

лазерфотокоагуляция язвы. Отмечено достоверное снижение перфузии как после клипирования, так и после лазерфотокоагуляции ($p < 0,05$). После выполненного эндоскопического гемостаза или превентивного эндоскопического воздействия недостаточная надежность гемостаза была верифицирована предлагаемым способом у 5 человек. Трое из них были превентивно оперированы, а у двоих развился рецидив геморрагии, установленный при динамической эндоскопии.

Обсуждение. Особое место в выборе адекватной хирургической тактики при кровоточащей гастродуоденальной язве занимают определение риска рецидивной геморрагии, предупреждение рецидива и его ранняя диагностика. В настоящее время определение показаний к превентивной операции основывается на эндоскопических признаках нестабильного гемостаза и оценке тяжести кровопотери. Однако эндоскопическая картина является важным, но не единственным фактором повторного кровотечения. Между тем прецидивный синдром имеет собственную морфологическую основу и характеризуется специфическими изменениями регионарной гемодинамики. Наши исследования микроциркуляции в зоне кровоточащей язвы показали наличие ее патологических особенностей. При помощи эндоскопической лазерной доплеровской флоуметрии впервые исследована перфузия периульцерозной области. Данные ЭЛДФ доказывают, что вовлеченные в язвенный воспалительный инфильтрат кровеносные сосуды не способны изменять свой тонус и реагировать на действие прессорных катехоламинов. На основании этого заключения нами разработан объективный способ верификации прецидивного состояния. Предложенный нами адреналиновый ЭЛДФ-тест впервые позволил выявить объективные признаки угрозы рецидивной геморрагии.

Несмотря на совершенство применяемых технологий, эндоскопический гемостаз всегда является мероприятием временной остановки кровотечения. Для части больных его выполнение оказывается окончательным гемостатическим мероприятием, у остальных — позволяет выиграть время для выведения из шока, компенсации кровопотери и краткой предоперационной подготовки. Для определения рациональной тактики лечения необходимо оценивать качество достигнутого гемостаза: при нестабильной остановке кровотечения показана экстренная превентивная операция, при стабильном гемостазе — консервативная терапия с динамической эндоскопией. Наши исследования показали, что с помощью лазерной доплеровской флоуметрии возможно объективное определение стабильности эндоскопического гемостаза.

Заключение. Эндоскопическая лазерная доплеровская флоуметрия позволила объективизировать прогноз рецидива язвенного кровотечения, верифицировать прецидивный синдром на основании изучения непосредственных причин геморрагии. Кроме

того, она дала возможность объективно оценить эффективность эндоскопического гемостаза. Достоинствами предлагаемых способов прогнозирования рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения и оценки эффективности эндоскопического гемостаза является объективность определения производящих факторов повторной язвенной геморрагии, высокая точность прогноза, простота исполнения и невысокая стоимость диагностического оборудования.

Библиографический список

1. *Гостищев В. К., Евсеев М. А.* Рецидив острых гастродуоденальных язвенных кровотечений // Хирургия. 2003. № 7. С. 43–49.
2. *Панцырев Ю. М., Сидоренко В. И., Федоров Е. Д.* Активная дифференцированная лечебная тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях: основа взаимопонимания и взаимодействия между хирургами, гастроэнтерологами и эндоскопистами // Всероссийская конференция хирургов «Современные проблемы экстренного и планового лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки»: матер. конф. Саратов, 2003. С. 136–137.
3. *Гостищев В. К., Евсеев М. А.* Патогенез рецидива острых гастродуоденальных язвенных кровотечений // Хирургия. 2004. № 5. С. 46–51.
4. *Аруин Л. И., Капуллер Л. Л., Исаков В. А.* Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника: М.: Триада-Х, 1998. 496 с.
5. *Самсонов В. А.* Язвенная болезнь. Новые материалы к патоморфологии осложненных ее форм. Петрозаводск: Карелия, 1975. 264 с.
6. *Ефименко Н. А., Чернеховская Н. Е., Федорова Т. А.* Микроциркуляция и способы ее коррекции. М.: Изд-во Рос. мед. акад. последипл. образ., 2003. 172 с.
7. *Козлов В. И., Морсков В. Ф., Кишко В. И.* Лазерно-доплеровский метод исследования капиллярного кровотока // Известия АН. Сер.: Физическая. 1995. Т. 59, № 6. С. 179–182.

