2023. Том 10. № 4
2023. Vol 10. № 4

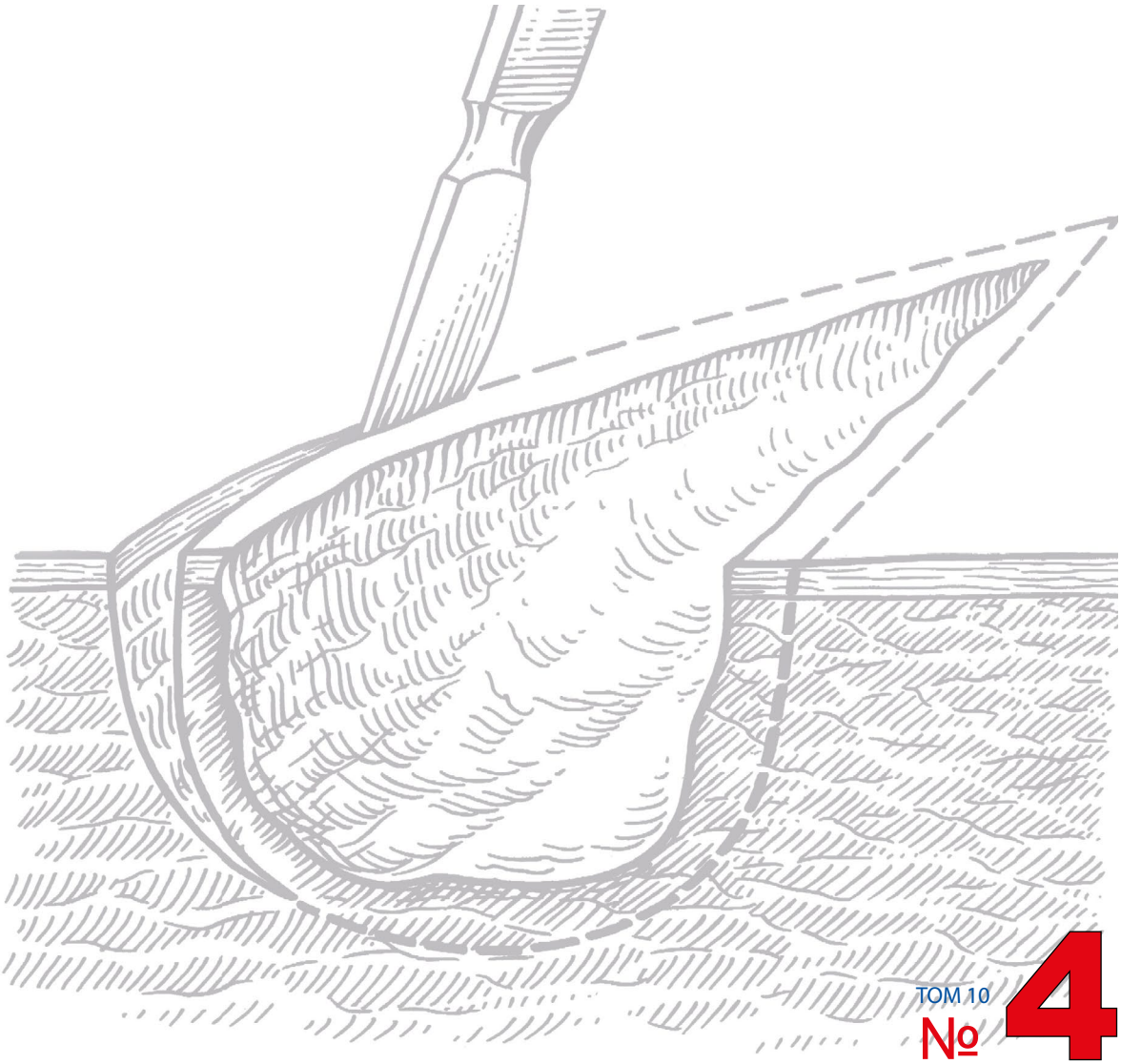
ISSN 2408-9613 (Print)
ISSN 2500-0594 (Online)

Журнал имени проф. Б.М. Костючёнка

РАНЫ И РАНЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ

WOUNDS and WOUND INFECTIONS

THE PROF. B.M. KOSTYUCHENOK JOURNAL



ТОМ 10
№ 4
2023

www.riri.su

Региональная общественная организация
«Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции»

115054, Москва, ул. Бахрушина, д. 23, стр. 1, тел. 8 (495) 514-5998

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас стать членами Региональной общественной организации «Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции»! Весь перечень документов, необходимых для вступления в Общество, представлен на сайте: www.woundsurgery.ru. Мы принимаем документы как в электронном виде (ws@woundsurgery.ru), так и на проводимых нами мероприятиях (ищите стойку Общества рядом со стойкой регистрации).

Привилегии для членов Общества:

- *бесплатная подписка на ежеквартальное рецензируемое научно-практическое издание «Раны и раневые инфекции. Журнал имени профессора Б.М. Костючёнка»;*
- *регулярная рассылка информации обо всех проводимых Обществом научных и учебных мероприятиях (конгрессы, конференции, школы, семинары, круглые столы);*
- *рассылка Национальных клинических рекомендаций, публикуемых Обществом;*
- *участие во всех мероприятиях, проводимых Обществом, без уплаты регистрационных взносов.*

Президент РОО «Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции»,
Валерий Митиш

РОО «Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции» 10 лет

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И БИОФИЗИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ТЕРАПИИ РАН И ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОЧАГОВ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ»

21–22

мая 2024

Москва

Информация о конференции на сайте:

www.woundsurgery.ru

РАНЫ
И РАНЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ
ЖУРНАЛ ИМ. ПРОФ. Б. М. КОСТЮЧЁНКА

С 2014 г. журнал включен в Научную электронную библиотеку и Российский индекс научного цитирования (РИНЦ), имеет импакт-фактор

С 2015 г. журнал зарегистрирован в CrossRef, статьи индексируются с помощью цифрового идентификатора DOI

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

www.riri.su

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
В. А. Митиш

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА
Ю. С. Пасхалова

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ
П. В. Мединский

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ
В. Г. Амчеславский, *д.м.н., проф. (Москва)*
В. Г. Багаев, *д.м.н. (Москва)*
Н. В. Белобородова, *д.м.н., проф. (Москва)*
Л. А. Блатун, *к.м.н., доцент (Москва)*
Л. К. Брижань, *д.м.н., проф. (Москва)*
Л. И. Будкевич, *д.м.н., проф. (Москва)*
С. П. Глянцев, *д.м.н., проф. (Москва)*
В. К. Гостищев, *академик РАН, д.м.н., проф. (Москва)*
В. Э. Дубров, *д.м.н., проф. (Москва)*
К. А. Еагизарян, *д.м.н., проф. (Москва)*
И. А. Ерошкин, *д.м.н. (Москва)*
А. А. Завражнов, *д.м.н., проф. (Санкт-Петербург)*
А. А. Звягин, *д.м.н., проф. (Москва)*
В. М. Захаревич, *д.м.н., проф. (Москва)*
С. Я. Ивануса, *д.м.н., проф. (Санкт-Петербург)*
О. С. Исхаков, *д.м.н. (Москва)*
О. В. Карасева, *д.м.н. (Москва)*
Н. А. Коновалов, *член-корр. РАН, д.м.н., проф. (Москва)*
В. А. Кубышкин, *академик РАН, д.м.н., проф. (Москва)*
Н. Е. Мантурова, *д.м.н. (Москва)*
В. Ю. Мерзляков, *д.м.н. (Москва)*
Я. Г. Мойсюк, *д.м.н., проф. (Москва)*
И. Е. Онницев, *д.м.н., проф. (Москва)*
В. А. Попов, *д.м.н., проф. (Москва)*
А. Ю. Разумовский, *член-корр. РАН, д.м.н., проф. (Москва)*
И. В. Решетов, *академик РАН, д.м.н., проф. (Москва)*
О. О. Саруханян, *д.м.н., проф. (Москва)*
Ж. Б. Семенова, *д.м.н. (Москва)*
С. В. Сокологорский, *д.м.н., проф. (Москва)*
А. Ю. Токмакова, *д.м.н. (Москва)*
А. В. Чжао, *д.м.н., проф. (Москва)*
В. И. Шаробаро, *д.м.н, проф. (Москва)*
С. А. Шляпников, *д.м.н., проф. (Санкт-Петербург)*
А. М. Шулутко, *д.м.н., проф. (Москва)*
П. К. Яблонский, *д.м.н., проф. (Санкт-Петербург)*

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
А. Ж. Баялиева, *д.м.н. (Казань)*
И. М. Буриев, *д.м.н, проф. (Москва)*
Е. А. Бурцева, *д.м.н. (Москва)*
С. А. Валиуллина, *д.м.н. (Москва)*
А. Б. Ларичев, *д.м.н., проф. (Ярославль)*
А. В. Торба, *д.м.н., проф. (Луганск)*
В. О. Цветков, *д.м.н. (Москва)*

ЗАРУБЕЖНЫЕ РЕДАКТОРЫ
Э. Л. Берназ, *д.м.н (Молдавия)*
Н. Вольсон, *MD, FRCSC, FACS (США)*
Ю. В. Кузьмин, *д.м.н., проф. (Белоруссия)*
С. В. Лохвицкий, *д.м.н., проф. (Казахстан)*
С. Мом, *MD, PhD (Франция)*
Л. Тео, *MD, PhD (Франция)*

ТОМ 10 № 4 2023

ОСНОВАН В 2014 Г.

Учредитель:
Региональная общественная организация «Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции»

www.woundsurgery.ru

Адрес редакции:
115054, Москва, ул. Бахрушина, д. 23, стр. 1

Статьи направлять по адресу:
e-mail: ws@woundsurgery.ru

Служба подписки и распространения
ws@woundsurgery.ru

Редактор **М. В. Игнатенко**
Корректор **Э.Р. Претро**
Выпускающий редактор **Ю. С. Пасхалова**
Верстка **Ю. И. Тузуева**

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор) ПИ № ФС77-44423 от 31.01.2014.

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на журнал «Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б. М. Костючёнка» обязательна.

Редакция не несет ответственности за содержание публикуемых рекламных материалов.

В статьях представлена точка зрения авторов, которая может не совпадать с мнением редакции.

ISSN 2408-9613 (Print)
ISSN 2500-0594 (Online)

Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б. М. Костючёнка 2023. Том 10. № 4. 1—38.
Подписной индекс в каталоге «Пресса России» — 93565
Отпечатано в типографии ООО «Роликс»

Тираж 2000 экз.

WOUNDS AND WOUND INFECTIONS

THE PROF. B. M. KOSTYUCHENOK JOURNAL

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО • РАНЫ И РАНЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ •

In 2014, the journal was included in the Research Electronic Library and the Russian Science Citation Index (RSCI) and has an impact factor

In 2015, the journal has been registered with CrossRef; its papers are indexed with the digital object identifier (DOI)

QUARTERLY PEER-REVIEWED SCIENTIFIC-AND-PRACTICAL JOURNAL

www.riri.su

EDITOR-IN-CHIEF
V. A. Mitish

DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF
Yu. S. Paskhalova

EXECUTIVE EDITOR
P. V. Medinskiy

EDITORIAL BOARD
V. G. Amcheslavskiy, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
V. G. Bagaev, *MD, DMSci (Moscow)*
N. V. Beloborodova, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
L. A. Blatun, *MD, Ph.D., CMSci (Moscow)*
L. K. Brizhan, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
L. I. Budkevich, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
S. P. Glyantsev, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
V. K. Gostishchev, *RASci Akad., MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
V. E. Dubrov, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
K. A. Eagizarian, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
I. A. Eroshkin, *MD, DMSci (Moscow)*
A. A. Zavrazhnov, *MD, DMSci, Prof. (Saint Petersburg)*
A. A. Zvyagin, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
V. M. Zakharevich, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
S. Ya. Ivanusa, *MD, DMSci, Prof. (Saint Petersburg)*
O. S. Iskhakov, *MD, DMSci (Moscow)*
O. V. Karaseva, *MD, DMSci (Moscow)*
N. A. Konovalov, *RASci Corr. Mem., MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
V. A. Kubyshkin, *RASci Akad., MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
N. E. Manturova, *MD, DMSci, (Moscow)*
V. Yu. Merzlyakov, *MD, DMSci, (Moscow)*
Y. G. Moysyuk, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
I. E. Onnitsev, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
V. A. Popov, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
A. Yu. Razumovskiy, *RASci Corr. Mem., MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
I. V. Reshetov, *RASci Akad., MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
O. O. Sarukhanyan, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
Zh. B. Semenova, *MD, DMSci (Moscow)*
S. V. Sokologorskiy, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
A. Yu. Tokmakova, *MD, DMSci (Moscow)*
A. V. Zhao, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
V. I. Sharobaro, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
S. A. Shlyapnikov, *MD, DMSci, Prof. (Saint Petersburg)*
A. M. Shulutko, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
P. K. Yablonskiy, *MD, DMSci, Prof. (Saint Petersburg)*

