

HISTORIA ZABIEGÓW W OBRĘBIE PAZNOKCI PALUCHA

oraz współczesne możliwości rekonstrukcji estetycznej po nieudanych operacjach

Wrastający paznokieć i jego powikłania to problem, który potrafi skutecznie utrudnić codzienne funkcjonowanie. Pacjenci często trafiają do gabinetów po wielu wcześniejszych zabiegach, nierzadko z bliznami, deformacjami i przede wszystkim - z bólem, który nie pozwala normalnie chodzić. Wiele takich osób słyszało już wcześniej, że „nic więcej nie da się zrobić” lub że jedynym wyjściem jest całkowite usunięcie paznokcia.

Tymczasem rozwój chirurgii palucha sprawił, że dziś możemy zaoferować dużo więcej. Coraz większy nacisk kładzie się nie tylko na usunięcie dolegliwości, ale także na zachowanie naturalnego wyglądu palca. W naszej praktyce klinicznej widzimy, że nawet po kilku nieudanych operacjach możliwe jest przywrócenie prawidłowej anatomii - pod warunkiem odpowiedniej diagnostyki i doboru właściwej techniki.

Krótki rzut oka na historię zabiegów

Pierwsze próby leczenia chirurgicznego wrastających paznokci były bardzo dalekie od dzisiejszych standardów. Najczęściej polegały na całkowitym usunięciu płytki. Efekt? Brak

paznokcia na stałe. Ból zniknął, ale estetyka palca pozostawiała wiele do życzenia.

Później dużą popularność zdobyły zabiegi klinowe - usuwano boczny fragment paznokcia wraz z częścią macierzy. Choć przez lata były to rutynowe procedury, ich skuteczność okazywała się ograniczona. Wystarczyło, że niewielki fragment macierzy pozostał aktywny, a problem wracał.

XX wiek przyniósł kolejne pomysły: chemiczną destrukcję macierzy fenolem oraz zabiegi całkowicie eliminujące wzrost paznokcia. Dopiero ostatnie lata zmieniły sposób myślenia o terapii - zamiast usuwać, zaczęliśmy rekonstruować.

Nowoczesne spojrzenie: operacje, które odtwarzają naturalną anatomię

Dzisiejsze zabiegi coraz częściej skupiają się nie na paznokciu jako takim, lecz na całym kompleksie: wałach, łożysku, torze wzrostu i tkankach otaczających. To właśnie deformacja tych struktur odpowiada za wiele przypadków bólu i nawrotów wrastania, zwłaszcza po wcześniejszych operacjach.

W praktyce klinicznej najważniejsze stały się trzy elementy:

1. Plastyka wałów okołopaznokciowych
Korekta zbliżnowaciałych lub przerośniętych wałów często daje najlepsze i najbardziej trwałe rezultaty. To właśnie wały, a nie płytki, bywają główną przyczyną problemu.
2. Rekonstrukcje estetyczne
Pozwalają odbudować to, co zostało uszkodzone przez wcześniejsze zabiegi - od łożyska po kontur palca.
3. Połączenie chirurgii z klamrami ortonyksyjnymi
Klamry stabilizują tor wzrostu nowej płytki. Dzięki temu efekt zabiegu utrzymuje się, a paznokieć odrasta prosto, bez skręcania.

Przypadki kliniczne

Każdy z poniższych pacjentów trafił do nas po wcześniejszych, nieskutecznych interwencjach. Wszystkich łączy jedno - ból i frustracja wynikająca z ciągle nawracającego problemu.

Pacjent 1 - 15 lat

Po czterech zabiegach klinowego wycięcia płytki oraz licznych wizytach podologicznych pacjent zgłosił się z silnym bólem i cechami stanu zapalnego. Palec był obrzęknięty, tkanki reagowały na dotyk, a chodzenie sprawiało trudność.



Ryc. 1. Zdjęcia pacjent 1.