Translit

1. *Gostihev V.K., Evseev M.A.* Recidiv ostryh gastroduodenal'nyh jazvennyh krvotecenij // Hirurgija. 2003. № 7. S. 43–49.
2. *Pancyrev Ju.M., Sidorenko V.I., Fedorov E.D.* Aktivnaja differencirovannaja lechebnaja taktika pri jazvennyh gastroduodenal'nyh krvotecenijah: osnova vzaimoponimaniya i vzaimodejstvija mezhdur hirurgami, gastrojenterologami i jendoskopistami // Vserossijskaja konferencija hirurov «Sovremennye problemy jekstrennogo i planovogo lechenija bol'nyh jazvennoj bolezni'ju zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki»: mater. konf. Saratov, 2003. S. 136–137.
3. *Gostihev V.K., Evseev M.A.* Patogenez recidiva ostryh gastroduodenal'nyh jazvennyh krvotecenij // Hirurgija. 2004. № 5. S. 46–51.
4. *Aruin L.I., Kapuller L.L., Isakov V.A.* Morfologicheskaja diagnostika boleznej zheludka i kishechnika: M.: Triada-H, 1998. 496 s.
5. *Samsonov V.A.* Jazvennaja bolezni'. Noveye materialy k patomorfologii oslozhnennyh ee form. Petrozavodsk: Karelija, 1975. 264 s.
6. *Efimenko N.A., Chernehovskaja N.E., Fedorova T.A.* Mikrocirkuljacija i sposoby ee korekcii. M.: Izd-vo Ros. med. akad. posledipl. obraz., 2003. 172 s.
7. *Kozlov V.I., Morskov V.F., Kishko V.I.* Lazerno-dopplerovskij metod issledovanija kapilljarnogo krovotoka // Izvestija AN. Ser.: Fizicheskaja. 1995. T. 59, № 6. S. 179–182.

УДК 111.22.3333 +444.55:666.77

Краткое сообщение

НОВЫЙ СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВОМ ВРОЩЕГО НОГТЯ

А. В. Колсанов — ГБОУ ВПО Самарский ГМУ Минздравсоцразвития России, заведующий кафедрой оперативной хирургии и клинической анатомии с курсом инновационных технологий, профессор, доктор медицинских наук; **А. Н. Кондулов** — Самарский диагностический центр, амбулаторно-поликлиническое отделение, врач-хирург.

NEW METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH RECURRENT INGROWN NAIL

A. V. Kolsanov — Samara State Medical University, Head of Department of Operative Surgery and Clinical Anatomy with Course of Innovative Technology, Professor, Doctor of Medical Science; **A. N. Kondulikov** — Samara Diagnostic Center, Out-patient Department, Surgeon.

Дата поступления — 01.11.2011 г.

Дата принятия в печать — 08.12.2011 г.

Колсанов А. В. Кондуликов А. Н. Новый способ оперативного лечения больных с рецидивом вросшего ногтя // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 4. С. 965–968.

В статье рассматривается вопрос хирургического лечения вросшего ногтя у больных с рецидивом заболевания. Указываются преимущества нового авторского способа операции. Подробно описывается выполнение способа операции. Проведенные клинические и дополнительные методы исследования подтверждают, что новый способ операции позволяет сократить сроки заживления раны и уменьшить количество повторных случаев возникновения вросшего ногтя.

Ключевые слова: вросший ноготь, рецидив заболевания, новый способ операции.

Kolsanov A. V., Kondulikov A. N. New method of surgical treatment of patients with recurrent ingrown nail // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 4. P. 965–968.

The article discusses the surgical treatment of ingrown nail in patients with recurrent disease. The advantages of a new method of operation have been explained in the article. It gives a detailed description of the operation. The clinical and additional methods of research have confirmed the fact that a new operation reduces the wound healing period and the number of ingrown nail recurrences.