EDITORIAL COUNCIL
A. Zh. Bayalieva, *MD, DMSci (Kazan)*
I. M. Buriev, *MD, DMSci, Prof. (Moscow)*
E. A. Burtseva, *MD, DMSci (Moscow)*
S. A. Valiullina, *MD, DMSci (Moscow)*
A. B. Larichev, *MD, DMSci, Prof. (Yaroslavl)*
A. V. Torba, *MD, DMSci, Prof. (Lugansk)*
V. O. Tsvetkov, *MD, DMSci (Moscow)*

FOREIGN EDITORS
E. L. Bernaz, MD, DMSci, (Moldova)
N. Wolson, MD, FRCSC, FACS (USA)
Yu. V. Kuz'min, MD, DMSci, Prof. (Belarus)
S. V. Lokhvitskiy, MD, DMSci, Prof. (Kazakhstan)
S. Mom, MD, PhD (France)
L. Theo, MD, PhD (France)

VOL. 10 № 4 2023

FOUNDED IN 2014

Founder: Regional Public Organization "Surgical Society – Wounds and Wound Infections"

www.woundsurgery.ru

Editorial Office: 23 Bakhrushina, Build. 1, Moscow, 115054

Articles should be sent to e-mail: ws@woundsurgery.ru

Editor **M. V. Ignatenko**
Proofreader **E. R. Pretro**
Managing editor **Yu. S. Paskhalova**
Maker-up **Ju. I. Tuzueva**

Subscription & Distribution Service: **ws@woundsurgery.ru**

The journal was registered at the Federal Service for Surveillance of Communications, Information Technologies, and Mass Media (ПИ No. ФС77-44423 dated 31 January 2014).

If materials are reprinted in whole or in part, reference must necessarily be made to the journal "Rany i Ranevye Infektsii. The Prof. B. M. Kostyuchyonok Journal".

The editorial board is not responsible for advertising content.

The authors' point of view given in the articles may not coincide with the opinion of the editorial board.

ISSN 2408-9613 (Print)
ISSN 2500-0594 (Online)

Rany i Ranevye Infektsii. The Prof. B. M. Kostyuchyonok Journal. 2023. Volume 10. No 4. 1—38.

Pressa Rossii catalogue index: 93565
Printed at the LLC Rolix

2,000 copies

СОДЕРЖАНИЕ

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

В. А. Митиш, Ю. С. Пасхалова, Е. С. Азарова, И. В. Борисов, А. Ю. Разумовский, М. А. Голованев, М. А. Анищенко
Вросший ноготь (онихокриптоз). Проект клинических рекомендаций 6

КОНГРЕССЫ, КОНФЕРЕНЦИИ, СИМПОЗИУМЫ

Анонс научных мероприятий РОО «Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции» на 2024–2026 годы 26

Международная научно-практическая конференция «МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И БИОФИЗИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ТЕРАПИИ РАН И ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОЧАГОВ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ» 28

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ 32

CONTENTS

CASE REPORTS

V. A. Mitish, Yu. S. Paskhalova, E. S. Azarova, I. V. Borisov, A. Yu. Razumovskiy, M. A. Golovanev, M. A. Anishchenko
Ingrown toenail (onychocryptosis). Draft of clinical guidelines 6

CONGRESSES, CONFERENCES, SYMPOSIA

Regional Public Organization "Surgical Society – Wounds and Wound Infections" Scientific Events in 2024 – 2026 27

International Conference "LOCAL TREATMENT AND BIOPHYSICAL TECHNOLOGIES IN THE THERAPY OF WOUNDS AND PURULENT-NECROTIC FOCIES IN CHILDREN AND ADULTS" 30

INFORMATION FOR AUTHORS 34

Вросший ноготь (онихокриптоз). Проект клинических рекомендаций

В. А. Митиш[1, 2], Ю. С. Пасхалова[1, 2], Е. С. Азарова[3], И. В. Борисов[1, 2], А. Ю. Разумовский[4, 5], М. А. Голованев[4, 5], М. А. Анищенко[5]

[1] ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России
Россия, 117997, Москва, ул. Большая Серпуховская, д. 27

[2] ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. П. Лумумбы» Минобрнауки России
Россия, 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 8

[3] ООО «Он клиник люкс»
Россия, 109044, Москва, ул. Воронцовская, д. 8, стр. 6

[4] ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 13 им. Н. Ф. Филатова»
Департамента здравоохранения города Москвы
Россия, 123001, Москва, ул. Садовая-Кудринская, д. 15

[5] ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова»
Минздрава России
Россия, 117513, Москва, ул. Островитянова, д. 1

***Контактное лицо:** Валерий Афанасьевич Митиш, mitish01@mail.ru*

В статье представлен проект национальных клинических рекомендаций «Вросший ноготь (онихокриптоз)», разработанный экспертами федерального уровня и опубликованный на сайте www.woundsurgery.ru для использования в работе общими, гнойными, детскими хирургами, травматологами-ортопедами, эндокринологами и врачами общей практики (семейными врачами).

***Ключевые слова:** вросший ноготь, онихокриптоз, нижние конечности, диагностика, местное лечение, хирургическое лечение, реабилитация, сопутствующая терапия.*

***Для цитирования:** Митиш В. А., Пасхалова Ю. С., Азарова Е. С., Борисов И. В., Разумовский А. Ю., Голованев М. А., Анищенко М. А. Вросший ноготь (онихокриптоз). Проект клинических рекомендаций. Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б. М. Костючёнка. 2023; 10 (4): 6–24.*

cc by 4.0

DOI: 10.25199/2408-9613-2023-10-4-6-24

Ingrown toenail (onychocryptosis). Draft of clinical guidelines

V. A. Mitish[1, 2], Yu. S. Paskhalova[1, 2], E. S. Azarova[3], I. V. Borisov[1, 2], A. Yu. Razumovskiy[4], M. A. Golovanev[4], M. A. Anishchenko[5]

[1] A. V. Vishnevsky National Medical Research Center of Surgery
27 Bolshaya Serpukhovskaya Str., Moscow, 117997, Russia

[2] Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia,
8 Miklukho-Maklaya Str., Moscow, 117198, Russia

[3]OOO «On Clinic Lux»
8/6 Vorontsovskaya Str., Moscow, 109044, Russia

[4] N. F. Filatov Children's city Clinical Hospital № 13
15 Sadovaya-Kudrinskaya Str., Moscow, 123001, Russia

[5] N. I. Pirogov Russian National Research Medical University
1 Ostrovityanova Str., Moscow, 117513, Russia

The article presents the draft national clinical guidelines "Ingrown toenail (onychocryptosis)", developed by experts at the federal level and published on the website www.woundsurgery.ru for use in the work of general, purulent, pediatric surgeons, orthopedic traumatologists, endocrinologists and general practitioners (family doctors).

***Keywords:** ingrown toenail, onychocryptosis, lower extremities, diagnosis, local treatment, surgical treatment, rehabilitation, concomitant therapy.*

***For citation:** Mitish V. A., Paskhalova Yu. S., Azarova E. S., Borisov I. V., Razumovskiy A. Yu., Golovanev M. A., Anishchenko M. A. Ingrown toenail (onychocryptosis). Draft of clinical guidelines. Wounds and wound infections. The Prof. B. M. Kostyuchenok Journal. 2023; 10 (4): 6–24.*

Клинические рекомендации (проект)

Вросший ноготь (онихокриптоз)

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: L60.0

Возрастная группа: взрослые, дети

Разработчики клинических рекомендаций:

- Общероссийская общественная организация «Российское общество хирургов»;
- Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация детских хирургов»;
- Региональная общественная организация «Хирургическое общество – раны и раневые инфекции»;
- Некоммерческая профессиональная медицинская ассоциация специалистов в области подологии (подиатрии) «Национальная подологическая медицинская ассоциация».

Содержание

Список сокращений ... 8
Термины и определения ... 8
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) ... 9
1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) ... 9
1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) ... 9
1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) ... 10
1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем ... 11
1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) ... 11
1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) ... 11
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики ... 12
2.1. Жалобы и анамнез ... 12
2.2. Физикальные данные ... 12
2.3. Лабораторные диагностические исследования ... 12
2.4. Инструментальные диагностические исследования ... 13
2.5. Иные диагностические исследования ... 13
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения ... 13
3.1. Консервативное лечение ... 14
3.2. Хирургическое лечение ... 14
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов ... 15
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики ... 15
6. Организация оказания медицинской помощи ... 15
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния) ... 15
Критерии оценки качества медицинской помощи ... 15
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций ... 17
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций ... 17
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата ... 19
Приложение Б. Алгоритмы действий врача ... 19
Приложение В. Информация для пациента ... 21
Список литературы ... 22

Список сокращений

ВН	вросший ноготь
СД	сахарный диабет

Термины и определения

Вросший ноготь, или онихокриптоз – это заболевание, при котором ногтевая пластинка врастает в боковой край околоногтевого валика, что приводит к его воспалению. У детей чаще всего возникает в результате несоответствия (дисбаланса) между размером ногтевой пластины, ногтевого ложа и околоногтевых тканей.

Кератиноциты – клетки, из которых формируется эпидермис.

Онихогрифоз – это патологическое состояние, при котором ногтевые пластины на пальцах стоп деформируются, утолщаются, искривляются, загибаются и становятся похожими на птичьи когти или бараний рог.

Ониходистрофия – это собирательный термин, который используется для обозначения заболеваний ногтевого аппарата, сопровождающихся изменением цвета, формы или структуры ногтей. Самые яркие проявления ониходистрофии – ломкость ногтя и его отделение от ногтевого ложа.

Онихолизис – это состояние, при котором ногтевая пластина отслаивается от ногтевого ложа, что грозит травмой и инфицированием ногтевого ложа.

Онихомаляция – это состояние, при котором происходит патологическое размягчение ногтевой пластины (часто является симптомом системных процессов – заболеваний печени, обмена веществ, алиментарной недостаточности, мальабсорбции или гипергидроза).

Онихомикоз – это поражение ногтевых пластин грибковой инфекцией.

Онихотилломания – это компульсивное поведение, при котором человек постоянно ковыряет ногти или пытается их оторвать.

Онихошизис – поперечное расслоение ногтевой пластины без признаков воспаления.

Ортониксия – нехирургический ортопедический метод исправления формы и направления роста ногтевой пластины с помощью коррекционных систем (скоб, пластин, полимерных композитов).

Паронихия – это острое или хроническое воспаление околоногтевого валика пальцев кисти, реже – стоп.

Спикула ногтя – это избыточно выступающая часть ногтевой пластины, имеющая остроконечную форму по типу шипа, обращенного дистально-латерально, которая образуется в результате неправильного подстригания края или угла ногтевой пластины. Во время нормального роста ногтевой пластины ногтевая спикула (шип) «пронзает» и врастает в боковой околоногтевой валик.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Вросший ноготь (ВН, онихокриптоз, *onychocryptosis, unguis incarnatus, ingrown nail;* синоним – инкарнация ногтя) – патологическое врастание бокового (может быть вовлечен дистальный край и проксимальный в варианте ретронихии) края ногтевой пластинки в мягкие ткани пальца, ведущее к развитию хронического воспаления в области ногтевого валика и сопровождающееся совокупностью морфологических и функциональных изменений со стороны ногтевой пластины, ее матрикса и мягких тканей пальца. При этом каскад воспалительных и репаративных процессов может стать как хроническим, так и циклическим (наиболее частая локализация – наружный край I пальца стопы) [1].

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Непосредственной причиной, ведущей к возникновению ВН, является острая или хроническая травма ногтевой пластины с повреждением матрикса и последующим нарушением ее роста, а также повреждение окружающих тканей [1, 2].

