3%). Зернистость (рис. 1Г) (очаговая или циркулярная по всей окружности) и геморрагический компонент обнаружены только при наличии Нр. Среди этих больных выявлены пренеопластические изменения слизистой оболочки с цилиндрическим эпителием у 20 больных (39,2%); атрофия – в 17,6% случаев, кишечная метаплазия - в 15,7%, дисплазия легкой и средней степени – в 5,9% случаев. У одного больного (1,9%) была аденокарцинома. Причем, пренеопластические изменения были обнаружены чаще при более легких степенях эзофагита: при степени А – в 65%, степени В – в 20%, степени С – в 10% и степени Д – в 5% случаев.

Основными жалобами больных ГЭРБ с язвенной болезнью ДПК были изжога (96%), боль (84%) в правом подреберье, натошак и после еды через 1-2 часа.

Больные отмечали в 36% горечь во рту, в 28% - чувство першения в горле, в 24% - «ком» в горле, в 22% - запах изо рта, в 20% - чувство быстрого насыщения и метеоризм, в 14% - боли в области сердца. Реже беспокоили кашель, осиплость голоса, «жжение» в языке, нарушение ритма сердца. В 4% случаев у больных обострение сопровождалось депрессивным состоянием.

При изучении эндоскопической анатомии ГДП у 112 больных язвенной болезнью ДПК также вы-

явлены индивидуальные различия и особенности форм отверстий привратника, его размеров, линии соединения желудочной и дуоденальной слизистых оболочек.

Форма отверстия привратника при максимальном его раскрытии у большинства больных (78,6%) имеет сложные конфигурации, из которых в 54,5% случаях отмечены полигональные формы (рис. 2А, Б), в 17,8% - треугольные, в 6,3% - грушевидные. У здоровых пациентов преобладают (74,5%) простые, округло-овальные формы. Такая же тенденция отмечается в каждой возрастной группе.

Что касается размеров отверстия привратника, то у больных большую половину (58,9%) составили малые размеры, третью часть (34,8%) – средние и лишь в 6,3% случаев - большие размеры. Здоровые пациенты с малыми и средними размерами распределились поровну: 47,1% и 45,2% соответственно. С увеличением возраста уменьшается количество пациентов с малыми размерами: 87,7%; 40,9%; 19,5% соответственно. Большие размеры у здоровых выявлены в 6,6% случаев в пожилом возрасте, в 14,6% - в старческом, у больных язвенной болезнью ДПК – только в пожилом возрасте.

Вышеперечисленное свидетельствует о том, что при язвенной болезни ДПК имеется тенденция к увеличению сложных форм отверстий привратника и уменьшению их размеров, что можно объяснить деформацией гастродуоденальной области в результате язвенного процесса.

При эндоскопическом исследовании замечено, что линия соединения желудочной и дуоденальной слизистых оболочек может располагаться на желудочной стороне привратника (рис. 2А, Б), в пилорическом канале и в луковице ДПК (рис. 2В). Причем, у одного больного она может располагаться на разном уровне по разным стенкам. Линия может иметь различную форму: линейную (рис. 2Б), волнистую (рис. 2Б), зубчатую (рис. 2А), языкообразную, сочетание разных форм (рис. 2Б) и заходить на разное расстояние - на желудочную сторону привратника и в луковицу ДПК. Наиболее доступна исследованию желудочная поверхность привратника. Среди 112 больных язвенной болезнью ДПК линия стыка слизистых оболочек обнаружена на желудочной стороне у 25 (7,8%), чаще у пожилых (13,1%), в 5,7% и 4,7% случаев – у больных зрелого и старческого возраста соответственно. Чаще (в 40% и 36%) линия стыка слизистых оболочек располагается на передней и нижней стенках. Эта же закономерность прослеживается в каждой возрастной группе. Ширина захождения дуоденальной слизистой оболочки на желудочную сторону привратника имеет диапазон от 0,6 мм до 3,6 мм (рис. 2Б), с увеличением возраста она становится больше: 1,3-1,6 мм, 1,6-1,9 мм, 2,0-3,6 мм соответственно возрастным группам.

При язвенной болезни ДПК в 80% случаев отмечены сложные формы линии соединения слизистых оболочек: в 52% - зубчатые, в 28% - языкообразные. Простая форма линии (волнистая) была только в 20%.

