

# Metody leczenia zachowawczego wrastającego paznokcia – doświadczenia własne



lek. med. Joanna Magdziarz-Orlitz  
Solmed – Centrum Medycyny Estetycznej i Dermatologii  
w Częstochowie

## Wprowadzenie

Paznokciec (*unguis, onyx*) zbudowany jest z macierzy, płytki paznokciowej, łożyska i otaczającej skóry. Miejscem wzrostu płytki paznokciowej jest macierz. Płytkę rośnie w sposób ciągły nad łożyskiem. Paznokciec zbudowany jest ze 100-150 warstw korneocytów paznokciowych (zrogowaciałych), rozmieszczonych nieregularnie, warstwowo. Rośnie przeciętnie w tempie około 0,9 mm na tydzień i jego całkowita odnowa jest możliwa po około 6 miesiącach. Prędkość wzrostu paznokcia zależy od pory roku, wieku, lokalizacji – paznokcie palców rąk rosną szybciej, a najszybciej – palców środkowych oraz ręki dominującej [1].

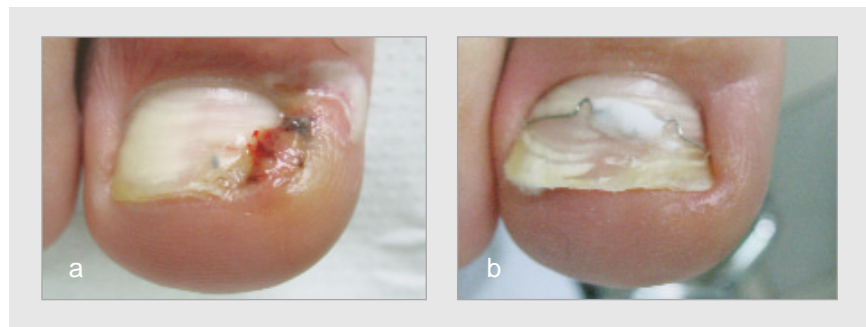
Często w trakcie wzrostu paznokcia dochodzi do różnego rodzaju zaburzeń. Jednym z nich jest wrastanie paznokci, kiedy łożysko paznokcia jest węższe niż płytka. Wtedy boczna część paznokcia

wrasta w dół w otaczającą tkankę, co prowadzi do powstania stanu zapalnego i obrzęku tkanek miękkich, a następnie może pojawić się ziarnina i wtórna infekcja. Najczęściej problem dotyczy paznokci paluchów stóp. Główne przyczyny prowadzące do wrastania to: stały ucisk na wał paznokcia, uraz, noszenie za wąskiego, za ciasnego lub za szerokiego obuwia bądź obuwia na wysokich obcasach, nieprawidłowo-

we obcinanie paznokci oraz zmiany ortopedyczne i cechy dziedziczne [2-4]. Problem wrastającego paznokcia (*unguis incarnatus, onychocryptosis*) dotyczy osób w wieku 15-40 lat, częściej mężczyzn [2], a niekiedy także dzieci [5].

Można wyróżnić dwa typy wrastającego paznokcia:

- młodzieńczy: płaska płytka paznokciowa z „mięsistym” wałem paznokciowym,



Ryc. 1

Pacjent, lat 35: a) przed leczeniem, b) po 10 tygodniach leczenia.

Patient 35-years-old: a) before treatment, b) after 10 weeks of treatment.



Ryc. 2

Pacjentka, lat 11:

a) przed leczeniem,  
b) po 3 tygodniach leczenia.

Female patient 11-years-old:  
a) before treatment, b) after  
3 weeks of treatment.

- dorosły: płytka paznokciowa wysklepiona, z tendencją do rolowania [5,6].

W zależności od nasilenia zmian wyróżnia się trzy ich stopnie:

- 1) z rumieniem, obrzękiem i niewielkimi dolegliwościami bólowymi,
- 2) z rumieniem, obrzękiem, wysiękiem i niepokojącym bólem,
- 3) z rumieniem, obrzękiem, wysiękiem, ziarniną i dużymi dolegliwościami bólowymi [2,4].

W leczeniu wrastającego paznokcia stosuje się metody chirurgiczne i zachowawcze.