Key words: ingrown nail, disease recurrence, new method of operation

Введение. Вросший ноготь является сложным патологическим состоянием, сопровождающимся изменениями со стороны ногтя, матрикса и мягких тканей. Вросший ноготь — одна из самых частых причин обращения больных к хирургам в амбулаторных условиях. Сроки нетрудоспособности при вросшем ногте сравнимы с таковыми после больших абдоминальных хирургических операций. Частота рецидивов вросшего ногтя, по данным различных авторов, составляет от 10 до 70% [1].

Причины врастания ногтя следующие: 1) деформация пальцев стопы, в первую очередь большого пальца стопы вследствие плоскостопия, *halux valgus*; 2) глубокое, по направлению к основанию срезание свободного и латерального края ногтевой пластинки (непрофессиональный педикюр); 3) острая и хроническая травматизация ногтевой пластинки с повреждением матрикса и неправильным ростом ногтевой пластины; 4) перераспределение и увеличение нагрузки на палец (начало ношения высокого каблука, ожирение, беременность, особенности профессии) [2]. Предрасполагающие факторы — изменение структуры ногтевой пластины вследствие онихомикоза и гипергидроз [3]. Следствием гипергидроза является: размягчение ногтевой пластинки (избыточная эластичность), «распаривание» кожи околоногтевого валика и близлежащих участков кожи, нарушение естественной антибактериальной резистентности кожи (условие местного воспаления), нарушение трофики (за счет отека и локального переохлаждения). Выяснение источника возникновения этих проявлений крайне важно, поскольку лечение вросшего ногтя будет эффективно только при операции, направленной на устранение причины заболевания, в том числе и гипергидроза

Слабоосвещенным и дискуссионным в литературе остается вопрос выбора способа операции при рецидиве заболевания вросшего ногтя. Хотя, с нашей точки зрения, это отдельная категория больных, как правило, с сопутствующей патологией стопы, требующая индивидуального подхода в каждом случае [4, 5].

Ответственный автор — Кондуликов Антон Николаевич.
Адрес: 443066, г. Самара, ул. Антоново-Овсенко, 81, кв. 3.
Тел.: (846) 270-53-70, +79272057650.
E-mail: kondant@yandex.ru

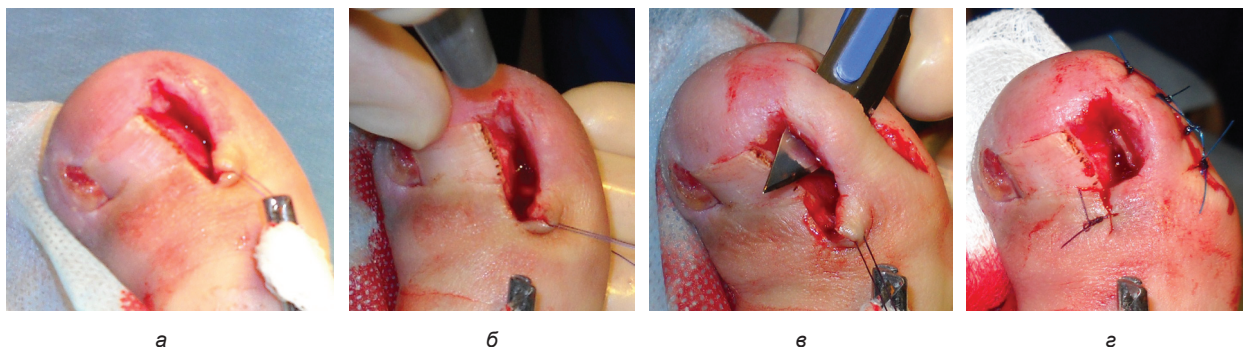
Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с рецидивом вросшего ногтя за счет разработки и внедрения нового способа оперативного вмешательства.

Методы. Исследование основано на изучении результатов лечения 144 больных с рецидивом вросшего ногтя первых пальцев стопы за период с 2005 по 2011 г. Исследование выполнено на базе амбулаторно-поликлинического отделения Самарского диагностического центра.