К этому предрасполагают следующие факторы:

- ✓ глубокое, по направлению к основанию, срезание свободного и латерального края ногтевой пластинки (непрофессиональный педикюр);
- ✓ деформация пальцев стопы, в первую очередь I пальца стопы *(hallux valgus),* вследствие плоскостопия, хирургических вмешательств с повреждением ногтевого матрикса;
- ✓ перераспределение и увеличение нагрузки на I палец стопы (начало ношения высокого каблука, ношение узкой обуви, ожирение, беременность, особенности профессии);
- ✓ изменение структуры ногтевой пластины вследствие онихомикоза и гипергидроза;
- ✓ системные заболевания, приводящие к нарушению метаболических процессов [сахарный диабет (СД), псориаз, подагра, хроническая сердечная недостаточность];
- ✓ у детей основной причиной врастания ногтевой пластины являются нарушение их нормального роста и анатомическая диспропорция между ногтевой пластиной, ногтевым ложем и окружающими мягкими тканями;
- ✓ патологическая кривизна (курватура) ногтевой пластины с одной или нескольких сторон (избыточно плоская ногтевая пластина создает давление на околоногтевые ткани или выгнутая «клещевидная» ногтевая пластина создает зажим подногтевых тканей с формированием ВН);
- ✓ неудачные предшествующие хирургические вмешательства на ногтевом аппарате (применение тотальной аблации, неадекватное консервативное лечение);
- ✓ избыточный вес (формирование избыточного давления на околоногтевые ткани и нарушение нормального роста ногтевой пластины);
- ✓ формула пальцев и плюсны стопы (греческая или египетская формула с коротким или избыточно длинным I пальцем стопы по отношению ко II формируют патологические изменения в переднем отделе стопы с формированием механического конфликта между пальцами и ВН);
- ✓ значительно реже, обычно в первый год жизни, причиной возникновения ВН является его врожденная деформация;
- ✓ психические заболевания (онихотилломания, онихофагия) [3].

Микробный пейзаж при ВН в большинстве случаев составляет золотистый и гемолитический стафилококк (до 35 % случаев), стрептококк (5–10 %), грамотрицательная флора (7–20 %). Высока доля патологических грибов (до 40 %). Чаще всего гнойно-воспалительные процессы вызывают микробные ассоциации, представленные грибами и аэробно-анаэробными возбудителями (20–30 %) [1, 2].

Паронихия, связанная с боковым внедрением ногтевой пластины и образованием гранулем, вызывающих ВН, может возникать как побочный эффект при приеме антиретровирусных препаратов (противовирусные препараты системного действия), ингибиторов EGFR (рецепторов эпидермального фактора роста) и системных ретиноидов (препараты для лечения угревой сыпи системного действия) [4].

Были представлены разные теории о патогенезе ВН, которые можно разделить на две группы в зависимости от того, возникает ли проблема из-за самого ногтя или причиной его развития являются окружающие ноготь мягкие ткани.

Главная причина неудовлетворительных исходов большинства операций, в соответствии с данными литературы, заключается в том, что методика их выполнения основана на укоренившихся неверных взглядах относительно этиологии и патогенеза ВН, согласно которым ноготь будто бы врастает в ткани боковых околоногтевых валиков. В действительности же ногтевая пластина растет только в длину, ширина же ее генетически детерминирована [5].

Считается, что одним из основных предрасполагающих факторов развития ВН становится врожденное или приобретенное расширение полосы герминативного матрикса, т. е. росткового слоя ногтевой пластинки, который располагается за задним ногтевым валиком. Широкая ростковая зона ведет к формированию широкой ногтевой пластинки. Если такая пластинка в

процессе роста закругляется по бокам перпендикулярно оси роста, то может возникнуть конфликт между краями ногтевой пластинки и боковыми ногтевыми валиками. Этот конфликт приводит к возникновению хронической, длительно незаживающей раны с вторичным присоединением к ней бактериальной инфекции. При отсутствии своевременного лечения в боковых ногтевых валиках разрастается грануляционная ткань, которая, нависая над ногтевой пластинкой, деформирует ногтевую фалангу пальца [6, 7].

Согласно другой гипотезе, ВН развивается вследствие давления на ноготь сбоку или с тыльной стороны пальца, которое усиливается из-за плохо подобранной обуви. Люди с естественно изогнутыми ногтевыми пластинами более подвержены этому заболеванию [8, 9].

Неправильная техника отстригания ногтевого края является распространенным фактором риска врастания ногтей на стопах. Пытаясь избыточно «закруглить» уголки ногтей, пациенты могут непреднамеренно привести к глубокому врастанию ногтевой пластины (за счет формирования ногтевой спикулы) по мере ее роста в боковую часть ногтевого ложа. Сжатие пальца стопы может привести к сморщиванию ногтевого ложа и препятствовать росту ногтя. Часто бывает трудно добиться облегчения боли, которая усугубляет это состояние, поскольку для удаления спикулы необходимо также разрезать мягкие ткани, что усилит боль [10].

Травма является еще одним признанным фактором риска развития ВН. Воздействие тупым предметом при ходьбе в сочетании с тесной обувью или отеком стоп может привести к проникновению ногтя в околоногтевую складку. У пациентов с длиной II пальца стопы, равной или превышающей длину их ипсилатеральной складки, наблюдается повышенная частота возникновения ВН, связанного с латеродистальным давлением обувью на ногтевую складку [11–13].

Ожирение может способствовать развитию ВН с увеличением мягких тканей во всем теле и нижних конечностях, имитируя гипертрофию околоногтевой области и усиливая сдавливание обувью. Более широкая походка при ожирении может усилить давление на ногтевые складки, что может привести к скрытой травме и прогрессированию ВН. Аналогичным образом СД, а также заболевания щитовидной железы, сердца и почек могут усиливать отек нижних конечностей, имитируя влияние ожирения на ногтевой аппарат [11].

Форма ногтевого матрикса тесно связана с морфологией тыльной поверхности дистальной фаланги. Приподнятая дистальная фаланга может травмировать ногтевую пластину и углубить ногтевую бороздку, тем самым создавая несоответствие ногтевой пластины латеральной или дистальной складке ногтя и способствуя развитию онихокриптоза. Кроме того, аномальная вальгусная деформация I пальца стопы коррелирует с более высокой распространенностью ВН [14, 15].

Гипергидроз может способствовать развитию ВН на стопах, так как целостность околоногтевой кожи может быть нарушена в результате мацерации. Это особенно заметно в подростковом возрасте, когда повышенная потливость стоп наблюдается достаточно часто, увеличивая пластичность ногтевых пластин и облегчая перфорацию кожи [12].

Онихомикоз с сопутствующим гиперкератозом может привести к разрушению ногтевой пластины с образованием «ногтевых шипиков», которые способны повреждать окружающую кожу [16].

Толщина ногтевых пластин может стать фактором риска из-за снижения их гибкости, но также было высказано предположение, что повышенная пластичность тонких и уплощенных ногтей повышает риск развития ВН [17, 18]. Иными словами, любые варианты ониходистрофии могут приводить к появлению ВН.

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

По разным данным, ВН занимает 3,0–10,0 % в структуре общей заболеваемости и является одной из наиболее частых причин обращения к врачу-хирургу амбулаторно-поликлинической помощи (от 0,5 до 10,0 % пациентов). Указанное заболевание встречается чаще, чем остеомиелит, флегмона или абсцесс нижней конечности. Более 80,0 % пациентов, страдающих ВН, – это молодые люди трудоспособного возраста. Особенности течения заболевания, период восстановления после лечения, а также частота рецидивов нередко приводят к стойкой продолжительной утрате трудоспособности и снижению качества жизни [19]. У детей пик заболеваемости приходится на возраст 10–15 лет [3].

ВН встречаются почти исключительно на I пальцах стоп, которые чаще травмируются при ходьбе и могут возникать на одном или обоих краях ногтя. Поражение латерального края ногтя встречается в два раза чаще, чем медиального, что коррелирует с тем фактом, что он несет основную нагрузку веса [10, 20, 21].

Распространенность ВН на стопе и эпидемиологические данные скудны. Вероятно, информация о ВН занижена, поскольку пациенты вряд ли обращаются за медицинской помощью, если у них имеются легкие симптомы заболевания [1]. Хотя у больных ВН не выявлено существенных различий в расовой и этнической принадлежности, среди групп населения, не пользующихся обувью, наблюдаются низкие показатели заболеваемости ВН [22, 23].

ВН у пациентов с СД встречается в 13,0–32,0 %. У диабетиков и пациентов, страдающих от нарушения артериального кровообращения и снижения чувствительности в нижних конечностях, к ВН могут присоединится тяжелые гнойные осложнения и даже гангрена [11, 12, 24].

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

L60.0 – Вросший ноготь

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Одной из первых стала классификация, разработанная доктором подиатрической медицины **C. Heifetz (1937)** [25]:

Стадия	Клиническая картина
I	Небольшая эритема, отек околоногтевых синусов в ногтевом ложе
II	Острая инфекция, нагноение (супурация)
III	Хроническая инфекция с образованием грануляционной ткани и/или гипертрофией околоногтевых тканей

К современным международно признанным классификациям ВН следует отнести классификацию, разработанную доктором подиатрической медицины **Джоном Мозена/Mozena (2002)**:

Стадия	Клиническая картина
I	Эритема, умеренный отек, боль при надавливании на околоногтевой валик
IIa	Усиление симптомов I стадии, наличие инфекции и экссудата с разрастанием ногтевого валика над ногтевой пластиной <3 мм
IIb	Усиление симптомов I стадии, наличие инфекции и экссудата с разрастанием околоногтевого валика над ногтевой пластиной >3 мм
III	Усиление симптомов II стадии, наличие грануляционной ткани и гипертрофии околоногтевых тканей

И классификацию, разработанную подологом **Martinez-Nova (2007)** [26]:

Стадия	Клиническая картина
I	Эритема, отек, боль при надавливании на околоногтевой валик, ощущение давления на околоногтевой валик
IIa	Усиление боли, отек, эритема, гиперестезия, появление экссудата и/или инфекции. Разрастание околоногтевого валика над ногтевой пластиной <3 мм
IIb	Усиление боли, отек, эритема, гиперестезия, появление экссудата и/или инфекции. Разрастание околоногтевого валика над ногтевой пластиной >3 мм
III	Наличие грануляционной ткани и хронической гипертрофии околоногтевых валиков. Грануляционные или гипертрофические ткани покрывают большую часть ногтевой пластины
IV	Выраженная хроническая деформация ногтевой пластинки, околоногтевых валиков с обеих сторон. Гипертрофическая ткань полностью покрывает латеральный, медиальный, и дистальный край ногтевой пластины

Основной современной классификацией, которая используется международным подологическим (подиатрическим) сообществом, является классификация Kline (2008), разработанная доктором подиатрической медицины **A. L. Kline** [27]:

I стадия – локальное раздражение околоногтевого валика без признаков инфекции или грануляционной ткани, наличие или отсутствие в анамнезе случаев онихокриптоза;

II стадия – инфекция околоногтевого валика с выделением гноя и/или грануляционной тканью, отсутствие в анамнезе случаев онихокриптоза;

III стадия – инфекция околоногтевого валика с выделением гноя и/или грануляционной тканью, наличие в анамнезе более одного эпизода онихокриптоза пораженного края ногтя;

IV стадия – инфекционный онихокриптоз с частичным онихолизисом одного края ногтя;

V стадия – инфекционный онихокриптоз с частичным или полным онихолизисом ногтевой пластины, затрагивающий оба края ногтя.

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Основным признаком обычно является дискомфорт или боль в области ВН, которые усиливаются при ходьбе, надевании обуви, надавливании на пораженное место. Симптоматика ВН развивается по нарастающей. Позже присоединяются другие симптомы:

- отечность тканей;
- покраснение области вокруг ногтя;
- деформация, уплотнение, тусклость, отслоение ногтевой пластины;
- мокнутие;
- чувство распирания.

Боль со временем только усиливается, порой появляется даже в покое. Это свидетельствует о прогрессировании воспалительного процесса. Без лечения может произойти нагноение и распространение очага на другие зоны.

При легкой степени ВН имеются локальные клинические признаки – отек, небольшая боль, распирание, покраснение.

При умеренной степени ВН присоединяется бактериальная инфекция. Ткани вокруг ногтя

гиперемированы, инфильтрированы, гипертрофированы, возможно формирование грануляционной ткани.

При тяжелой степени околоногтевые ткани и ногтевое ложе деформируются, образуется рубец. Начинается гноетечение, возникают осложнения.

Без начатого вовремя лечения ВН на пальце формируется абсцесс с плотным перифокальным отеком. Палец становится резко болезненным. Боли не стихают в покое.

Дальнейшие осложнения связаны с уже имеющимися хроническими заболеваниями – СД, тромбофлебитом, тяжелой формой атеросклероза. Нередко у этих пациентов может развиться остеомиелит ногтевой фаланги, гангрена пальца, явления лимфангиита или лимфаденита. Более редкими осложнениями считаются генерализация инфекции и сепсис.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии установления диагноза

Диагноз ВН устанавливается на основании следующих данных:

- анамнеза;
- жалоб на боль и дискомфорт в области пораженного пальца;
- данных объективного осмотра и обследования (наличие признаков ВН – покраснение, болезненность околоногтевых тканей, наличие раны в ногтевом синусе, экссудата, разрастание грануляционной ткани околоногтевого валика, деформация/утолщение ногтевой пластины).