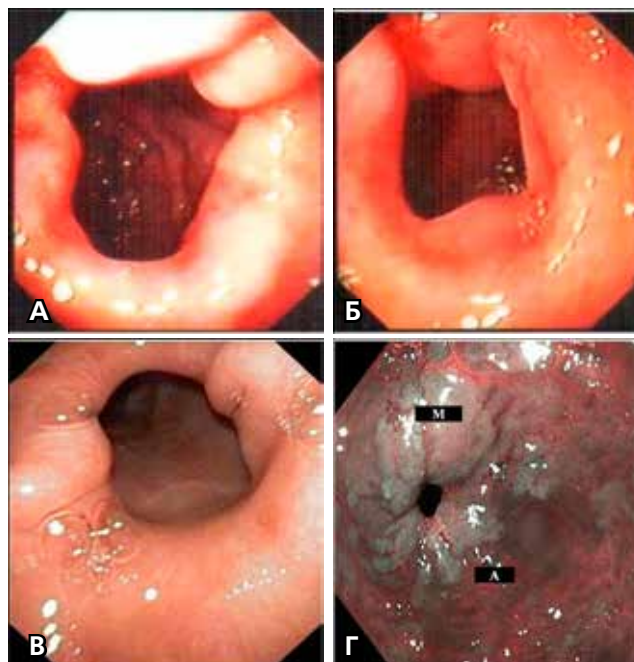


Рис. 2. Наиболее характерные изменения слизистой оболочки гастродуоденального перехода при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: А – неправильная форма отверстия привратника в сочетании с зубчато-волнистой линией стыка желудочной и дуоденальной слизистых оболочек; Б – полигональная форма отверстия привратника с наибольшим захождением дуоденальной слизистой оболочки на желудочную поверхность привратника, сочетание линейной и волнистой линий стыка; В – расположение линии стыка желудочной и дуоденальной слизистых оболочек в луковице двенадцатиперстной кишки; Г – пренеопластические изменения слизистой оболочки желудочной стороны привратника в режиме NBI: м – очаги кишечной метаплазии; а – очаги атрофии слизистой

Если на желудочной стороне привратника линия соединения эпителиев обнаружена в 7,8% случаев, то в 92,2% может находиться в пилорическом канале и в луковице ДПК.

Если сравнивать со здоровыми пациентами, то среди них линия соединения слизистых оболочек на желудочной стороне привратника обнаружена в 13% случаев, чаще всего на передней стенке (44,4%) и нижней стенке (26,0%). Диапазон ширины захождения составляет от 0,8 мм до 3 мм. У здоровых пациентов преобладает (55,6%) линейная форма линии стыка слизистых оболочек.

Слизистая перед привратником формирует складки и в норме (14,4%), и в большей степени при язвенной болезни ДПК (в 75,9% случаев). У больных чаще всего они располагаются на передней (50,6%) и задней (17,6%) стенках, в 15,3% случаев - циркулярно. Почти все больные (97,5%) зрелого возраста имеют складки слизистой оболочки перед привратником, с возрастом количество больных со складчатостью уменьшаются: 70,2% и 52% соответственно.

У здоровых пациентов наиболее часто стенкой расположения складок является передняя (43,3%). Циркулярно складки располагаются в 23,3% случаев и на верхней стенке – в 20% случаев. В слизистой оболочке привратника обнаруживаются: отек – в 83,9%, очаговая гиперемия – в 66,9%, зернистость – в 87,5%, острые эрозии – в 51,8%, геморрагии – в 29,5% повышенная кровоточивость – в 19,6% случаев. При этом частота встречаемости этих изменений максимальна в возрасте 35-59 лет (65%), минимальна – в группе 75-89 (48%), в возрасте 60-74 лет – в 56,8% случаев.

Среди 112 больных Нр диагностирован у 90 (80,4%): в зрелом возрасте – в 90%, в пожилом – в 80,9%, в старческом – в 64% случаев. Пренеопластические изменения слизистой оболочки привратника (рис. 4Б, В) среди 56 больных выявлены у 40 (71,4%) больных: атрофия – у 40 (71,4%) больных, кишечная метаплазия – у 35 (62,5%) и дисплазия легкой и средней степени – у 6 (10,7%). На рис. 2Г при использовании режима NBI хорошо дифференцируется кишечная метаплазия и атрофия слизистой оболочки препилорической области.