Применялись основные, наиболее часто используемые, по данным литературы, способы лечения вросшего ногтя, наряду с предложенным нами собственным способом оперативного лечения вросшего ногтя (Положительное решение о выдаче патента на изобретение по заявке № 2010122148 / 14 (031452)). Все пациенты оперированы одним хирургом. В группу сравнения вошли больные с рецидивом заболевания и наличием отягчающих факторов (костная деформация стопы, гипергидроз, избыточный вес). Пациентам выполнялись следующие способы оперативных вмешательств:

1. Полное удаление ногтевой пластинки — операция Дюпиитрена.
2. Операция Шмидена.
3. Краевая резекция ногтевой пластинки с порционной лазерной матриксэктомией.
4. Операция Бартлетта.
5. Собственная методика с созданием мостовидного лоскута.

Описание собственной методики операции. Под местной анестезией по Оберсту — Лукашевичу выполняем разрез заднего ногтевого валика длиной до 1,5 см для последующего доступа к матриксу ногтя. Лучом CO²-лазера делаем рассечение ногтевой пластинки шириной не более одной четвертой площади ногтя. Считаем, что применение лазера на данном этапе менее травматично, чем традиционное рассечение ногтевой пластины ножницами. Бранша ножниц, заведенная под ноготь, травмирует и остающуюся часть ногтевой пластинки за счет ее приподнимания с последующим нарушением ее роста. После рассечения удаляем прилегающую к воспаленной стороне часть ногтевой пластинки. Выполняем выпаривание грануляций лазером или ложеч-



Этапы оперативного лечения вросшего ногтя с созданием мостовидного лоскута
 а) Резекция ногтевой пластинки; б) Порционная лазерная матриксэктомия; в) Резекция околоногтевого валика, создание мостовидного лоскута; г) Окончательный вид после операции

кой Фолькмана. После этого производим удаление прилегающей к резецированной ногтевой пластинке участка ростковой зоны ногтевой пластинки также с помощью CO²-лазера. При отсутствии лазерного скальпеля рассечение и удаление матрикса возможно с помощью предложенного нами скальпеля для поперечной резекции матрикса при вросшем ногте (Патент РФ на полезную модель № 99698 от 27 ноября 2010 г.). Далее на стороне поражения, отступая от края валика на 0,5–0,7 см, делаем иссечение кожно-жирового лоскута шириной от 1 до 1,5 см. Путем острой диссекции в подкожном слое с выходом в основную рану создаем мостовидный лоскут из оставшейся части околоногтевого валика. Данный прием, с нашей точки зрения, позволяет добиться большей мобильности околоногтевого валика и устраняет гипергидроз в прилегающей к ногтю зоне за счет практически полного пересечения нервных симпатических веточек, иннервирующих потовые железы. Завершаем операцию наложением швов и мажевой повязкой (рисунок).

Деление пациентов внутри группы на тот или иной способ операции происходило случайным образом (рандомизированное исследование, таблица).

Распределение больных по способу выполненной операции в анализируемой группе

Способ операции	Количество пациентов
Краевая резекция ногтевой пластинки с лазерной матриксэктомией	25
Операция Дюпюитрена	30
Операция Шмидена	30
Операция Бартлетта	21
Собственная методика с созданием мостовидного лоскута	38
Всего	144

Для объективной оценки результатов лечения у пациентов до и после операции оценивали клинические данные, местное состояние раны, сроки заживления раны, проводили компьютерную термографию, микробиологическое исследование ран и корнеометрию. Отдаленные результаты оценивали через 6 месяцев после операции. Оценка клинических исходов проводилась по наличию или отсутствию рецидива вросшего ногтя.