**Leczenie chirurgiczne** obejmuje różne metody, takie jak:

1) metoda Barletta, polegająca na wycięciu fragmentu skóry i tkanki podskórnej w kształcie elipsy wzdłuż bocznego brzegu palca w niepowikłanym infekcją wrastaniu,

2) metoda Quena, polegająca na wycięciu bocznego brzegu paznok-

## Metody leczenia zachowawczego wrastającego paznokcia – doświadczenia własne

### STRESZCZENIE

**Słowa kluczowe:** wrastający paznokieć, paznokieć rurkowy, kłamrowanie paznokcia, leczenie zachowawcze wrastającego paznokcia

Problem wrastającego paznokcia dotyczy osób w różnym wieku, częściej jednak dotyka młode osoby, głównie młodych mężczyzn. Dotychczasowe zalecane metody leczenia chirurgicznego często okazują się nieskuteczne i szybko dochodzi do nawrotu. Dlatego konieczne jest stosowanie innych metod, np. leczenia zachowawczego. W pracy przedstawiono takie metody leczenia zachowawczego, jak tamponada, szynowanie, kłamrowanie.

Metoda kłamrowania jest znana od lat i stosuje się ją w leczeniu wrastającego paznokcia oraz do korekty innych deformacji paznokciowych. Leczenie zachowawcze, na podstawie przeprowadzonych obserwacji, okazało się skuteczne, proste, nieinwazyjne i bezpieczne.

### Methods of the conservative treatment of ingrowing nail – own experiences

#### SUMMARY

**Key words:** ingrowing toenail, fingernail tubular, curly nails, nail bracing, conservative treatment

Ingrowing nail problem applies to people of all ages, but more often affects young people, mostly young men. Previous recommended methods of surgical treatment are often ineffective and quickly come to relapse. Therefore, it is necessary to use other methods such as conservative treatment. The paper presents a method of conservative treatment such as tamponade, alveolar braces.

This braces method is known for years for treatment of ingrowing nail and for the correction of other deformities. Conservative treatment on the basis of the observation proved to be effective, simple, non-invasive and safe.

cia z fragmentem wału paznokciowego w przypadku towarzyszącej przewlekłej infekcji lub obecnej zakażonej ziarniny [4],

3) metoda brzeżnej resekcji płytki paznokciowej, z fenolizacją macierzy [7],

4) metoda laserowa przy użyciu lasera CO<sub>2</sub> lub Nd:YAG, polegająca na wycięciu eliptycznym wału paznokciowego i zniszczeniu fragmentu macierzy strumieniem światła lasera [2,4].

Natomiast leczenie zachowawcze obejmuje metodę tamponady, szynowania i kłamrowania.

Metoda kłamrowania jest znana od lat. Stosuje się ją w leczeniu wra-

stającego paznokcia oraz do korekty innych deformacji paznokciowych. Dostępne są różne rodzaje klamer korygujących: z tworzywa sztucznego (klamra B/S Quick), metalowo-plastikowa (Onyclip), klamra sprężynowa, klamra drutowa (VHO, 3TO, Ora, według Frase-ra). Metoda kłamrowania, mimo że znana od lat 60. XX wieku, dopiero w ostatnim okresie zaczęła rozwijać się i zaistniała jako forma leczenia wrastającego paznokcia i korekty zniekształceń paznokci. Jest dobrą, skuteczną, nieinwazyjną metodą, w wielu przypadkach nawet skuteczniejszą od leczenia chirurgicznego.

## Materiał i metody

Autorka niniejszej pracy na podstawie danych z piśmiennictwa oraz własnych doświadczeń poddała analizie metody leczenia zachowawczego wrastającego paznokcia, roli edukacji pacjenta i profilaktyki oraz dokonała oceny porównawczej leczenia zachowawczego z metodami chirurgicznymi.

Od 2003 r. w prywatnej praktyce autorki stosowano różne metody leczenia wrastającego paznokcia, początkowo głównie metodę chirurgiczną, z brzeżnym wycięciem brzegu płytki paznokcia. Jednak pojawienie się nawrotów oraz wywiad u nowych pacjentów, zgłaszających się z nawrotem po uprzednim leczeniu chirurgicznym, spowodował konieczność przeanalizowania innych metod leczniczych. Od roku 2004 wprowadzono leczenie zachowawcze i takie techniki, jak tamponada, szynowanie oraz kłamrowanie.