Zastosowaliśmy plastykę wałów i terapię łączoną z klamrą M-brace. Po kilku tygodniach paluch odzyskał naturalny wygląd, a dolegliwości całkowicie ustąpiły.

Pacjent 2 - 58 lat

Mężczyzna po kilku zabiegach klinowych, z każdorazowym nawrotem bólu i stanów zapalnych. W pewnym momencie uznał, że jedynym wyjściem będzie trwałe usunięcie paznokcia.

Po analizie zaproponowaliśmy alternatywę: rekonstrukcję tkanek miękkich i wyrównanie toru wzrostu płytki. Efekt końcowy pozwolił uniknąć amputacji paznokcia, a palec zaczął wyglądać naturalnie.



Ryc. 2. Zdjęcia pacjent 2.

Pacjent 3 - 21 lat

Dwukrotnie operowany wcześniej, nadal odczuwał ból po stronie medialnej. Noszone obuwie nie miało tu żadnego znaczenia - ból pojawiał się przy każdym kroku. Dopiero RTG ujawniło prawdziwy problem: egzostozę podpaznokciową.



Ryc. 3. Zdjęcia pacjent 3.

Wykonaliśmy usunięcie wyrośli kostnej oraz plastykę wałów i opuszka. Po zabiegu dolegliwości minęły, a płytkę zaczęła odrastać w sposób prawidłowy.

Dlaczego te przypadki wyglądają podobnie?

Łączy je wspólny mianownik: problemem nie był paznokieć, lecz zniekształcona anatomia tkanek wokół niego.

A klasyczne zabiegi klinowe najczęściej nie korygują przyczyny, a jedynie usuwają jej konsekwencje - i to w sposób krótkotrwały.

Nowoczesne podejście opiera się właśnie na odtworzeniu prawidłowej architektury palca. Pozwala to nie tylko pozbyć się dolegliwości, ale także zachować lub przywrócić naturalny wygląd paznokcia, co dla wielu pacjentów ma ogromne znaczenie.

Wnioski

- Klasyczne zabiegi klinowe nie rozwiązują problemu u większości pacjentów z wieloletnimi nawrotami.
- Rekonstrukcja wałów i korekcja tkanek miękkich są obecnie jednymi z najskuteczniejszych metod.
- Połączenie chirurgii z ortonyksją pomaga utrzymać efekt i pozwala płytce odrastać w prawidłowy sposób.
- Zachowanie paznokcia, jeśli tylko możliwe, powinno być celem każdego zabiegu rekonstrukcyjnego.
- Dokładna diagnostyka, zwłaszcza RTG w przypadkach nietypowych, jest kluczowa.

Zaproszenie do współpracy

W STEP MED Semenyna Clinic oraz Dobry Zabieg zajmujemy się zarówno podstawowym leczeniem wrastających paznokci, jak i wymagającymi rekonstrukcjami po wcześniejszych nieudanych zabiegach. Zachęcamy gabinety podologiczne, lekarzy i specjalistów do współpracy oraz kierowania pacjentów z trudnymi przypadkami - razem możemy im realnie pomóc odzyskać komfort i estetykę palucha. ■

Piśmiennictwo

1. Heidelbaugh JJ, Lee H. Ingrown toenail management. *Am Fam Physician*. 2019;100(3):158-164.
2. de Berker D, Richert B, Duhard E. Nail Surgery. In: Baran R, Dawber RPR, eds. *Diseases of the Nails and Their Management*. Wiley-Blackwell; 2012.
3. Siegle RJ, Stewart R, Gowin E. Phenol matrixectomy for ingrowing toenails. *J Dermatol Surg Oncol*. 1984;10(9):672-675.
4. Rounding C, Hulm S. Surgical treatments for ingrowing toenails. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD001541.
5. Chapeskie H, Kovac JR. Soft-tissue nail-fold excision: a definitive treatment for ingrown toenails. *Can Fam Physician*. 2010;56(4):344-349.
6. Winograd AM. A modification in the technique of operation for ingrown toenail. *J Am Med Assoc*. 1929;92:229-230.
7. Zadik FR. Obliteration of the nail bed of the great toe without shortening the terminal phalanx. *J Bone Joint Surg Br*. 1950;32-B(1):66-67.
8. Bos AME, van Tilburg MW, van Sorge AA, van der Ven AJ. Partial nail avulsion with phenolization vs surgical excision of nail matrix: a randomized clinical trial. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33(8):1583-1589.