Результаты. В группе сравнения по совокупности показателей лучшие результаты были получены у пациентов после выполнения операции по собственной

методике. По результатам компьютерной термографии снижение температуры до нормы в очаге гипертермии на 14-е сутки после хирургического вмешательства наблюдали после операции Дюпюитрена, операции Шмидена и операции по собственной методике. Корнеометрия выявила снижение повышенной влажности до нормальной на 14-е сутки после операции по нашей методике с $48 \pm 0,4$ до $34 \pm 0,2$ ед. (M±m). У пациентов с другими оперативными вмешательствами нормализации уровня влажности кожи на околоногтевом валике к 14-м суткам не отмечалось. Сроки заживления послеоперационной раны были сопоставимы после всех оперативных вмешательств.

При оценке отдаленных результатов выявили, что количество рецидивов после операции по собственной методике составило 5,2%, тогда как после резекции ногтевой пластинки с лазерной матриксэктомией рецидивов было 17,2%, после операции Бартлетта — 22,1%, операции Шмидена — 15,7%, операции Дюпюитрена — 29,8%.

Обсуждение. Анализ проведенного исследования показывает, что сроки заживления раны у больных с вросшим ногтем сопоставимы по длительности для выполненных способов операции. Это значит, что через 2–3 недели пациенты забывают про болезнь. Различия между выполненными способами начинают проявляться по мере роста ногтевой пластинки. Рецидив вросшего ногтя наступает через 4–6 месяцев. Это согласуется с данными других авторов [2, 3]. Важное значение, как и другие авторы [4], придаем тщательному выполнению матриксэктомии (удалению ростковой зоны ногтя). Гипергидроз является важнейшим предрасполагающим фактором развития вросшего ногтя. При нашей операции происходит достоверное снижение уровня влажности в околоногтевом валике, поэтому операция по нашему методу патогенетически обоснована.

Заключение. Разработанный нами способ оперативного лечения пациентов с вросшим ногтем высокоэффективен при рецидиве заболевания и наличии отягчающих факторов.

Конфликт интересов. Работа выполнена в рамках темы НИОКР, номер государственной регистрации 01201151908.

Библиографический список

1. Мелешевич А. В., Мелешевич М. В. Хирургическое лечение вросшего ногтя: рук-во для хирургов. Гродно, 1993. 80 с.
2. Пермяков П. Е. Сравнительная оценка некоторых способов хирургического лечения вросшего ногтя: автореф. дис.... канд. мед. наук. Астрахань, 1999. 21 с.
3. Simek K. Treatment of ingrown toenails // Rozhl. Chir. 2000. Vol. 79, № 10. P. 498–499.

4. Скобелкин О. К., Герцен А. В. Лечение вросшего ногтя с использованием углекислотного лазера // Хирургия. 1987. № 10. С. 93–94.

5. Ткаченко Г. К. Лечение вросшего ногтя // Здоровоохранение Казахстана. 1981. № 11. С. 58–59.

Translit

1. Meleshevich A. V., Meleshevich M. V. Hirurgicheskoe lechenie vrosshego nogtja: ruk-vo dlja hirurgov. Grodno, 1993. 80 s.

2. Permjakov P. E. Sravnitel'naja ocenka nekotoryh sposobov hirurgicheskogo lechenija vrosshego nogtja: avtoref.... kand. med. nauk. Astrahan', 1999. 21 s.

3. Simek K. Treatment of ingrown toenails // Rozhl. Chir. 2000. Vol. 79, № 10. P. 498–499.

4. Skobelkin O. K., Gercen A. V. Lechenie vrosshego nogtja s ispol'zovaniem uglekislotnogo lazera // Hirurgija. 1987. № 10. S. 93–94.

5. Tkachenko G. K. Lechenie vrosshego nogtja // Zdravoohranenie Kazahstana. 1981. № 11. S. 58–59.

УДК 616.345–006.5 / .6–072.1 (045)

Оригинальная статья

ВОЗМОЖНОСТИ ВИРТУАЛЬНОЙ КТ-КОЛОНОСКОПИИ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

С. Е. Урядов — МУЗ Городская клиническая больница № 8 г. Саратова, заведующий отделением эндоскопии, ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, ФПК и ППС, преподаватель цикла «Эндоскопия», кандидат медицинских наук; **Ю. В. Чалык** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, профессор кафедры общей хирургии, доктор медицинских наук.