W pracy poddano ocenie wyniki leczenia prowadzonego w grupie 92 pacjentów (49 mężczyzn i 43 kobiet), w wieku od 2 do 87 lat. Chorzy zgłaszali się z dolegliwościami bólowymi, obrzękiem, stanem zapalnym lub ziarniną. Decyzję o zastosowaniu odpowiedniej metody podejmował lekarz na podstawie obrazu chorobowego, stopnia wra-

Tabela 1 Kliniczna charakterystyka pacjentów z wrastającym paznokciem Clinical characteristics of patients with ingrowing nail		
Oceniana cecha	Liczba przypadków	%
<b>Wrastanie</b>		
jednostronne	68	73,9%
obustronne	24	26%
palec stopy prawej	68	73,9%
palec stopy lewej	12	13%
palce obu stóp	9	9,8%
wrastanie w opuszkę	3	3,3%
<b>Objawy towarzyszące</b>		
ziarnina	23	25%
szponowatość	4	4,3%
grzybica	19	20,6%
cukrzyca	7	7,6%
nadpotliwość	23	25%
Leczenie pierwotne	60	65,2%
Leczenie po nawrocie (po leczeniu chirurgicznym)	32	34,8%

stania, nasilenia odczynu zapalnego, obecności ziarniny, dolegliwości bólowych. Terapię prowadzono przy ścisłej współpracy lekarza i pielęgniarki-podologa.

Wrastanie paznokcia paluchów stwierdzono na jednej lub obu stopach – u 68 chorych na stopie pra-

wej, u 12 na stopie lewej, natomiast zajęcie paluchów obu stóp wystąpiło u 9 pacjentów. Wrastanie w opuszkę występowało u 3, a ziarnina u 23 chorych. Innego rodzaju zmiany w obrębie paluchów, takie jak rurkowaty paznokieć, stwierdzono u 3 pacjentów, a u 4 osób – paznokieć szponowaty. W grupie 19 chorych wykazano obecność zakażenia grzybiczego i zastosowano odpowiednie leczenie.

Charakterystykę kliniczną badanych chorych przedstawiono w tabeli 1.

W trakcie leczenia wrastającego paznokcia zalecano stosowanie tamponady z użyciem waty, gazy lub ligniny. Zakładano elastyczną rurkę Sulci-Protektor według Rossa-Frasera oraz kłamrę Onyclip, Erik-technik lub 3TO. Głębokość wrastania oceniano poprzez wprowadzenie odpowiedniego zgłębnika zaopatrzony w delikatny pilnik na



Ryc. 3

Pacjent, lat 40, paznokieć rurkowaty, z grzybicą, po wcześniejszym leczeniu chirurgicznym: a) przed leczeniem, b) po 4 miesiącach leczenia.

Patient 40-years-old, tubular nail with fungal infection, after previous surgical treatment: a) before treatment, b) after 4 months of treatment.

końcu, co pozwalało na jednoczesne opiłowanie wystającego fragmentu paznokcia oraz zniesienie dolegliwości bólowych. Leczenie rozpoczęto od założenia tamponady lub elastycznej rurki i od nauki zasad odpowiedniej pielęgnacji paznokci stóp. W następnej kolejności nakładano odpowiedni rodzaj klamry.

W przypadku dolegliwości bólowych celem łatwiejszego zaopatrzenia paznokcia stosowano znieczulenie miejscowe poprzez nałożenie na wał paznokciowy roztworu 20% lignokainy. Wraz ze zmniejszaniem odczynu zapalnego, wszelkie manipulacje w tej okolicy stawały się stopniowo bezbolesne. W przypadku odklejenia klamry lub przy stwierdzeniu działania małej siły odciągającej zakładano nową klamrę. W leczeniu stosowano także zewnętrzne środki odkażające oraz 1% roztwór neomycyny lub gentamycyny i tamponadę nasączoną przed założeniem antybiotykami. Klamra była utrzymywana do czasu całkowitego odrostu prawidłowej płytki paznokciowej, stwierdzenia braku penetracji wału paznokciowego przez brzeg paznokcia lub zmiany kształtu paznokcia.

Początkowo, zwłaszcza wówczas, gdy stwierdzano dużą ziarninę, kontrole odbywały się co 2-3 dni, po uzyskaniu poprawy i nałożeniu klamry przeprowadzano kontrolę co 2 tygodnie, następnie raz w miesiącu

lub rzadziej. Obserwacja procesu leczenia trwała od 4 do 12-20 tygodni.

## Wyniki

Wykonano 90 tamponad, u 33 pacjentów przeprowadzono leczenie metodą szynowania (rurki sulci protector), w grupie 39 pacjentów założono 81 klamer, u 20 chorych założono 26 klamer 3TO. Okres trwania dolegliwości od momentu ich pojawienia się wynosił od kilku tygodni do 10 lat. Wcześniejsze leczenie metodą chirurgiczną (od 1 do 4 razy) podawało w wywiadzie 32 pacjentów.

