

Д.С. Шепелев
**СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ
НОГТЕВОГО КОМПЛЕКСА**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.П. Беспальчук
Кафедра травматологии и ортопедии
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

D.S. Shepelev
**MODERN VIEW ON THE PROBLEM OF PROVIDING MEDICAL CARE
TO PATIENTS WITH DAMAGES TO THE NAIL COMPLEX**

Tutor: PhD, associate professor A.P. Bespalchuk
Department of Traumatology and Orthopedics
Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. Ногтевая пластинка играет важную роль в полноценном функционировании пальцев кисти, участвует в процессе захвата мелких предметов и является немаловажной структурной единицей руки с эстетической точки зрения. Знание нормальной анатомии и физиологии ногтевого комплекса обязательно при оказании медицинской помощи пациентам с травматическими повреждениями дистальных фаланг пальцев кисти.

Ключевые слова: ногтевой комплекс, шов ногтевого ложа.

Resume. The nail plate plays an important role in the full functioning of the fingers, participating in the process of capturing small objects, and is an important aesthetic element. Knowledge of the normal anatomy and physiology of the nail complex is mandatory when providing medical care to patients with traumatic injuries of the distal phalanx of the fingers.

Keywords: nail complex, suture of the nail bed.

Актуальность. Согласно литературным данным, самыми частыми травматическими повреждениями опорно-двигательного аппарата в США, заставляющими пациентов обращаться за экстренной медицинской помощью, являются раны кисти (221 случай на 100 тыс. населения). При этом, частота повреждения дистальных фаланг пальцев кисти имеет довольно высокий удельный вес среди описываемых травм [1].

Несмотря на первый взгляд кажущуюся примитивность ногтевой фаланги, как функциональной единицы тела человека, анатомия её достаточно сложна. Так, кожа, покрывающая ладонную поверхность дистальной фаланги, обладает довольно толстым эпидермисом с глубокими и хорошо выраженными папиллярными линиями. Под ней располагается пульпа, состоящая из жировой и фиброзной ткани. За счет фиброзной ткани кожа дополнительно стабилизирована волокнистыми перегородками, идущими от дермы к надкостнице дистальной фаланги. Между этими перегородками, вследствие травматических повреждений, могут образовываться гематомы, которые вызывают выраженный болевой синдром в остром посттравматическом периоде за счет раздражения телец Фатера-Пачини, которые достигают наибольшей концентрации в этой области [2,3].

Пациентам с поверхностными травмами ногтевой фаланги – ушибы, ссадины, подногтевые гематомы, небольшие по размеру дефекты кожи (без обнажения

дистальной фаланги и вовлечения ногтевого комплекса) медицинская помощь может быть оказана на амбулаторном этапе, но, при более серьезных повреждениях, неотложное вмешательство специалиста в области хирургии кисти – залог хорошего функционального и эстетического результата.

Цель: проанализировать результаты оказания медицинской помощи пациентам с повреждениями ногтевого комплекса.

Задачи:

1. Разработка алгоритма оказания медицинской помощи пациентам с повреждениями ногтевого комплекса.
2. Анализ клинических результатов в раннем и отдаленном послеоперационных периодах.

Материалы и методы. Объектом исследования явились пациенты с повреждениями ногтевого комплекса, помощь которым была оказана в приемном отделении Городского клинического центра травматологии и ортопедии учреждения здравоохранения «6-я городская клиническая больница» Минска.

На этапе поступления в приемное отделение для верификации клинического диагноза и планирования тактики последующего возможного оперативного лечения всем пациентам выполняли рентгенографию поврежденных пальцев кисти в прямой и боковой проекциях.

Примерно в 50% случаев травмы ногтевого комплекса сочетались с переломами дистальных фаланг. В таких ситуациях не только восстанавливали целостность ногтевого ложа, но и стабилизировали костные отломки. Важным моментом в схожих ситуациях явилось использование ногтевой пластинки для временного укрытия восстановленного ногтевого ложа, так как она служила стабилизирующим элементом (импровизированной шиной) для репонированных отломков дистальной фаланги. Также ее использование приводило к снижению частоты формирования последующих рубцовых деформаций ногтевого ложа.