VIRTUAL CT-COLONOSCOPY RESOURCES IN LARGE INTESTINE NEOPLASIA

S. E. Uryadov — Saratov Clinical Hospital №8, Head of Department of Endoscopy, Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Candidate of Medical Science; **Yu. V. Chalyk** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of General Surgery, Professor, Doctor of Medical Science.

Дата поступления — 06.10.2011 г.

Дата принятия в печать — 08.12.2011 г.

Урядов С. Е., Чалык Ю. В. Возможности виртуальной КТ-колоноскопии при новообразованиях толстой кишки // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 4. С. 968–971.

Цель: уточнить возможности виртуальной колоноскопии в определении локализации и характера новообразований ободочной кишки. **Материал и методы.** Методом виртуальной колоноскопии обследовано 38 пациентов, которым на предшествующем этапе диагностики не удалось выполнить тотальную фиброколоноскопию. **Результаты.** Виртуальная колоноскопия была успешно выполнена 94,7% больным. При этом были выявлены новообразования в проксимальных отделах ободочной кишки, прямой осмотр которых по различным причинам оказался невозможным. **Заключение.** Виртуальная колоноскопия является методом выбора при топической диагностике новообразований ободочной кишки.

Ключевые слова: рак толстой кишки, виртуальная колоноскопия, КТ-колоноскопия.

Uryadov S. E., Chalyk Yu. V. Virtual CT-colonoscopy resources in large intestine neoplasia // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 4. P. 968–971.

The research goal is to state possibility of virtual colonoscopy and to determine the localization and nature of neoplasms in the large intestine. **Materials and methods:** 38 patients have been examined by the method of virtual colonoscopy. The preceding stage of diagnosis by total fibrocolonoscopy has not been a success. **Results:** Virtual colonoscopy has been performed in 94.7% of patients. The same tumors have been identified in the proximal colon, direct examination of which has not been possible. **Conclusion:** Virtual colonoscopy is the method of choice for topical diagnosis of tumors of the colon.

Key words: cancer of large intestine, virtual colonoscopy, CT-colonoscopy.

Введение. Одной из перспективных методик диагностики опухолевых заболеваний ободочной кишки является виртуальная колоноскопия — метод, основанный на спиральной компьютерной томографии с очень тонкими срезами и тремя диаметрами измерения [1–3]. Чувствительность (Se) виртуальной колоноскопии составляет 93,8%, а специфичность (Sp) — 96% для полипов диаметром ≥ 10 мм [4]. Ценность виртуальной колоноскопии как метода диагностики не вызывает сомнений, однако место его в предоперационном обследовании и определении стадии рака ободочной кишки до настоящего времени окончательно не определено [5]. При анализе причин ложноположительных и ложноотрицательных результатов установлено, что одним из преимуществ виртуальной колоноскопии по сравнению с оптической визуализацией является возможность выявления подслизистого компонента опухолей. Относительным противопоказанием к проведению виртуальной колоноскопии

может служить наличие выраженного спаечного процесса, при котором имеются существенные нарушения расправления кишки вводимым газом, что при сохранении специфичности метода может привести к заметному снижению его чувствительности [6].

Цель исследования: уточнить возможности виртуальной колоноскопии в определении локализации и характера новообразований ободочной кишки.

Методы. Методом виртуальной колоноскопии обследовано 38 пациентов, которым на предшествующем этапе диагностики не удалось выполнить тотальную фиброколоноскопию по следующим причинам: стойкий выраженный спазм кишки — 21, дополнительное петлеобразование — 2, стенозирующие колоректальные новообразования — 15.

Виртуальная колоноскопия проводилась с помощью спирального компьютерного томографа PQ 5000 (Picker International) при следующих параметрах: коллимация пучка 5 мм, скорость движения стола томографа 6,25 мм / с, шаг 1,25, 110 мА, 110 кВ. Обработка томографических данных проводилась средствами рабочей станции Voxel Q при следу-

Ответственный автор — Урядов Сергей Евгеньевич.
Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112.
Тел.: 42 10 42.
E-mail: ouriadov@mail.ru