Kontrole po upływie 3 miesięcy od zakończenia leczenia wykazały brak nawrotów, po 6 miesiącach nawrót pojawił się u 4 mężczyzn z powodu zbyt wczesnego zaniechania noszenia klamry lub urazu. Metodami zachowawczymi leczono:

- wrastający paznokieć jedno lub dwustronnie,
- wrastanie paznokcia w opuszkę od strony wolnego brzegu paznokciowego (po urazie, zdjęciu chirurgicznym paznokcia),
- paznokieć rurkowaty.

W jednym przypadku, u 8-letniego dziecka, leczenie zachowawcze zastąpiono leczeniem chirurgicznym, ze względu na brak współpracy między lekarzem i rodzicami.

U najmłodszego, 2-letniego pacjenta, wystarczyły tamponady.

**Tabela 2**  
Wyniki leczenia zachowawczego wrastającego paznokcia  
Results of conservative treatment of ingrowing nail

Inwazyjność	niewielka lub brak
Ból pozabiegowy	brak
Czas trwania dolegliwości po zabiegu	brak
Niezdolność do pracy	brak
Infekcja pozabiegowa	brak nasilenia stanu zapalnego
Nawroty	ok. 4%

W wyniku zastosowanego leczenia uzyskano ustąpienie dolegliwości. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 2.

## Omówienie

Problem wrastającego paznokcia lub dolegliwości bólowych związanych ze zniekształceniem płytki paznokciowej dotyczy zarówno dzieci, jak i dorosłych. Najczęściej dotyczyła młode osoby, głównie mężczyźni. Wrastaniu towarzyszą dolegliwości bólowe, a także zapalenie bocznej części wału okołopaznokciowego, obrzęk palca, sączenie treści surowiczo-ropnej, niekiedy ograniczenia w poruszaniu się, uprawianiu sportów lub noszeniu obuwia. Dotychczas stosowane jest leczenie metodami chirurgicznymi bądź zachowawczymi.

**Leczenie zachowawcze** jest skuteczne, możliwe do zastosowania właściwie w każdej postaci i stopniu zaawansowania wrastania paznokcia. W tej metodzie stosowane są:

- 1) środki odkażające,
- 2) metoda tamponady, polegająca na podkładaniu pod paznokieć



Ryc. 4

Pacjentka, 87 lat: a) przed leczeniem, b) po 4 tygodniach leczenia.

Patient 87-years-old: a) before treatment, b) after 4 weeks of treatment.



Ryc. 5

Pacjentka, lat 19: a) przed leczeniem, b) po 7 miesiącach, c) po roku leczenia.

Female patient 19-years-old: a) before treatment, b) after 7 months, c) after 1 year of treatment.

ruloników (np. z waty),

3) metoda szynowania na elastycznej rurce [2,3],

4) metoda klamrowania.

Metoda tamponady polega na umieszczeniu pod płytką paznokciową, w wale paznokciowym, materiału opatrunkowego (gaza, wata, lignina). Umieszczenie opatrunku stanowi element podpory dla płytki paznokciowej, odpycha ją od wału paznokciowego bądź wolnego brzegu opuszki paznokciowej, co pozwala na uzyskanie nowego „toru” wzrostu paznokcia. Jednocześnie w przypadku stanu zapalnego dochodzi do wchłaniania wydzieliny ropnej oraz płynu tkankowego. Przy nasączeniu opatrunku odpowiednimi środkami, np. antybiotykiem, uzyskuje się działanie przeciwzapalne i przeciwbakteryjne.

Metoda szynowania na elastycznej rurce polega na umieszczeniu takiej rurki między wałem paznokciowym a ostrym brzegiem paznokcia w celu ochrony przed uciskiem paznokcia i jako zabezpieczenie dla rosnącej płytki paznokciowej.

Metoda klamrowania polega na zastosowaniu różnego rodzaju klamer korygujących, takich jak: klamra z tworzywa sztucznego (B/S, B/S Quick, Erik-technik), metalowo-plastikowa (Onyclip), klamra sprężynowa, klamra drutowa

(VHO, 3TO, Ora, według Frasera), klamra ze stali szlachetnej.

Klamra BS jest bezpośrednio naklejana na płytkę paznokciową, a klamra BS Quick znajduje się na folii nośnikowej i za jej pośrednictwem zostaje przyklejona. Siła odciągająca jedno- lub dwustronna pociąga paznokciec do góry. Może być stosowana w przypadku paznokci cienkich i łamliwych oraz u dzieci, ze względu na niewielką siłę odciągającą.