С увеличением возраста количество случаев с пренеопластическими изменениями увеличивается: с атрофией – 55%, 75% и 91,7%, с кишечной метаплазией – 50%, 66,7% и 75% соответственно возрастным группам. Дисплазия в зрелом возрасте не обнаружена, в пожилом – 12,5%, а в старческом – в 2 раза чаще (25%).

Заключение

У больных язвенной болезнью ДПК выявлена закономерность, подобная пациентам без патологии желудочно-кишечного тракта, выражающаяся в индивидуальных эндоскопических различиях составляющих компонентов пищеводно-желудочного и гастродуоденального переходов. Но, в отличие от них, у больных язвенной болезнью ДПК:

- преобладает неправильная форма отверстий кардии и привратника, меньшие размеры привратника
- более высокое расположение Z-линии по отношению к кардии и более частое расположение линии стыка слизистых оболочек в луковице ДПК с преобладаниями сложных ее форм
- высокая обсемененность Нр, что проявляется в выраженных воспалительных изменениях слизистой оболочки, косвенных признаках наличия Нр и высоком проценте обнаружении пренеопластических изменений
- частота выявления Нр и воспалительных изменений слизистой оболочки ПЖП и ГДП уменьшается, а пренеопластических изменений возрастает с увеличением возраста.

Все это свидетельствует о необходимости знания эндоскопической анатомии ПЖП и ГДП, применения современных уточняющих диагностических методик для проведения микрохирургических и эндоскопических операций.

Список литературы

1. Королев М.П., Нечипай А.М., Кашин С.В. Принципы диагностики, лечения и наблюдения

пациентов с предраковыми состояниями и изменениями желудка // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции по эндоскопии. – СПб., 2014. – С. 115-116.

2. Лапина Т.Л. Здоровый и инфицированный желудок. Почему нельзя не лечить инфекцию *Н. pylori*? // Сборник материалов 75 Международной Осенней Сессии Национальной школы гастроэнтерол., гепатол. РГА. – М., 2013. – С. 179-185.

3. Плахов Р.В., Бунцева О.А., Федоров Е.Д. и др. Выбор способа ведения больных после эндоскопических резецирующих вмешательств на желудке и двенадцатиперстной кишке // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции по эндоскопии. – СПб., 2014. – С. 34-38.

4. Старостин, Б.Д. Частота распространения пищевода Барретта (ПБ) среди пациентов, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2005. – Т. XV. – № 5. – Прил. № 26. – С. 14.

5. Сухин Д.Г., Соколов В.В., Пирогов С.С. и др. Первично-множественные синхронные злокачественные новообразования желудка различного гистогенеза: клиническое наблюдение – эндоскопическая диагностика и лечение // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции по эндоскопии. – СПб, 2014. – С. 105-106.

6. Третьяков А.А., Каган И.И. Микрохирургические межорганные анастомозы в абдоминальной хирургии. – Оренбург, 2012. – 252 с.

7. Усик С.Ф., Осадчук М.А., Калинин А.В. Клинико-эндоскопические и морфофункциональные показатели в оценке течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в различных возрастных группах // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2006. – Т. XVI. – №3. – С. 17-23.

8. Федоров Е.Д., Плахов Р.В. Будзинский С.А. и др. Удаление лейомиомы нижнегрудного отдела пищевода с преимущественно экстраорганным характером роста методом эндоскопического тоннелирования // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции по эндоскопии. – СПб., 2014. – С. 48-50.

9. Чугай О.А., Цепелев В.Л., Скажутин Т.В. и др. Эндоскопическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза с использованием ионизированной аргоновой плазмы // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции по эндоскопии. – СПб., 2014. – С. 111-112.

10. Шакурова, Н.Р. Особенности воспаления в слизистой желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки при пилородуоденальных язвах, ассоциированных с *Helicobacter pylori* в сочетании с эндоскопически позитивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2007. – Т. XVII. – №5. – Прил. № 30. – С. 39.

11. Шептулин, А.А. *Helicobacter pylori* и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // *Helicobacter pylori*: революция в гастроэнтерологии. Под ред. В.Т. Ивашкина, Ф. Мегро, Т.Л. Лапиной. – М.: Триада Х, 1999. – С. 98-103.

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-