2.1. Жалобы и анамнез

У всех пациентов с подозрением на ВН с целью установки диагноза рекомендуется обратить внимание на постоянную интенсивную боль в области ногтевого валика, усиливающуюся при ходьбе и ношении обуви [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: *в диагностике ВН при сборе анамнеза и осмотре следует учитывать:*

• ***Профессиональные вредности*** *– длительное стояние на ногах, статико-динамические перегрузки, ношение узкой специализированной, подобранной не по размеру, спортивной обуви, не учитывающей анатомические особенности стоп и специфику физических нагрузок.*

• ***Отсутствие культуры ухода за ногтями и кожей стоп*** *– нарушение гигиены стоп, присоединение грибковой инфекции, инфицированные мозоли и трещины, гипергидроз, неправильная стрижка ногтевого края, некачественно выполненный педикюр с покрытием ногтей гель-лаком, постоянное ношение утягивающих чулок, в том числе компрессионного медицинского трикотажа по типу колготок (с закрытым мыском) для профилактики тромбоэмболических осложнений.*

• ***Анатомические предпосылки*** *– вальгусная деформация, остеоартропатии при СД, анатомические особенности ногтевых пластин и ногтевых валиков – крупные мясистые нависающие боковые валики, арочные ногтевые пластины, врожденные/приобретенные деформации.*

• ***Хронические неинфекционные заболевания*** *– лишний вес и ожирение, разные формы плоскостопия, облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей, патологии обмена веществ, в том числе СД, наследственная предрасположенность, иммунодефицитные состояния, острая и хроническая травма ногтевой пластины [19].*

2.2 Физикальное обследование

Всем пациентам с подозрением на ВН рекомендуется осмотр врача-хирурга [первичный прием (осмотр, консультация) врача-хирурга– или детского хирурга] с пальпацией пораженного пальца с целью определения стадии поражения и локализации гнойно-деструктивного очага [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: *при осмотре необходимо выявить наличие анатомических особенностей, стадию развития заболевания, наличие осложнений, провести сравнительный осмотр другой конечности. Характерный вид пальца позволяет без труда поставить диагноз и определить степень тяжести процесса. При осмотре следует учитывать, что ключевыми признаками ВН являются отек латеральной или медиальной околоногтевой складки, часто сопровождающийся гнойными выделениями и развитием грануляционной ткани. При осмотре необходимо оценить боковой край ногтевой пластины, чтобы определить проникновение ее в околоногтевые ткани. Необходимо оценить наличие признаков воспаления в пораженной области, выделение гноя. Важно выяснить не проводилось ли ранее консервативное или хирургическое лечение по поводу ВН и в каком объеме [16, 28, 29].*

2.3. Лабораторные диагностические исследования

При ВН проведение общеклинических исследований рекомендовано при наличии системного ответа организма, рецидивирующего течения заболевания (повышение температуры тела, тахикардия, тахипноэ) в объеме общего (клинического) анализа крови с дифференцированным подсчетом лейкоцитов (лейкоцитарная формула), скорость оседания эритроцитов

и общего (клинического) анализа мочи, биохимического анализа крови общетерапевтического с целью оценки общего состояния пациента в диагностический период и при лечении, а также выявления сопутствующих заболеваний [4, 30].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

При ВН проведение исследование уровня глюкозы в крови, исследование уровня гликированного гемоглобина в крови рекомендовано в случае подозрения на наличие СД с целью своевременного его выявления [31].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Микробиологическое исследование рекомендовано при наличии гнойного отделяемого для определения вида возбудителя и его чувствительности к антибиотикам (выявление чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам) при длительном рецидивирующем течении заболевания и неэффективности терапии с целью подбора специфического лечения [4, 31]. Оно включает микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, молекулярно-биологическое исследование отделяемого пораженных участков кожи на метициллин-чувствительные и метициллин-резистентные *Staphilococcus aureus,* метициллин-резистентные *Staphilococcus spp.*

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

В случае подозрения на онихомикоз рекомендован забор соскоба с пораженного участка с посевом на грибы – микробиологическое (культуральное) исследование раневого отделяемого на грибы (дрожжевые, мицелиальные) с целью подтверждения диагноза [32].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

2.4. Инструментальные диагностические исследования

Всем пациентам (взрослым и детям) с ВН выполнение рентгенографии пораженного пальца (рентгенография фаланг пальцев стоп) в двух проекциях рекомендовано только при наличии клинических данных, указывающих на возможное вовлечение кости в воспалительный процесс [21, 33].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: *при хронической деформации ногтевой пластины целесообразно проведение визуализации (рентгенография фаланг пальцев стоп) для выявления локальных костных изменений, которые могут оказывать давление на ногтевую матрицу. Кроме того, разные заболевания, такие как остеомиелит, доброкачественные (подногтевой экзостоз, остеохондрома) и злокачественные опухоли (плоскоклеточный рак, подногтевая меланома) могут проявляться симптомами, схожими с ВН [33].*

Вдобавок рентгенологическое исследование стоп целесообразно для уточнения анатомических особенностей стопы (степени отклонения I пальца стопы, оценки степени плоскостопия).

У пациентов с ВН на фоне СД, облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей повышается вероятность развития гнойно-некротических осложнений, поэтому перед началом лечения им следует провести ультразвуковое исследование (допплерографию) артерий и вен нижних конечностей [16, 28, 29].

2.5. Иные диагностические исследования

В редких случаях при наличии выраженной деформации и хроническом рецидивирующем течении ВН показано морфологическое исследование удаленного материала (патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала кожи) с целью исключения опухолевого поражения [34, 35].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5) – дети.

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 4) – взрослые.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Стратегия лечения ВН включает консервативные, а также паллиативные и радикальные хирургические вмешательства. Лечебная тактика в первую очередь зависит от стадии заболевания: при I–II стадии отдают предпочтение консервативным методикам, при III–IV – хирургическим [36–40].

Комментарий: *консервативное лечение в основном эффективно при лечении острых эпизодов врастания ногтевой пластины и связано с высокой частотой рецидивов, поскольку не устраняет основную причину. Показаниями являются ВН I–II стадии (легкая и средняя тяжесть острого воспаления), возникшее в результате временного изменения ногтевой пластины (например, после неправильного подстригания и формирования ногтевой спикулы) или когда ногтевой аппарат еще окончательно не сформирован (у младенцев и маленьких детей). Другой причиной выбора консервативного лечения является наличие заболеваний, при которых невозможно проведение хирургического лечения.*

3.1. Консервативное лечение

Пациентам (взрослым и детям) с ВН I–II стадии (легкая и средняя тяжесть острого воспаления) рекомендуется консервативное лечение [36, 37, 40].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий: *у пациентов с ВН без наличия гипертрофированной грануляционной ткани, ярко выраженного воспаления или выраженного локального болевого синдрома целесообразно начать лечение с консервативных методов. Они включают локальную разгрузку (ношение подходящей обуви по полноте и размеру, подкладок между пальцами для увеличения расстояния между ними, индивидуальных ортопедических стелек), уход за ногтями, в том числе лечение гипергидроза и грибка при наличии онихомикоза [41].*

Важно соблюдение гигиены (мытье ног с туалетным мылом – не хозяйственным и не гелем для душа) с последующим нанесением местных стероидных мазей (кортикостероиды, применяемые в дерматологии) в течение 1–2 нед [37]. Мочевина обладает кератолитическим (отшелушивающим) и увлажняющим действием, помогая сохранить влагу в эпидермисе, а также подавляя избыточную активность кератиноцитов – клеток, из которых формируется эпидермис. Кремы с 10 % мочевиной используются у пациентов с начальной стадией ВН, чтобы размягчить ногтевые пластины и облегчить их обработку и подрезание. Возможно прокладывание ваты медицинской, марли медицинской, нетканых синтетических материалов (каполина, лигазано) под край ногтя с целью коррекции направления роста ногтевого края, механического разделения края ногтевой пластины и околоногтевого валика. Особенно эффективно использование ортониксии с помощью специальных систем с целью коррекции формы ногтевой пластины и направления роста ногтевого края [16]. Эти меры должны последовательно применяться в течение 2–12 нед, в зависимости от степени выраженности процесса и ответа на терапию [37].

Кроме этого, очевидна необходимость коррекции системных нарушений метаболизма при их наличии.

У пациентов с ВН рутинное применение антибактериальных препаратов системного действия не рекомендовано [37].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий: *наличие ВН предполагает регулярное наружное лечение – перевязки и туалет ран. Для этого после промывания зоны поражения теплой водой с мылом производят обработку раствором антисептика (антисептики и дезинфицирующие средства на водной основе, не окрашивающим кожу, не содержащим кислоты, щелочи), после чего возможно локальное применение мазей, содержащих антисептические (антисептики и дезинфицирующие средства) или антибактериальные средства широкого спектра действия (мупироцин, бацитрацин + неомицином, диоксометилтетрагидропиримидин + хлорамфениколом , повидон-йодом).*

У пациентов с ВН и признаками абсцедирования и/или генерализации инфекции рекомендовано применение антибактериальных препаратов системного действия, подобранных на основе результатов микробиологического исследования [41–44].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств – 2)

3.2. Хирургическое лечение

У пациентов с ВН III–IV стадии рекомендовано выполнение хирургического лечения [36, 37, 45, 46].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий: *при остром нагноении подногтевого ложа средней/тяжелой степени или хроническом нагноении хирургическое вмешательство обеспечивает адекватную санацию пораженного очага и препятствует рецидиву. Хирургические методы лечения можно разделить на паллиативные операции, сохраняющие ноготь (краевая резекция ногтевой пластины без матриксэктомии), и расширенные радикальные хирургические вмешательства [36, 47]. Паллиативные вмешательства, как правило, являются временной мерой и связаны с частым рецидивом. Радикальные хирургические вмешательства подразумевают клиновидное иссечение участка пораженного ногтя, гипергрануляций ногтевого валика, части ногтевого ложа и ногтевого матрикса. Существует большое разнообразие вариантов и модификаций радикальных вмешательств на вросшем ногте, из которых самой распространенной является клиновидная резекция ногтевой пластины и околоногтевой складки (валика) по методике A. Winograd/операция Шмидена (рис. 1) [1].*

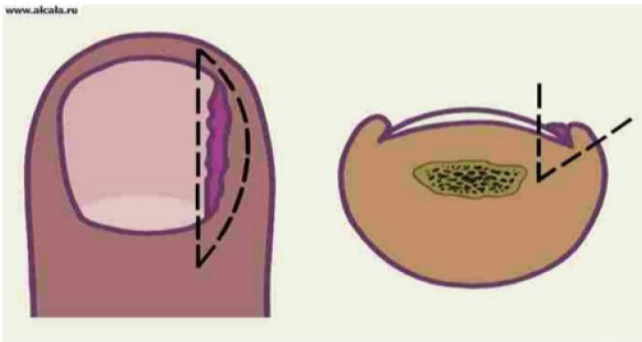


Рис. 1. *Схема операции клиновидной резекции ногтевой пластины с матриксом и околоногтевой складкой (валиком)*
Fig. 1. *Scheme of wedge-shaped resection of the nail plate with a matrix and a periarticular fold (roller) operation*

Хирургическое лечение, как правило, выполняется в условиях проводниковой анестезии по Лукашевичу–Оберсту, однако в отдельных случаях возможно проведение тотальной внутривенной анестезии с сохранением спонтанного дыхания [36, 37].

После выполнения вмешательства и наложения швов целесообразно обработать рану раствором антисептика (антисептики и дезинфицирующие средства) (водный раствор повидон-йода[2]), мазью с антибиотиком, например, диоксометилтетрагидропиримидин + хлорамфеникол[1] , гидроксиметилхиноксалиндиоксид (для взрослых) не только для противовоспалительного и противомикробного действия, но и для уменьшения травматичности первой перевязки, наложить стерильную умеренно-давящую асептическую марлевую повязку [30].