Klamra plastikowo-drutowa „Podofix”, w której istnieje możliwość regulacji napięcia drutu naciągającego, sprawdza się przede wszystkim u dzieci, ze względu na łatwość jej nałożenia (naklejenia) i możliwość regulacji siły odciągającej.

Innym rodzajem klamry jest tzw. Erik-technik, składająca się z dwóch elementów plastikowych haczykowych, które zostają przyklejone do płytki paznokciowej, a następnie na nich mocuje się odpowiedniej wielkości gumkę. Ten rodzaj klamry pozwala na indywidualny (zależny od miejsca wrastania, zniekształcenia paznokcia, a także od doświadczenia osoby leczącej) sposób naklejenia haczyków. Sprawdza się w przypadku paznokci zarówno małych, dziecięcych, cienkich, jak i w przypadku istnienia odczynu zapalnego, ziarniny przypaznokciowej.

Klamra metalowo-plastikowa (Onyclip) jest docinana do odpowiedniej długości i po stopieniu brzegów naklejana bezpośrednio na płytkę paznokciową. Jest stosowana przede wszystkim w przypadku paznokci różnej wielkości, grubszych i szerszych. Ze względu na umieszczenie w części środkowej metalowej wstawki, posiada wzmocnioną siłę odciągającą. Może działać jednostronnie lub dwustronnie.

Naklejane klamry (Onyclip, Erik-technik) mogą być stosowane w pierwszej kolejności w przypadku ziarniny, znacznego stanu zapalnego, kiedy założenie klamry drutowej jest niemożliwe ze względu na duże dolegliwości bólowe. Dopiero po uzyskaniu poprawy nakładane są klamry drutowe.

W leczeniu wrastającej płytki paznokciowej znalazły zastosowanie klamry drutowe: VHO, Ora, 3TO, Frasera. Najstarszą i pierwszą klamrą była klamra zastosowana w 1964 przez ortodontę Rossa Frasera. Założenie klamry wymagało wcześniejszego gipsowego odlewu, wykonywanego w celu dokładnego dopasowania klamry. Przeszkodą w jej stosowaniu był niejednokrotnie stan zapalny skóry otaczającej paznokciec. Inną klamrą drutową jest trzyczęściowa klamra VHO Osthold lub 3TO. Klamra 3TO jest wykona-



Ryc. 6

Pacjent, lat 22, z grzybicą i wrastaniem paznokcia: a) przed leczeniem, b) po 6 miesiącach.

Patient 22-years-old with fungal nail and ingrowing: a) before treatment, b) after 6 months.

na ze stali chirurgicznej i ma możliwość regulacji napięcia. Klamry mogą być stosowane w przypadku paznokci twardych, mocnych oraz cienkich i łamliwych. Zaleca się ich zakładanie także w przypadku stanu zapalnego. W 1985 roku po raz

pierwszy zastosowano klamrę ze złota pod postacią cienkiego paska (0,1 mm), nakładaną na płytkę paznokciową.

Leczenie zachowawcze wymaga od lekarza cierpliwości oraz poświęcenia pacjentowi odpowiednio wiele uwagi i czasu. Właściwa edukacja pacjenta: wyjaśnienie zasad pielęgnacji, nauczenie prawidłowego obcinania paznokcia, a nawet wykonywania tamponady, przynosi bardzo dobre i długotrwałe efekty. Pacjent początkowo lekceważy objawy i dolegliwości związane z wrastaniem płytki paznokciowej. Zgłasza się do lekarza często z nasilonym stanem zapalnym, ziarniną i znacznymi dolegliwościami bólowymi. Wówczas najczęściej polecaną metodą jest leczenie chirurgiczne, na które pacjenci decydują się mimo świadomości późniejszych dolegliwości. Niestety, leczenie chirurgiczne, nawet z wycięciem brzeżnym, nie zawsze przynosi poprawę. Często stosowane jest tylko zdjęcie płytki paznokciowej, które nie koryguje jej wzrostu. Po leczeniu chirurgicznym pacjent często nie zostaje odpowiednio pouczony co do dalszego postępowania i możliwości ewentualnego nawrotu bądź nie stosuje się do dalszych zaleceń, co wynika zapewne z przeświadczenia, że leczenie chirurgiczne jest w stu procentach skuteczne.



Ryc. 7

Pacjentka, lat 17: a) przed leczeniem, b) po 3 tygodniach leczenia.  
Female patient 17-years-old: a) before treatment, b) after 3 weeks of treatment.