Техника оперативного вмешательства при травмах ногтевого комплекса заключалась в следующих последовательных этапах:

1. Под проводниковой анестезией (по Лукашевичу – Оберсту) и перчаточным турникетом выполняли первичную хирургическую обработку ран, производили ревизию поврежденных структур поврежденного пальца.

2. При наличии открытого перелома дистальной фаланги восстановление ногтевого комплекса начинали со стабилизации костных отломков. В большинстве случаев переломы бугристости дистальной фаланги не требовали проведения остеосинтеза – надежная фиксация костных отломков достигалась посредством шва ногтевого ложа и рефиксации ногтевой пластинки. При открытых переломах диафизов дистальных фаланг выполняли репозицию отломков и остеосинтез спицей Киршнера диаметром 0.8-1.0 мм.

3. Целостность ногтевого ложа восстанавливали путем его шва (используемый шовный материал – полипропилен USP 6.0-7.0).

4. Следующим этапом производили шов поврежденных боковых околоногтевых валиков, эпониhiальной складки, кожи ладонной поверхности

фаланги и ногтевой стенки. При необходимости выполняли пластику торцевых и тыльно-косых мягкотканых дефектов.

5. Восстановленное ногтевое ложе в обязательном порядке укрывали утильной ногтевой пластинкой: волярную поверхность ногтевой пластинки предварительно обрабатывали следующим путем – удаляли остатки мягких тканей, и перфорировали ее, с целью обеспечения оттока раневого отделяемого в раннем послеоперационном периоде. Рефиксацию ногтевой пластинки выполняли используя один U-образный или два-три X-образных шва. В случае отсутствия утильной ногтевой пластинки вместо нее использовали полимерные трансплантаты.

Важным моментом являлось правильное позиционирование ногтевой пластинки в границах боковых околоногтевых валиков и ногтевой стенки, что предотвращало образование «мёртвого» пространства между герминативным матриксом и эпонихием. Фиксирующие швы обычно снимают через три-четыре недели с момента проведения оперативного вмешательства.

В процессе роста новой ногтевой пластинки было важно не удалять рефиксированную пластинку, так как она на отдаленном этапе предотвращала высыхание и травмирование ногтевого ложа.

Результаты и их обсуждение. Временное укрытие ногтевого ложа утильной ногтевой пластинкой или полимерными трансплантатами снижало болезненность во время последующих этапных перевязок на амбулаторном этапе, способствовало нормальному росту новой ногтевой пластинки, ускоряло процесс заживления, поскольку минимизировалась травматизация ногтевого ложа. Ногтевая пластинка выступала в роли естественной шины, благодаря чему не требовалась фиксация пальца лонгетой или ортезом.

Согласно опроснику DASH отдаленные результаты в период от одного месяца до одного года с момента проведения оперативного лечения у всех находившихся под нашим наблюдением пациентов – хорошие и отличные.

Выводы:

1. Ногтевая пластинка играет важную роль в полноценном функционировании пальцев кисти, участвует в процессе захвата мелких предметов и является важным эстетическим элементом.

2. Знание нормальной анатомии и физиологии ногтевого комплекса обязательно при оказании медицинской помощи пациентам с травматическими повреждениями дистальных фаланг пальцев кисти.

Литература

1. Ootes D. The epidemiology of upper extremity injuries presenting to the emergency department in the United States / D. Ootes, KT Lambers, DC Ring. – Hand (NY). 2012 Mar;7(1):18-22. doi: 10.1007/s11552-011-9383-z.
2. Tos P. Surgical treatment of acute fingernail injuries / P. Tos, P. Titolo, NL Chirila. – J. Orthop. Traumatol. 2012 Jun;13(2):57-62. doi: 10.1007/s10195-011-0161-z.
3. Kawaiah A. Fingertip Injuries and Amputations: A Review of the Literature / A. Kawaiah, M. Thakur, S. Garg. – Cureus. 2020 May 26;12(5):e8291. doi: 10.7759/cureus.8291. PMID: 32601565; PMCID: PMC7317129.