У пациентов с рецидивирующим ВН рекомендовано выполнение повторного вмешательства, включающего частичную матриксэктомию ногтевого ложа удаленной ногтевой пластины (удаление ногтевой пластинки с клиновидной резекцией матрикса) [36, 37, 48].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий: *дополнительная лазерная, радиоволновая обработка, крио-, электродеструкция ложа удаленных тканей нецелесообразна [48]. За рубежом с целью предотвращения рецидива наряду с хирургической или электрохирургической эксцизией активно применяется химическая матриксэктомия фенолом [36].*

У детей с ВН рекомендовано выполнение краевой резекции ногтевой пластины с разрушением матрикса ногтевого ложа (удаление ногтевой пластинки с клиновидной резекцией матрикса) с целью профилактики рецидива [3, 49].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: *матриксэктомия может производиться скальпелем № 15, острой ложкой, а также с использованием лазерной или радиоволновой обработки [47, 49]. Клиновидная резекция ногтевой пластины и околоногтевой складки (валика) по методике A. Winograd/ операция Шмидена показана при развитии рецидива.*

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Сроки восстановления после хирургического вмешательства при ВН составляют в среднем 2–2,5 нед и связаны как с заживлением раны, так и с ограничением возможности передвигаться в первые дни после операции [37].

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

К профилактическим мерам возникновения ВН можно отнести общие рекомендации по соблюдению правил гигиены и ношению подходящей по размеру и полноте обуви, лечение гипергидроза и онихомикоза, коррекцию плоскостопия и других деформаций стопы, проведение адекватной терапии СД и ожирения. Важно также обучить родителей ребенка или подростка правильной технике подстригания ногтей [37, 50].

6. Организация оказания медицинской помощи

Медицинская помощь с ВН оказывается в рамках амбулаторной помощи, за исключением сложных случаев острой или хронической инфекции с вовлечением костной ткани и/или при наличии признаков системной воспалительной реакции, генерализации инфекции.

Показания к госпитализации в медицинскую организацию:

- Признаки развития системной воспалительной реакции.
- Генерализация воспалительного процесса.
- Вовлечение в процесс костной ткани.

Основания для выписки пациента из медицинской организации:

- Купирование признаков системного воспалительного ответа.
- Ликвидация признаков ВН.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

На исход заболевания или состояния могут оказывать влияние:

- Наличие в анамнезе лейкоза, онкологических заболеваний, туберкулеза или положительной реакции на ВИЧ-инфекцию, гепатит В и С, сифилис).
- Выраженные врожденные дефекты, подтвержденные данными анамнеза и/или объективным обследованием, ведущие к нарушению нормальной жизнедеятельности и требующие коррекции (врожденные пороки сердца, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, скелета, синдром Марфана, синдром Клайнфельтера, синдром Эдвардса, синдром Опица, синдром Гольденхара и др.).
- Заболевания сердечно-сосудистой системы: постинфарктный кардиосклероз, безболевая ишемия

миокарда, перикардит, аневризма аорты, гипертоническая болезнь III степени, стенокардия напряжения, нестабильная стенокардия, стенокардия Принцметала, выраженная хроническая сердечная недостаточность.

- Системные заболевания соединительной ткани по данным анамнеза – системная склеродермия, системная красная волчанка, системные васкулиты, антифосфолипидный синдром, дерматомиозит, саркоидоз, ревматизм и др.).
- СД 1-го и 2-го типа.
- Ожирение с индексом массы тела >40.
- Острая почечная недостаточность.
- Хроническая почечная недостаточность со скоростью клубочковой фильтрации <30 мл/мин.
- Любые психиатрические заболевания по данным анамнеза.
- Гематологические заболевания по данным анамнеза.
- Наркомания или хронический алкоголизм по данным анамнеза.
- Беременность/период лактации.
- Прием лекарственных препаратов: индинавира, ритонавира[2], ретиноидов (ретиноиды для лечения угревой сыпи), доцетаксела[2], циклоспорина[2] и противогрибковых препаратов системного действия.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Оценка выполнения
1	Выполнен первичный прием (осмотр, консультация) врача- хирурга/детского хирурга	Да/Нет
2	Выполнено назначение общего (клинического) анализа крови с дифференцированным подсчетом лейкоцитов (лейкоцитарная формула), скорость оседания эритроцитов	Да/Нет
3	Выполнено исследование глюкозы крови при подозрении на СД	Да/Нет
4	Выполнено назначение рентгенологического исследования (рентгенография фаланг пальцев стоп) при подозрении на поражение кости	Да/Нет
5	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, молекулярно-биологическое исследование отделяемого пораженных участков кожи на метициллин-чувствительные и метициллин-резистентные *Staphilococcus aureus,* метициллин-резистентные *Staphilococcus spp.* при наличии гнойного отделяемого для определения вида возбудителя и его чувствительности к антибиотикам (определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам)	Да/Нет
6	Выполнено консервативное лечение при вросшем ногте I–II степени	Да/Нет
7	Выполнено хирургическое лечение при вросшем ногте III–IV степени	Да/Нет

[1] Противопоказан детям до 1 года.

[2] Химическое наименование лекарственного препарата или международное непатентованное название

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Азарова Евгения Сергеевна – заведующая отделением подологии ММЦ «Он клиник», врач травматолог-ортопед, президент Некоммерческой профессиональной медицинской ассоциации специалистов в области подологии (подиатрии) «Национальная подологическая медицинская ассоциация»

Анищенко Мария Александровна – к.м.н., старший научный сотрудник НИИ клинической хирургии ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России

Борисов Игорь Викторович – д.м.н., заведующий кабинетом диабетической стопы отдела ран и раневых инфекций ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России, доцент кафедры медицины катастроф МИ ФГАОУ ВО «РУДН им. П. Лумумбы» Минобрнауки России, член Российского общества хирургов, член правления РОО «Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции»

Голованев Максим Алексеевич – к.м.н., доцент, детский хирург ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 13 им. Н. Ф. Филатова» ДЗМ

Митиш Валерий Афанасьевич – к.м.н., заведущий отделом ран и раневых инфекций ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России, заведующий кафедрой медицицины кататсроф МИ ФГАОУ ВО «РУДН им. П. Лумумбы» Минобрнауки России, заслуженый врач Российской Федерации, член правления Российского общества хирургов, президент РОО «Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции»

Пасхалова Юлия Сергеевна – к.м.н., старший научный сотрудник отдела ран и раневых инфекций ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России, доцент кафедры медицины катастроф МИ ФГАОУ ВО «РУДН им. П. Лумумбы» Минобрнауки России, член Российского общества хирургов, член правления РОО «Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции».

Разумовский Александр Юрьевич – д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, главный внештатный детский специалист хирург, заведующий отделением детской торакальной хирургии ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 13 им. Н. Ф. Филатова» ДЗМ, заведующий кафедрой детской хирургии ГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

- хирурги;
- детские хирурги;
- врачи общей практики (семейные врачи);
- травматологи-ортопеды;
- дерматовенерологи;
- эндокринологи (кабинета диабетической стопы).

Порядок обновления клинических рекомендаций

- Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем 1 раз в 3 года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным клиническим рекомендациям, но не чаще 1 раза в 6 мес.

Таблица А2.1. **Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)**

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица А2.2. **Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)**

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица А2.3. **Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)**

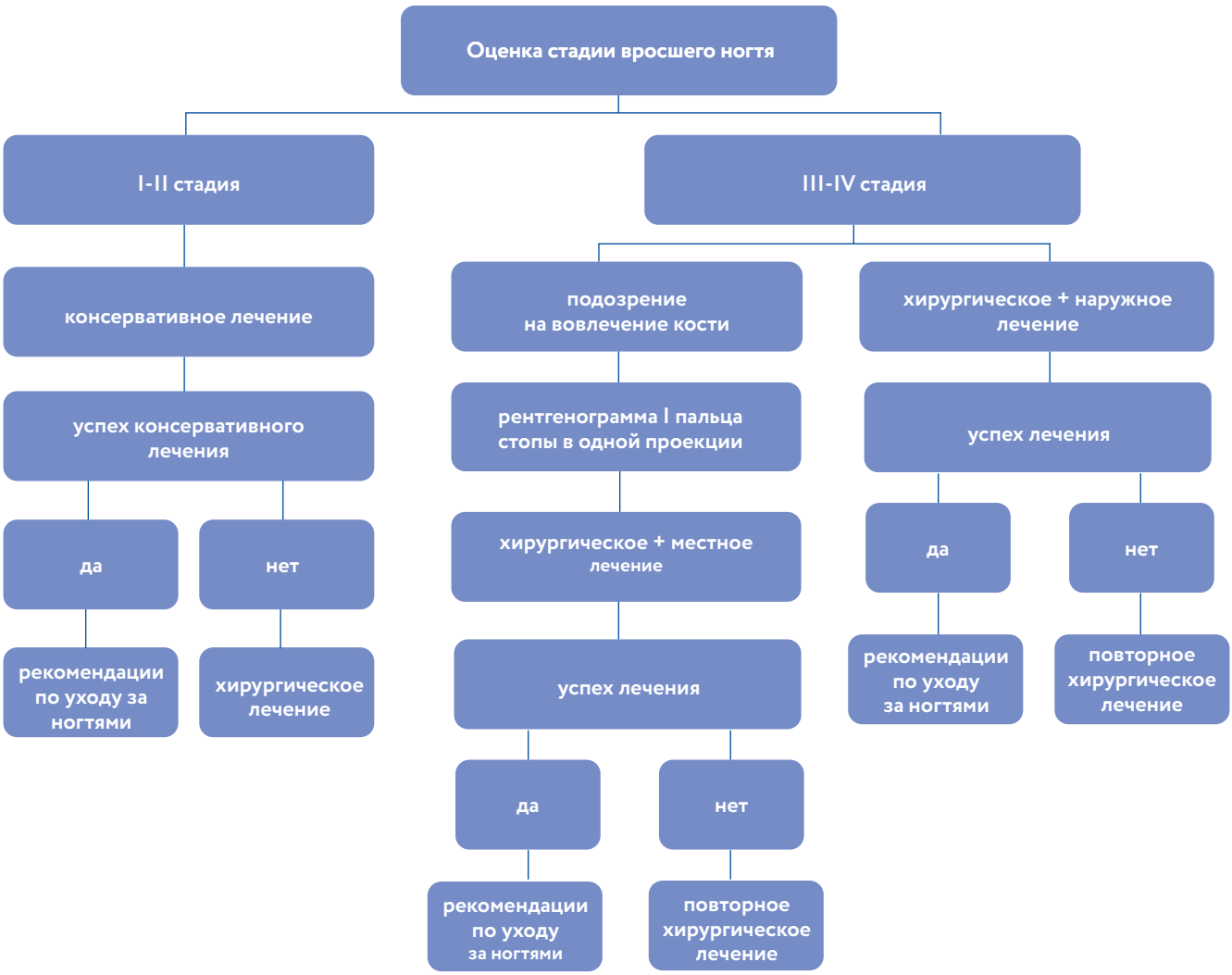
УДД	Расшифровка
A	Сильная рекомендация [все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными]
B	Условная рекомендация [не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными]
C	Слабая рекомендация [отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными]

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 922н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “хирургия”»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2021 г. № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» (с изменениями и дополнениями);
- Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 30 декабря 2014 г. № 6545/30-5 «О целевых экспертизах качества медицинской помощи»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации».

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



I стадия воспаления *(эритема, легкий отек и боль при надавливании на боковую ногтевую складку, ногтевая складка не выходит за пределы ногтевой пластины)*	**Лечение:** • Общие меры (гигиена, педикюр, обувь, косметика). • Консервативные методы лечения применяются в отсутствии инфекции (метод разделения с использованием тампонады с каполином, лигазано, ватным диском, протектор сулки; метод ортониксии; метод тейпирования; метод коррекции угла и др.). • Ортониксические системы можно использовать при отсутствии инфекции, кровоизлияния, СД. • В рецидивирующих случаях у взрослых и при СД 1-го типа применяется удаление ногтевой спикулы, частичная хирургическая матриксэктомия. • В рецидивирующих случаях у молодых пациентов возможна частичная химическая матриксэктомия с использованием фенола или лазерная матриксэктомия.
IIa стадия инфицирования *(усиление боли, отек, эритема, гиперестезия, кровоизлияние и/или инфекция, ногтевая складка выходит за пределы ногтевой пластины и имеет размеры <3 мм)*	**Лечение:** • У молодых пациентов и у пациентов с контролируемым СД проводится удаление ногтевой спикулы, частичная хирургическая матриксэктомия, возможна химическая матриксектомия с применением фенола. • Наружное лечение.
IIb стадия абсцесса *(гипертрофия ногтевой складки распространяется на ногтевую пластину и имеет размеры >3 мм)*	**Лечение:** • Клиновидная резекция ногтевой пластины и околоногтевой складки по методике эстетической реконструкции. • Частичная хирургическая матриксэктомия и химическая матриксектомия с применением фенола. • Наружное лечение.
III стадия гипертрофии *(грануляционная ткань или хроническая гипертрофия околоногтевой складки, которая широко охватывает латеральную или медиальную часть ногтевой пластины)*	**Лечение:** • Клиновидная резекция ногтевой пластины и околоногтевой складки по методике A. Winograd/операция Шмидена. • Наружное лечение.
IV стадия деформации *(серьезная хроническая деформация ногтя, обеих боковых околоногтевых складок и дистальной складки. Гипертрофированная ткань полностью покрывает латеральную, медиальную и дистальную часть ногтевой пластины)*	**Лечение:** • У детей и молодых пациентов с латеральной, медиальной, дистальной гипертрофией проводится клиновидная резекция ногтевой пластины и околоногтевой складки по методике A. Winograd /операция Шмидена. • У взрослых возможна также тотальная матриксэктомия с применением фенола. • Наружное лечение.