W badaniu własnym wcześniejsze obserwacje nawrotów po leczeniu chirurgicznym były powodem zainteresowania się innymi sposobami terapii, które okazały się skuteczniejsze i bezpieczniejsze, a także małoinwazyjne, nieskomplikowane i możliwe do przeprowadzenia w warunkach ambulatoryjnych, bez zwolnienia lekarskiego.

W obecnej pracy przedstawiono wyniki długotrwałej obserwacji (nawet do 4 lat) i wykazano wysoką skuteczność leczenia zachowawczego. Po odpowiednim opracowaniu paznokcia, założeniu tamponady, a następnie klamry, uzyskiwano szybkie zniesienie dolegliwości bólowych. Stwierdzono, że stan zapalny czy ziarnina, zwłaszcza przy leczeniu wspomagającym antybiotykami stosowanym zewnętrznie, zmniejsza się w ciągu kilku lub kilkunastu dni. Noszenie klamry nie stanowi ograniczenia w codziennych czynnościach, uprawianiu sportów bądź w wyborze estetycznego obuwia. Jednak ten rodzaj leczenia wymaga znacznej cierpliwości. Zdarzało się, że pacjenci po ustąpieniu stanu zapalnego i dolegliwości bólowych przerywali terapię, ale zaraz po pojawieniu się po raz kolejny nawet niewielkiego bólu czy obrzęku zgłaszali się na dalsze leczenie i kontynuowali je bez przeszkód. Dlatego tak istotna jest edukacja, podkreślenie profilaktyki, jak również wyjaśnienie, że choroba ma charakter nawrotowy.

Najczęstszym błędem popełnianym przez pacjenta, prowadzącym do wrastania płytki paznokciowej, jest zbyt głębokie wycinanie bocznych krawędzi paznokcia. Pacjent w trakcie leczenia musi zachować szczególną ostrożność w ochronie okolicy leczonej, musi unikać urazów, ograniczyć uprawianie sportów (głównie piłki nożnej). Należy również przestrzec chorego przed samodzielnym, zbyt głębokim wprowadzaniem nożyczek, pilników i in-

nych narzędzi, prowadzącym do uszkodzenia wału paznokciowego. Jednocześnie istotne znaczenie ma podkreślenie, że paznokcie należy obcinać w linii prostej. Ważnym czynnikiem jest także dobór obuwia, ponieważ ciasne i wąskie buty wywierają ucisk, co w konsekwencji powoduje wypuklenie płytki paznokciowej, zagięcie ku dołowi jej brzegów oraz urazy tkanki, prowadzące do wystąpienia stanu zapalnego. Natomiast noszenie obuwia zbyt szerokiego może doprowadzić do wrastania paznokcia w wyniku jego wykruszenia lub złamania. Jak wynika z obserwacji innych autorów, dzieci i młodzież często mają źle dobrane obuwie [6]. Bardzo ważne jest dobieranie obuwia sportowego, odpowiedniego do rodzaju uprawianego sportu i w dobrze dopasowanym rozmiarze.

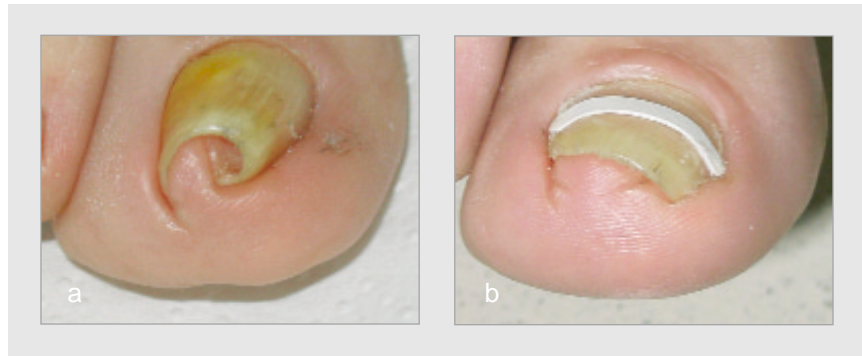
Metoda kłamrowania sprawdza się również jako forma zapobiegania nawrotom wrastania paznokcia. W wyniku danych uzyskanych od pacjentów wcześniej leczonych chirurgicznie, u których doszło do szybkiego nawrotu lub zniekształcenia płytki paznokciowej, zastosowano w krótkim czasie po leczeniu chirurgicznym kłamerę Onyclip lub Erki-technik, aby uzyskać minimalnie inny tor wzrostu paznokci, a tym samym uniknąć nawrotu lub wrastania od strony opuszki.