9. Pandey V, Kumar D, Madiwal MU. Subungual exostosis: a frequently missed diagnosis. *J Orthop Case Rep.* 2017;7(5):66-69.
10. Clement DM, Clarke JT. Subungual exostosis: diagnosis and treatment. *J Foot Ankle Surg.* 2011;50(1):59-62.
11. Cespedes AL, Wertheimer SJ. Nail surgery in podiatric practice. In: Banks AS, et al., eds. *McGlamry's Comprehensive Textbook of Foot and Ankle Surgery.* Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
12. Lee YJ, Han SH, Cho YJ. Clinical outcomes of subungual exostosis removal. *Clin Orthop Surg.* 2011;3(3):226-230.
13. Wu L, Lin YC. The role of orthonychia in correcting recurrent ingrown toenails. *Dermatol Surg.* 2005;31(7 Pt 1):744-748.
14. Khunger N, Kandhari R. Nail surgery: current concepts. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2012;78(3):299-308.

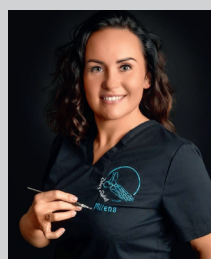


Taras Semenyna

Dyplomowany lekarz medycyny, specjalista dermatolog, podolog. Absolwent Uniwersytetu Medycznego w Tarnopolu. Nostryfikował dyplom lekarski na Uniwersytecie Zielonogórskim. Założyciel kliniki „STEP-MED Semenyna Clinic” w Szczecinie. Praktykę w Polsce rozpoczął w 2015 r.; przez 2 lata pracował w interdyscyplinarnym zespole rehabilitacji i leczenia ran w Częstochowie.

Wspiera polskich specjalistów poprzez udział w konferencjach i sympozjach naukowych poświęconych stopie. Prowadził zajęcia praktyczne jako wykładowca w Wyższej Szkole Edukacji i Terapii oraz w szkole kształcenia podyplomowego MEDICA. Uczestniczył w pracach badawczo-naukowych nad tworzeniem „Wytycznych profilaktyki Zespołu Stopy Cukrzycowej” we współpracy z Forum Leczenia Ran.

Autor programu szkoleniowego i procedury „ELEKTROKOAGULACJA W PROCESIE TERAPII BRODAWEK”. Do końca 2024 r. przeszkolił ponad 8000 specjalistów z 8 krajów



Milena Marcińska

– założycielka marki Dobry Zabieg, która obchodziła swoje dziesięciolecie. Dyplomowany podolog z pasją do podologii od 2009 roku, z ogromnym doświadczeniem klinicznym w pracy z pacjentami podologicznymi. Właścicielka przychodni podologicznej, w której działa interdyscyplinarny zespół.



Sabina Wojnowska

– pielęgniarka z 28-letnim doświadczeniem zawodowym, w tym 18 lat w terapii ran i stosowaniu systemu VAC. Od 13 lat właścicielka firmy specjalizującej się w opiece długoterminowej w warunkach domowych. Ekspertka w zarządzaniu opieką i pielęgnacją osób przewlekle chorych oraz edukatorka w zakresie pielęgnacji.



Tadeusz Marciński

– współwłaściciel marki Dobry Zabieg, pasjonat i wirtuoz w swojej dziedzinie. Od 2020 roku czynnie pracuje jako ortopodolog, łącząc praktykę kliniczną z nowoczesnymi metodami leczenia stóp. Wspiera rozwój interdyscyplinarnego zespołu przychodni.