Приложение В. Информация для пациента

Что такое вросший ноготь?

Вросший ноготь – это состояние, когда край ногтя на ноге и реже руке врезается в окружающую кожу с образованием воспаления или раны.

У кого возникают вросшие ногти?

Могут развиваться у любого человека, но чаще всего они появляются у подростков, молодежи и пожилых людей. У подростков вросшие ногти появляются из-за того, что стопы сильнее потеют, вследствие чего кожа и ногти становятся мягкими. У пожилых людей вросшие ногти появляются на фоне возрастных изменений ногтей, трудностей ухода за ними.

Врастание ногтей также может произойти у людей, которые пытаются «закруглить» уголки с помощью пилочки или других маникюрных/педикюрных инструментов. Травмы (например, ушиб пальца, бег или удары ногами по предметам) также могут привести к этому. Врастание ногтей на ногах иногда передается по наследству и зависит от формы ногтевой пластины.

Как мне узнать, что у меня вросший ноготь?

У вас может появиться боль или отек. Кожа вокруг ногтя на ноге также может покраснеть. По мере прогрессирования вросшего ногтя боль и покраснение усиливаются, иногда возникает инфекция. Может появиться кровотечение или гной. Вросший ноготь также может ограничивать ваши повседневные занятия, например, занятия спортом или прогулки.

Что делать?

В большинстве случаев вросший ноготь можно вылечить, вымыв ногу теплой водой с мылом и наложив стерильную повязку с мазью с антибиотиком/антисептиком для местного применения. Ваш врач также может подложить ватный (хлопковый) диск, каполин, зубную нить или шины под край вросшего ногтя для разделения ногтя и кожи. Не пытайтесь самостоятельно срезать или удалять вросшую часть ногтя.

Сообщите своему врачу, если вы испытываете сильную боль или считаете, что у вас может быть инфекция. Возможно, вам потребуется хирургическое вмешательство для удаления вросшей части ногтя или всего ногтя. Ваш врач также может удалить ногтевое ложе, чтобы вросший ноготь не появился снова.

Обязательно сообщите своему врачу, если вы беременны, потому что некоторые химические вещества, используемые для удаления ногтевого ложа, нельзя применять беременным или кормящим женщинам.

Крайне важно сообщить врачу о наличии у вас сахарного диабета или заболеваний сосудов, так как это может повлиять на выбор варианта лечения.

Как мне ухаживать за пальцем после операции?

В течение первых 5 сут после операции вам следует соблюдать постельный режим с приподнятой ногой. Если палец болит, вам могут назначить некоторые обезболивающие противовоспалительные препараты (например, содержащие ибупрофен или диклофенак). Перевязки необходимы в течение двух недель после операции. Сообщите своему врачу, если у вас по-прежнему наблюдаются боль, покраснение или выделение гноя из раны. Это признаки того, что инфекция прогрессирует. В этом случае вам, возможно, потребуется принимать антибиотики.

Как мне предотвратить развитие вросшего ногтя?

Прежде всего важно соблюдать гигиену (регулярно мыть ноги с мылом), носить носки из хлопчатобумажной ткани и подобранную по размеру обувь. Правильно подстригать края ногтевой пластины или обращаться за помощью к профессионалам, особенно при наличии сахарного диабета или плохом зрении.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interests. *The authors declare no conflict of interest.*

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки
Funding. *The study had no sponsorship.*

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1.Вросший ноготь – история вопроса, актуальность и современные подходы к лечению / А.Г. Сонис, Е.А. Столяров, С.А. Суслин [и др.] // Наука и инновации в медицине. – 2018. – № 3(11). – С. 64-72. *Vrosshij nogot' – istoriya voprosa, aktual'nost' i sovremennye podhody k lecheniyu / A.G. Sonis, E.A. Stolyarov, S.A. Suslin [i dr.] // Nauka i innovacii v medicine. – 2018. – № 3(11). – S. 64-72.*
2.Цветков В.О., Молчанов В.В. Проблема клинической диагностики и дифференциальной диагностики некротизирующей инфекции мягких тканей (НИМТ). Инфекции в хирургии. 2010;8(1):47. *Cvetkov V.O., Molchanov V.V. Problema klinicheskoj diagnostiki i differencial'noj diagnostiki nekrotiziruyushchej infekcii myagkih tkanej (NIMT). Infekcii v hirurgii. 2010;8(1):47*
3.Бахматов, Д. Н. Онихокриптоз в практике детского хирурга / Д. Н. Бахматов // Universum: медицина и фармакология. – 2024. – № 5(110). – С. 24-28. *Bahmatov, D. N. Onihokriptoz v praktike detskogo hirurga / D. N. Bahmatov // Universum: medicina i farmakologiya. – 2024. – № 5(110). – S. 24-28.*
4.Goldstein B.G., Goldstein A.O., Tosti A.: Paronychia. UpToDate. Corona R (ed): Wolters Kluwer, Philadelphia, PA; 2023.
5.Шольц Н.В. Подология. Иллюстрированный атлас по подологии. М. 2007. *SHol'c N.V. Podologiya. Illyustrirovannyj atlas po podologii. M. 2007.*
6.Касьян А.Р., Сатаев В.У., Алянгин В.Г. Использование портативного диодного лазерного скальпеля для лечения вросшего ногтя у детей // Креативная хирургия и онкология 2019, Том 9, № 1, стр.31-36. *Kas'yan A.R., Sataev V.U., Alyangin V.G. Ispol'zovanie portativnogo diodnogo lazernogo skal'pelya dlya lecheniya vrosshego nogtya u detej // Kreativnaya hirurgiya i onkologiya 2019, Tom 9, № 1, str.31-36.*
7.Acar E. Winograd method versus winograd method with electrocoagulationin the treatment of ingrown toenails. J Foot Ankle Surg.2017;56(3):474-477. DOI: 10.1053/j.jfas.2017.01.010
8.Rounding C., Bloomfield S.: Surgical treatments for ingrowing toenails. Cochrane Database Syst Rev. 2005, CD001541. 10.1002/14651858. CD001541.pub2
9.Chapeskie H.: Ingrown toenail or overgrown toe skin?: Alternative treatment for onychocryptosis. Can Fam Physician. 2008, 54:1561-1572.
10.Haneke E. Controversies in the treatment of ingrown nails. Dermatol Res Pract. 2012;2012:783924.
11.Vural S., Bostanci S., Kocyigit P. et al. Risk Factors and Frequency of Ingrown Nails in Adult Diabetic Patients. J Foot Ankle Surg. 2018;57:289-295.
12.Heidelbaugh J.J., Lee H. Management of the ingrown toenail. Am Fam Physician. 2009;79:303-308.
13.Gunal I., Kosay C., Veziroglu A. et al. Relationship between onychocryptosis and foot type and treatment with toe spacer. A preliminary investigation. J Am Podiatr Med Assoc. 2003;93:33-36.
14.Li J., Chen J., Hong G. et al. Clinical study of treatment for recalcitrant ingrown toenail by partial distal phalanx removal. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2009;62:1327-1330.
15.Cordoba-Fernandez A., Montano-Jimenez P., Cohena-Jimenez M. Relationship between the presence of abnormal hallux interphalangeal angle and risk of ingrown hallux nail: a case control study. BMC Musculoskelet Disord. 2015;16:301.
16.Khunger N., Kandhari R. Ingrown toenails. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2012;78:279-289.
17.Pico A.M., Verjano E., Mayordomo R. Relation Between Nail Consistency and Incidence of Ingrown Toenails in Young Male Runners. J Am Podiatr Med Assoc. 2017;107:137-143.
18.Langford D.T., Burke C., Robertson K. Risk factors in onychocryptosis. Br J Surg. 1989;76:45-48.
19.Злобина, Е. А. Структура обращаемости к амбулаторному хирургу с заболеваниями стоп и ногтей и их профилактика / Е. А. Злобина // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. – 2023. – № 2. – С. 180-182. – DOI 10.37882/2223-2966.2023.02.14. *Zlobina, E. A. Struktura obrashchaemosti k ambulatornomu hirurgu s zabolevaniyami stop i nogtej i ih profilaktika / E. A. Zlobina // Sovremennaya nauka: aktual'nye problemy teorii i praktiki. Seriya: Estestvennye i tekhnicheskie nauki. – 2023. – № 2. – S. 180-182. – DOI 10.37882/2223-2966.2023.02.14*
20.Mosquera-Fernandez A., Diaz-Rodriguez M., Gonzalez-Martin C., et al. Habitos podologicos en personas con alteraciones ungueales.Gac Med Mex. 2017;153:810-817.
21.Ezekian B., Englum B.R., Gilmore B.F. et al. Onychocryptosis in the Pediatric Patient. Clin Pediatr (Phila). 2017 Feb;56(2):109-114.
22.Borges A.P.P., Pelafsky V.P.C., Miot L.D.B., Miot H.A. Quality of Life With Ingrown Toenails: A Cross-Sectional Study. Dermatol Surg.2017;43:751-753. [PMID: 28291066].
23.Dunn J.E., Link C.L., Felson D.T., et al. Prevalence of foot and ankle conditions in a multiethnic community sample of older adults. Am J Epidemiol. 2004;159:491-498.
24.Perper M., Tosti A. Chapter 6: Nail Diseases in the Elderly. In: Nail disorders. Tosti A, Piraccini BM, editors. 1st ed. Elsevier; 2018. p. 52-53.
25.Heifitz C. J.: Ingrown toenail: a clinical study. Am J Surg 38: 298, 1937
26.Martinez-Nova A., Sanchez-Rodriguez R., Alonso-Pena D. A new onychocryptosis classification and treatment plan. J Am Podiatr Med Assoc. 2007;97:389–393. doi: 10.7547/0970389
27.Kline A. Ingrown toenail: A Simple Classification System. Foot & Ankle J. 2008;1(5):8p. DOI: 10.3827/faoj.2008.0105.0006.
28.Ingrown toenail. (2021). Accessed: November 15, 2023: https://www.msdmanuals.com/professional/dermatologic-disorders/nail-disorders/ingrown-toenail.
29.Westerberg D.P., Voyack M.J.: Onychomycosis: current trends in diagnosis and treatment. Am Fam Physician. 2013, 88:762-770.
30.Ерюхин И.А. и др. Хирургические инфекции: практическое руководство. М.: Литтерра, 2006. *Eryuhin I.A. i dr. Hirurgicheskie infekcii:*