Oczywiście leczenie zachowawcze nie zawsze może zastąpić leczenie chirurgiczne. Jednak połączenie metod leczenia – chirurgicznego i kłamrowania, ich wzajemne uzupełnianie się, wydaje się właściwe ze względu na osiągnięty efekt terapeutyczny oraz brak nawrotów.

## Wnioski

Na podstawie uzyskanych wyników badań własnych, jak również danych z piśmiennictwa można stwierdzić, że:

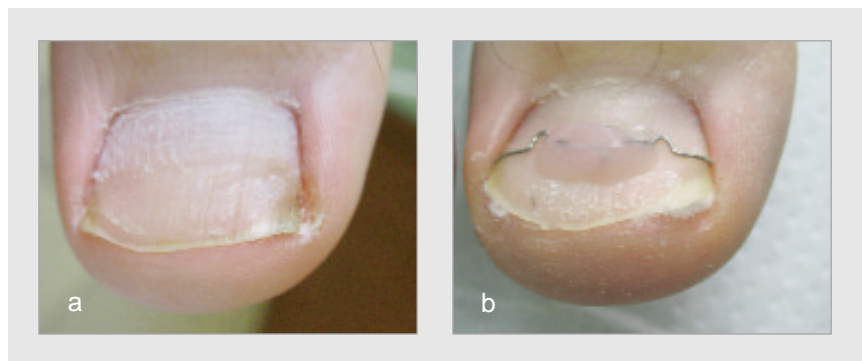
- Metody leczenia zachowawczego wrastających paznokci są bez-



Ryc. 8

Pacjentka, lat 55, z rurkowatym paznokciem i cukrzycą:  
a) przed leczeniem, b) po 5 miesiącach.

Female patient 55-years-old, tubular fingernail and diabetes:  
a) the pre-treatment, b) after 5 months.



Ryc. 9

Pacjent, lat 25: a) przed leczeniem, b) po 5 miesiącach.

Patient 25-years-old: a) before treatment, b) after 5 months.

pieczne, proste i praktyczne.

- Nieskomplikowana tamponada może być wykonywana samodzielnie przez pacjenta, jako forma zapobiegania wrastaniu paznokcia.

- Metoda szynowania, w postaci zakładania specjalnych elastycznych rureczek, zapobiega pogłębianiu się dolegliwości i przyspiesza ustępowanie stanu zapalnego.

- Różne, odpowiednio dobrane formy kłamrowania pozwalają na skuteczne leczenie nie tylko wrastającego paznokcia, lecz także paznokcia zniekształconego w wyniku urazu lub rurkowatego, a także na bezpieczne i skuteczne leczenie zmian w obrębie paznokci u cho-

rych z cukrzycą.

- Bardzo istotna dla skuteczności leczenia jest edukacja pacjenta, odpowiednia profilaktyka, a także chęć współpracy między lekarzem a podologiem, który może przejąć edukację pacjenta i bieżącą kontrolę leczenia.

Metody leczenia zachowawczego wrastającego paznokcia są coraz częściej stosowane, chociaż obecnie brakuje i lekarzom, i pacjentom wiedzy na temat profilaktyki oraz nieinwazyjnych możliwości korekty i leczenia. Podsumowując można stwierdzić, że metody leczenia zachowawczego są proste, nieinwazyjne, bezpieczne i skuteczne.

## PIŚMIENNICTWO

1. Braun-Falco O., Plewig G., Wolff H.H., Burgdorf W.H.: Dermatologia. t. II, Wyd. Czelej, 2004: 1073-1089.
2. Andre P.: Ingrowing nails and carbon dioxide laser surgery. J Eur Acad Dermatol Venerol, 2003, 17(3): 288-290.
3. Nazari S.A.: Simple and practical method in treatment of ingrown nails: splinting by flexible tube. J Eur Acad Dermatol Venerol, 2006, 20(10): 1302-1306.
4. Kozak J., Kaszuba A.: Brzeźna resekcja płytki paznokciowej z fenolizacją macierzy w leczeniu wrastającego paznokcia. Dermatol. Estetyczna, 2003, 4(27): 177-180.
5. Martínez-Nova A., Sánchez-Rodríguez R., Alonso-Peña D.: A new onychocryptosis classification and treatment plan. J Am Podiatr Med Assoc, 2007, 97(5): 389-393.
6. Załęska-Żyłka I.: Higiena stóp w profilaktyce unguis incarnatus. Probl. Hig. Epidemiol., 2009, 90(1): 18-21.
7. Żaba R., Król J., Karoń J., Żaba Z.: Leczenie paznokcia wrastającego. Dermatol. Estetyczna, 2000, 3(8): 100-108.

## Adres do korespondencji:

Joanna Magdziarz-Orlitz  
Solmed – Centrum Medycyny Estetycznej i Dermatologii  
ul. Botaniczna 32,  
42-200 Częstochowa

## Centrum Szkoleniowe Dermatologii Estetycznej „Dermed” zaprasza na kursy szkoleniowe z dermatologii estetycznej

### ■ LASERY, PEELINGI, MEZOTERAPIA, WYPEŁNIACZE, BEAU-VISAGE

Zastosowanie technik laserowych w dermatologii estetycznej. Usuwanie nadmiernego owłosienia, naczyń, przebarwień. Laserowe fotoodmładzanie skóry twarzy. Peelingi w dermatologii estetycznej – wskazania, przeciwwskazania, procedury. Beau-Visage – obiektywna ocena stanu zmarszczek, naczyń krwionośnych, zmian barwnikowych i stopnia starzenia postłonecznego skóry. Ekskluzywna linia produktów Restylane®.

**Terminy kursu:** 27/28.02.2010; 24/25.04.2010; 11/12.09.2010; 6/7.11.2010

### ■ KURS 3 a, b, c, d: DERMOSKOPIA, SIASKOPIA, PEELINGI, MEZOTERAPIA. BEAU-VISAGE

Nowoczesne metody diagnostyki dermoskopowej w praktyce dermatologicznej. Różnicowanie obrazów dermoskopowych. SIAskopia – ocena zmian barwnikowych skóry. Techniki łączone w terapii objawów starzenia skóry. Beau-Visage – obiektywna ocena stanu zmarszczek, naczyń krwionośnych, zmian barwnikowych i stopnia starzenia postłonecznego skóry.

**Terminy kursu:** 6/7.03.2010; 8/9.05.2010; 18/19.09.2010; 13/14.11.2010

### ■ KURS 4 a, b, c, d: TOKSYNA BOTULINOWA W PRAKTYCE DERMATOLOGICZNEJ. PEELINGI. BEAU-VISAGE

Toksyna botulinowa w korekcji zmarszczek twarzy oraz w leczeniu nadpotliwości. Techniki podstawowe i zaawansowane. Peelingi. Beau-Visage – obiektywna ocena stanu

zmarszczek, naczyń krwionośnych, zmian barwnikowych i stopnia starzenia postłonecznego skóry.

**Terminy kursu:** 13/14.03.2010; 15/16.05.2010; 25/26.09.2010; 20/21.11.2010, 11/12.12.2010

### ■ KURS 5 a, b, c, d: WYPEŁNIANIE TKANEK, PEELINGI. MEZOTERAPIA. TOKSYNA BOTULINOWA. BEAU-VISAGE. LIPOLIZA FARMAKOLOGICZNA

Metody korekcji zmarszczek i defektów skóry twarzy. Poprawa kondycji powiek górnych i dolnych. Peelingi chemiczne. Mezoterapia w chorobach skóry. Beau-Visage – obiektywna ocena stanu zmarszczek, naczyń, zmian barwnikowych i stopnia starzenia postłonecznego skóry. Lipoliza farmakologiczna.

**Terminy kursu:** 27/28.03.2010; 22/23.05.2010; 02/03.10.2010; 27/28.11.2010

### ■ KURS 6 a, b, c, d, e: WYPEŁNIENIA TKANEK. PEELINGI. MEZOTERAPIA. TOKSYNA BOTULINOWA. BEAU-VISAGE

Metody korekcji zmarszczek i defektów skóry twarzy – techniki podstawowe. Peelingi, mezoterapia, mezoterapia bezigłowa. Metody leczenia objawów starzenia skóry twarzy (toksyna botulinowa). Modelowanie twarzy i wypełnienie linii zmarszczek – techniki zaawansowane. Beau-Visage – obiektywna ocena stanu zmarszczek, naczyń krwionośnych, zmian barwnikowych i stopnia starzenia postłonecznego skóry.

**Terminy kursu:** 12/13/14.02.2010; 9/10/11.04.2010; 28/29/30.05.2010; 25/26/27.06.2010; 8/9/10.10.2010; 3/4/5.12.2010

### Informacje i zgłoszenia:

Centrum Szkoleniowe Dermatologii Estetycznej „Dermed”  
ul. Piotrkowska 48, 90-265 Łódź, tel. 42 663 14 41, e-mail: gabinety@dermed.com.pl  
[www.dermed.com.pl](http://www.dermed.com.pl)