prakticheskoe rukovodstvo. M.: Litterra, 2006.
31.Тулинова, Н. Д. Дерматологические проявления сахарного диабета 1 типа / Н. Д. Тулинова, А. Д. Гранкина // Forcipe. – 2019. – Т. 2, № S1. – С. 398-399. *Tulinova, N. D. Dermatologicheskie proyavleniya saharnogo diabeta 1 tipa / N. D. Tulinova, A. D. Grankina // Forcipe. – 2019. – T. 2, № S1. – S. 398-399.*
32.Hassan R.E., Khan L., Hussaini Shah S. et al. Surgical Strategies for Ingrown Toenails: A Comprehensive Review of Techniques, Outcomes, and Advancements Cureus. 2024 Jan 18;16(1):e52501.
33.Baran R., Haneke E., Richert B. Pincer nails: definition and surgical treatment. Dermatol Surg. 2001;27:261-266.
34.Dharmawan N., Rachman P.O., Nareswari A. et al. Matricectomy with Electrocautery as Therapy for Recurrent Ingrown Toenail. Skin Appendage Disord. 2023 Mar;9(2):126-136. doi: 10.1159/000528517
35.Tavares G.T., Chiacchio N.G., Chiacchio N.D., Souza M.V. Onychomatricoma: a tumor unknown to dermatologists. An Bras Dermatol. 2015;90(2):265-267. doi:10.1590/abd1806-4841.20153650
36.Mayeaux E.J. Jr, Carter C., Murphy T.E. Ingrown Toenail Management. Am Fam Physician. 2019;100(3):158-164.
37.Eekhof J.A., Van Wijk B., Knuistingh Neven A, van der Wouden J.C. Interventions for ingrowing toenails. Cochrane Database Syst Rev. 2012;2012(4):CD001541. Published 2012 Apr 18. doi:10.1002/14651858.CD001541.pub3
38.Alkhalifah A., Dehavay F., Richert B. Management of ingrowing nail. Hand Surg Rehabil. 2024;43S:101628. doi:10.1016/j.hansur.2023.12.002
39.Exley V., Jones K., O'Carroll G. et al. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials on surgical treatments for ingrown toenails part I: recurrence and relief of symptoms. J Foot Ankle Res. 2023;16(1):35. Published 2023 Jun 10. doi:10.1186/s13047-023-00631-1
40.Hassan R.E., Khan L., Shah S.H., et al. Surgical Strategies for Ingrown Toenails: A Comprehensive Review of Techniques, Outcomes, and Advancements. Cureus. 2024;16(1):e52501. Published 2024 Jan 18. doi:10.7759/cureus.52501
41.Токарев, Д. В. Подологическая ортониксия как способ консервативного и противорецедивного лечения вросшего ногтя у детей / Д. В. Токарев, Ю. Н. Хрипунова // Бюллетень Северного государственного медицинского университета. – 2024. – Т. 51, № 1. – С. 185-188. *Tokarev, D. V. Podologicheskaya ortoniksiya kak sposob konservativnogo i protivorecedivnogo lecheniya vrosshego nogtya u detej / D. V. Tokarev, YU. N. Hripunova // Byulleten' Severnogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta. – 2024. – T. 51, № 1. – S. 185-188.*
42.Haneke E. Controversies in the treatment of ingrown nails. Dermatol Res Pract. 2012;2012:783924
43.Полукаров, Н. Ортониксия - современный метод лечения вросшего ногтя / Н. Полукаров, Е. Ачкасов // Врач. – 2012. – № 5. – С. 75-78. *Polukarov, N. Ortoniksiya - sovremennyj metod lecheniya vrosshego nogtya / N. Polukarov, E. Achkasov // Vrach. – 2012. – № 5. – S. 75-78*
44.Reyzelman A.M., Trombello K.A., Vayser D.J. et al. Are antibiotics necessary in the treatment of locally infected ingrown toenails? Arch Fam Med. 2000;9:930–932.
45.Анатомическое обоснование выбора оперативного вмешательства при вросшем ногте / Ш. А. Махмудов, Е. М. Фоминых, В. Ф. Зубрицкий [и др.] // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского. – 2023. – Т. 12, № 4. – С. 667-675. – DOI 10.23934/2223-9022-2023-12-4-667-675. *Anatomicheskoe obosnovanie vybora operativnogo vmeshatel'stva pri vrosshem nogte / SH. A. Mahmudov, E. M. Fominyh, V. F. Zubrickij [i dr.] // Neotlozhnaya medicinskaya pomoshch'. ZHurnal im. N.V. Sklifosovskogo. – 2023. – T. 12, № 4. – S. 667-675. – DOI 10.23934/2223-9022-2023-12-4-667-675.*
46.Gera S.K., Zaini D.K.H., Wang S. et al. Ingrowing toenails in children and adolescents: is nail avulsion superior to nonoperative treatment? Singapore Med J. 2019;60(2):94-96. doi:10.11622/smedj.2018106
47.Корнишева, В. Г. Лазерное удаление ногтевого валика - один из методов лечения вросшего ногтя / В. Г. Корнишева, А. В. Шатохина, А. А. Вашкевич // Проблемы медицинской микологии. – 2021. – Т. 23, № 4. – С. 30-33. – DOI 10.24412/1999-6780-2021-4-30-33. *Kornisheva, V. G. Lazernoe udalenie nogtevogo valika - odin iz metodov lecheniya vrosshego nogtya / V. G. Kornisheva, A. V. SHatohina, A. A. Vashkevich // Problemy medicinskoj mikologii. – 2021. – T. 23, № 4. – S. 30-33. – DOI 10.24412/1999-6780-2021-4-30-33.*
48.Рецидивы вросшего ногтя: причины и особенности лечения / И. С. Малков, В. Н. Коробков, В. А. Филиппов, М. Р. Тагиров // Амбулаторная хирургия. – 2021. – Т. 18, № 1. – С. 135-143. – DOI 10.21518/1995-1477-2021-18-1-135-143. *Recidivy vrosshego nogtya: prichiny i osobennosti lecheniya / I. S. Malkov, V. N. Korobkov, V. A. Filippov, M. R. Tagirov // Ambulatornaya hirurgiya. – 2021. – T. 18, № 1. – S. 135-143. – DOI 10.21518/1995-1477-2021-18-1-135-143*
49.Langer M.F., Wieskötter B., Oeckenpöhler S., Breiter S. Akute Infektionen im Bereich des Fingernagels – die akuten Paronychien. Handchir Scan. 2014;3:69–85
50.Smith R.J., Rubin A.I. Pediatric nail disorders: a review. Curr Opin Pediatr. 2020;32(4):506-515. doi:10.1097/MOP.0000000000000921

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Митиш Валерий Афанасьевич – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий отделом ран и раневых инфекций ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России, заведующий кафедрой медицины катастроф МИ ФГАОУ ВО «РУДН им. П. Лумумбы» Минобрнауки России, Москва, Россия
ORCID 0000-0001-6411-0709
Valery A. Mitish *– MD, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the Wounds and Wound Infections Department at A. V. Vishnevsky National Medical Research Center of Surgery subordinate to the Ministry of Health of Russia; Head of the Department of Disaster Medicine at the Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia*

Пасхалова Юлия Сергеевна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела ран и раневых инфекций ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России, доцент кафедры медицины катастроф МИ ФГАОУ ВО «РУДН им. П. Лумумбы» Минобрнауки России, Москва, Россия
ORCID 0000-0003-1215-8035
Yulia S. Paskhalova *– MD, Cand. Sci. (Med.), Senior Researcher of the Wounds and Wound Infections Department at A. V. Vishnevsky National Medical Research Center of Surgery subordinate to the Ministry of Health of Russia; Associate Professor at the Department of Disaster Medicine in Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia*

Азарова Евгения Сергеевна – заведующая отделением подологии ММЦ «Он клиник», травматолог-ортопед, президент Некоммерческой профессиональной медицинской ассоциации специалистов в области подологии (подиатрии) «Национальная подологическая медицинская ассоциация», Москва, Россия
ORCID 0000-0002-3846-9176
Evgenia S. Azarova *– MD, Head of the Podology Department at the On Clinic Medical Center, orthopedic traumatologist, President of the National Podological Medical Association, Moscow, Russia*

Борисов Игорь Викторович – доктор медицинских наук, заведующий кабинетом диабетической стопы отдела ран и раневых инфекций ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России, доцент кафедры медицины катастроф МИ ФГАОУ ВО «РУДН им. П. Лумумбы» Минобрнауки России, Москва, Россия
ORCID 0000-0002-7851-3813
Igor V. Borisov *– MD, Dr. Sci. (Med.), Head of the diabetic foot office at Wounds and Wound Infections Department of A. V. Vishnevsky National Medical Research Center of Surgery subordinate to the Ministry of Health of Russia; Associate Professor at the Department of Disaster Medicine in Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia*

Разумовский Александр Юрьевич – доктор медицинских наук, профессор, член корреспондент РАН, главный внештатный детский специалист хирург, заведующий отделением детской торакальной хирургии ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 13 им. Н. Ф. Филатова» ДЗМ, заведующий кафедрой детской хирургии ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия
ORCID 0000-0002-9497-4070
Aleksander Yu. Razumovskiy *– MD, Dr. Sci. (Med.), Professor, Cor. Member of the Russian Academy of Sciences, Chief pediatric Specialist surgeon, Head of the Department of Pediatric Thoracic Surgery at the N. F. Filatov Children's City Clinical Hospital No. 13, Head of the Pediatric Surgery Department at the N. I. Pirogov Russian National Research Medical University of the Russian Federation, Moscow, Russia*

Голованев Максим Алексеевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской хирургии ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, детский хирург «Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова» ДЗМ, Москва, Россия
ORCID 0000-0002-5512-9894
Maksim A. Golovanev *– MD, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Pediatric Surgery Department at the N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Pediatric Surgeon in N. F. Filatov Children's City Clinical Hospital No. 13, Moscow, Russia*

Анищенко Мария Александровна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник НИИ клинической хирургии ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия
ORCID 0000-0002-9095-7660
Maria A. Anishchenko *– MD, Cand. Sci. (Med.), Senior Researcher at the N. I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia*

Авторы:
В. А. Митиш, Ю. С. Пасхалова, Е. С. Азарова, А. Ю. Разумовский, И. В. Борисов, М. А. Голованев, М. А. Анищенко

Authors:
V. A. Mitish, Yu. S. Paskhalova, E. S. Azarova, A. Yu. Razumovskyi, I. V. Borisov, M. A. Golovanev, M. A. Anishchenko

Участие авторов:
Концепция и дизайн – В. А. Митиш, А. Ю. Разумовский
Сбор и обработка материала – И. В. Борисов, Е. С. Азарова
Написание текста – И. В. Борисов, М. А. Голованев, М. А. Анищенко, Ю. С. Пасхалова
Редактирование – В. А. Митиш, Ю. С. Пасхалова, Е. С. Азарова

Authors' contribution:
Concept and design – V. A. Mitish, A. Yu. Razumovskyi
Material collection and processing – I. V. Borisov, E. S. Azarova
Text writing – I. V. Borisov, M. A. Golovanev, M. A. Anishchenko, Yu. S. Paskhalova
Editing – V. A. Mitish, Yu. S. Paskhalova, E. S. Azarova

ОФЛОМЕЛИД®

офлоксацин + метилурацил + лидокаин

ПОДХОДИТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ*

- гнойных ран,
- инфицированных ожогов II-IV ст.,
- пролежней,
- трофических язв,
- послеоперационных и посттравматических ран и свищей,
- ран после вскрытия абсцессов и др.

наружно 1 РАЗ В ДЕНЬ в течение 1-2 недель

*Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Офломелид, мазь для наружного применения. ЛСР-007163/09 от 26.10.2020 N-M-OFL-2021_06-22

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

АНОНС НАУЧНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ РОО «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО – РАНЫ И РАНЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ» НА 2024–2026 ГОДЫ

21–22 мая 2024, Москва

Международная научно-практическая конференция «Местное лечение и биофизические технологии в терапии ран и гнойно-некротических очагов у детей и взрослых»
www.woundsurgery.ru

27–29 ноября 2024, Москва

6-й Международный конгресс «Сахарный диабет, его осложнения и хирургические инфекции»
www.woundsurgery.ru

20–21 мая 2025, Москва

Международная научно-практическая конференция «Частные вопросы лечения ран и гнойно-некротических очагов у детей и взрослых»
www.woundsurgery.ru

25–27 ноября 2025, Москва

7-й Международный конгресс «Раны и раневые инфекции» с конференцией «Проблемы анестезии и интенсивной терапии раневых инфекций»
www.woundsurgery.ru

19–20 мая 2026, Москва

Международная научно-практическая конференция «Частные вопросы лечения ран и гнойно-некротических очагов у детей и взрослых»
www.woundsurgery.ru

24–26 ноября 2026, Москва

7-й Международный конгресс «Сахарный диабет, его осложнения и хирургические инфекции»
www.woundsurgery.ru

REGIONAL PUBLIC ORGANIZATION "SURGICAL SOCIETY – WOUNDS AND WOUND INFECTIONS" SCIENTIFIC EVENTS IN 2024 – 2026

21–22 May 2024, Moscow	**International conference «Local treatment and biophysical technologies in the treatment of wounds and purulent-necrotic lesions in children and adults»** www.woundsurgery.ru
27–29 November 2024, Moscow	**The 6th International congress «Diabetes mellitus, its complications and surgical infections»** www.woundsurgery.ru
20–21 May 2025, Moscow	**International conference «Particular issues in the treatment of wounds and purulent-necrotic lesions in children and adults»** www.woundsurgery.ru
25–27 November 2025, Moscow	**The 7th International congress «Wounds and wound infection» with conference «Anesthesia support and intensive care in wound infections»** www.woundsurgery.ru
19–20 May 2026, Moscow	**International conference «Particular issues in the treatment of wounds and purulent-necrotic lesions in children and adults»** www.woundsurgery.ru
24–26 November 2026, Moscow	**The 7th International congress «Diabetes mellitus, its complications and surgical infections»** www.woundsurgery.ru

П Р Е С С - Р Е Л И З

Международная научно-практической конференция «МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И БИОФИЗИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ТЕРАПИИ РАН И ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОЧАГОВ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ»

21–22 мая 2024 Москва

Глубокоуважаемые коллеги!

21 – 22 мая 2024 года в Москве запланировано проведение международной научно-практической конференции «Местное лечение и биофизические технологии в терапии ран и гнойно-некротических очагов у детей и взрослых».

Природные и техногенные катастрофы, ежегодный рост количества пациентов с тяжелой скелетной травмой, рост сердечно-сосудистых, системных заболеваний и сахарного диабета приводят к неуклонному росту числа пациентов с хроническими ранами и незаживающими дефектами мягких тканей и костей вследствие осложненного течения травматической болезни или наличия сопутствующих заболеваний. Общее увеличение продолжительности жизни и коморбидность больных делают обсуждаемую тему актуальнейшей! Проблема заслуживает внимания врачей различных специальностей: гнойных и реконструктивных хирургов, травматологов-ортопедов, анестезиологов-реаниматологов, ревматологов, онкологов, реабилитологов, специалистов со средним медицинским образованием – и мы рассчитываем не только на проведение междисциплинарной конференции с широкой дискуссией, но и на разработку совместных клинических рекомендаций.

Организационный комитет обращает внимание организаторов здравоохранения (главных врачей медицинских учреждений, главных хирургов субъектов РФ, департаменты и министерства здравоохранения) на предстоящий форум и рекомендует направить для участия в нем своих специалистов.

Конференция будет проходить 21 – 22 мая по адресу: Москва, ул. Большая Серпуховская, д. 27 (ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России) очно с онлайн-трансляцией (или в онлайн режиме при введении режима ограничений).

Программа конференции:

1. Новые отечественные разработки различных лекарственных препаратов для местного лечения ран (растворы антисептиков, раневые покрытия, сорбенты, масла, аэрозоли, мази и др.)
2. Местное медикаментозное лечение ран препаратами с антимикробным компонентом как альтернатива длительной системной антибактериальной терапии.
3. Амбулаторный этап местного медикаментозного лечения ран, пролежней, трофических язв, синдрома диабетической стопы, больных с хроническим остеомиелитом различной локализации, острыми гнойными заболеваниями кожи и мягких тканей.
4. Старые «традиционные» или новые препараты для профилактики и лечения раневой инфекции (возможна организация симпозиумов фарм-компаний).
5. Многокомпонентные сорбенты или мази на полиэтиленгликолевой основе в комплексном лечении очагов инфекции кожи и мягких тканей.
6. Дорожно-транспортная, военная травма, природные и техногенные катастрофы, спортивная и бытовая травма с повреждением кожных покровов. Рациональный выбор повязки, как на этапе оказания первой помощи и эвакуации, так и на госпитальном этапе лечения.
7. Препараты для местного лечения ран с анаэробной клостридиальной и неклостридиальной инфекцией.
8. Микозы – современное состояние местного медикаментозного лечения, проблемы и перспективы, дифференциальная диагностика.
9. Гнойный гидраденит как мультидисциплинарная проблема.
10. Системное и местное применение бактериофагов для лечения ран и гнойно-некротических очагов.
11. Особенности местной медикаментозной терапии хронических ран (современные перевязочные средства, бактериофаги, личинки).
12. Современные биофизические методы обработки хронических ран (NPWT, ультразвуковая кавитация, аргоно-плазменные технологии, гидрохирургия и др.).
13. Реабилитация и патронаж пациентов с хроническими ранами различной этиологии и локализации.
14. Особенности анестезии и интенсивной терапии при хронических ранах у детей и взрослых.
15. Роль сестринского ухода в организации и оказании помощи при хронических ранах у детей и взрослых
16. Организационные аспекты амбулаторной помощи больным с ранами и раневой инфекцией в контексте происходящих в настоящее время реформ (опыт работы центров амбулаторной хирургии, стационаров одного дня, перевязочных поликлиник с малыми операционными и т.п.).

Тезисы, присланные до 25 марта 2024 года, после одобрения организационным комитетом будут опубликованы в сборнике материалов конференции (РИНЦ, ISBN).

Тезисы объемом до четырех страниц в электронном виде (MS WORD, шрифт Times New Roman, размер-12, интервал 1,0) просим высылать по e-mail: 9057176757@mail.ru. Перед текстом должны быть указаны фамилия, имя, отчество авторов, адреса мест работы с почтовым индексом, контактный номер телефона, адрес электронной почты.

Название тезиса – заглавные буквы.
Фамилия, имя, отчество автора и соавторов – строчные буквы.

П Р Е С С - Р Е Л И З

Название лечебного или научного заведения, в котором работает автор и соавторы; город, страна – строчные буквы.
Примечание: если соавторы работают в разных учреждениях, то после фамилии каждого из соавторов ставится порядковый номер, а в графе «Место работы соавторов» последовательно указываются учреждения (организации).
Текст тезиса: названия рубрик: «Актуальность проблемы», «Цель исследования», «Материалы и методы исследования», «Результаты исследования», «Обсуждение», «Заключение». После названия рубрики предложение начинать с прописной буквы.
Примечание: если тематика тезиса «Клиническое наблюдение», то названия рубрик придерживаться не нужно.

Внимание! Участие во всех научных мероприятиях и сертификат участника с баллами НМО предоставляются бесплатно для всех зарегистрировавшихся лиц! Оплата производится только за пакет участника конференции (при его необходимости).

Стоимость пакета участника:

Члены РОО «Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции», докладчики*	– 0 ₽
Клинические ординаторы, аспиранты, мед. сестры	– 500 ₽
Врачи и профессорско-преподавательский состав	– 1000 ₽

Пакет участника включает:
• портфель участника (программа конгресса, сборник тезисов, информационные материалы конгресса),
• номер журнала «Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б.М. Костючёнка».
Оплата пакета участника будет осуществляться при регистрации.
*Вступление в Общество на сайте www.woundsurgery.ru.

Место проведения: Москва, ул. Большая Серпуховская, д. 27 (ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России)

Адрес Оргкомитета:
117997 Москва, ул. Б. Серпуховская, 27,
ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России

Митиш Валерий Афанасьевич
Тел.: +7 (495) 514 5998 e-mail: mitish01@mail.ru

Пасхалова Юлия Сергеевна
Тел.: +7 (905) 717 6757, e-mail: 9057176757@mail.ru

Предварительная регистрация и информация на сайте www.woundsurgery.ru

Президент Региональной общественной организации
«Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции»
В. А. Митиш

PRESS-RELEASE

International Conference "LOCAL TREATMENT AND BIOPHYSICAL TECHNOLOGIES IN THE THERAPY OF WOUNDS AND PURULENT-NECROTIC FOCIES IN CHILDREN AND ADULTS"

21–22 May 2024, Moscow

Dear colleagues!

On May 21–22, 2024, an international scientific and practical conference "Local treatment and biophysical technologies in the treatment of wounds and purulent-necrotic lesions in children and adults" is planned to be held in Moscow.

Natural and man-made disasters, the annual increase in the number of patients with severe skeletal trauma, the increase in cardiovascular, systemic diseases and diabetes mellitus lead to a steady increase in the number of patients with chronic wounds and non-healing defects of soft tissues and bones due to the complicated course of a traumatic disease or the presence of concomitant diseases. The general increase in life expectancy and the comorbidity of patients make the topic under discussion very relevant! The problem deserves the attention of doctors of various specialties: purulent and reconstructive surgeons, orthopedic traumatologists, anesthesiologists-resuscitators, rheumatologists, oncologists, rehabilitation specialists, specialists with secondary medical education - and we count not only on holding an interdisciplinary conference with a broad discussion, but also on developing joint clinical recommendations.

The Organizing Committee draws the attention of health care organizers (chief doctors of medical institutions, chief surgeons of the constituent entities of the Russian Federation, departments and ministries of health) to the upcoming forum and recommends sending their specialists to participate in it.

The conference will be held on May 21 – 22 at the address: 27 Bolshaya Serpukhovskaya Str., Moscow (Federal State Budgetary Institution "A.V. Vishnevsky National Medical Research Center of Surgery" of the Ministry of Health of Russia) in person with online broadcast (or online when restrictions are introduced).

Conference Program:

1. New domestic developments of various drugs for wounds local treatment (antiseptic solutions, wound dressings, sorbents, oils, aerosols, ointments, etc.)
2. Local medicinal treatment of wounds with drugs with an antimicrobial component as an alternative to long-term systemic antibacterial therapy.
3. Outpatient stage of local medicinal treatment of wounds, bedsores, trophic ulcers, diabetic foot syndrome, patients with chronic osteomyelitis of various localizations, acute purulent diseases of the skin and soft tissues.
4. Old "traditional" or new drugs for the prevention and treatment of wound infections (it is possible to organize symposiums of pharmaceutical companies).
5. Multicomponent sorbents or ointments on a polyethylene glycol basis in the complex treatment of foci of skin and soft tissues infection.
6. Road transport, military trauma, natural and man-made disasters, sports and household trauma with damage to the skin. Rational choice of dressing, both at the stage of first aid and evacuation, and at the hospital stage of treatment.
7. Preparations for local treatment of wounds with anaerobic clostridial and non-clostridial infection.
8. Mycoses - current state of local drug treatment, problems and prospects, differential diagnosis.
9. Hidradenitis suppurativa as a multidisciplinary problem.
10. Systemic and local use of bacteriophages for the treatment of wounds and purulent-necrotic lesions.
11. Features of local drug therapy for chronic wounds (modern dressings, bacteriophages, larvae).
12. Modern biophysical methods for treating chronic wounds (NPWT, ultrasonic cavitation, argon plasma technologies, hydrosurgery, etc.).
13. Rehabilitation and patronage of patients with chronic wounds of various etiologies and locations.
14. Features of anesthesia and intensive care for chronic wounds in children and adults.
15. The role of nursing care in organizing and providing care for chronic wounds in children and adults
16. Organizational aspects of outpatient care for patients with wounds and wound infections in the context of currently ongoing reforms (experience of ambulatory surgery centers, one-day hospitals, dressing clinics with small operating rooms, etc.).

The abstracts submitted before 25 of March 2024, and approved by the Organizing Committee will be published in the conference Proceedings.

Abstracts up to four pages in electronic form (MS WORD, font Times New Roman, size-12, spacing 1.0) should be sent by e-mail: 9057176757@mail.ru. The text should

P R E S S - R E L E A S E

be preceded by author/authors full name, place of work with postal code, contact phone number, e-mail address.

Abstract title – in capital letters.
Full name of author and co-authors - in lower case letters.
Author and co-author affiliation - in lower case letters.
Note: If the co-authors work at different institutions, they are identified by an asterisk symbol with the caption of their affiliations.
Structured abstract specifications: Relevance, Objective, Material and Methods, Results, Discussion, Conclusions.
Note: If the abstract is "Clinical case", their no need to keep to the structured abstract specifications.

Attention! Participation in all scientific events and a certificate of participation with NMO scores are free of charge for all registrants! Payment is made only for the package of conference participant (if one needs it).

Participant Package Price:

Members of the RPO "Surgical Society - Wounds and wound infections ", speakers *	- 0 ₽
Clinical residents, graduate students, nurses	- 500 ₽
Physicians, lecturer, professors	- 1000 ₽

Membership package includes:
• participant's portfolio (conference program, proceedings, information material)
• issue of the journal "Wounds and wound infections. The Prof. B. M. Kostyuchenok Journal".

Payment for the participant's package will be made at registration.
*How to join the Society - information at website www.woundsurgery.ru.

Venue: 27 B. Serpukhovskaya Str., Moscow, Russia A.V. Vishnevsky National Medical Research Center of Surgery

Address of the Organizing Committee:
117997 Moscow, B. Serpukhovskaya str. 27,
Vishnevsky National Medical Research Center of Surgery

Mitish Valery
Tel.: +7(495) 514 5998 e-mail: mitish01@mail.ru

Paskhalova Yulia
Tel.: +7(905) 717 6757 e-mail: 9057176757@mail.ru

Registration and information about the Conference at the website www.woundsurgery.ru

President of the Regional public organization
"Surgical Society – Wounds and Wound Infections"
V. A. Mitish

Информация для авторов

Уважаемые коллеги!

При оформлении статей, направляемых в журнал «Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б. М. Костючёнка», следует руководствоваться обновленными правилами.

1. Статья должна сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором выполнена работа, иметь визу научного руководителя. В направлении можно указать, является ли статья диссертационной.

2. Статья должна быть представлена в электронном виде (компакт-диск или дискета) с распечаткой на бумаге формата А4 в двух экземплярах (таблицы, графики, рисунки, подписи к рисункам, список литературы, резюме – на отдельных листах).

Шрифт – Times New Roman, 14 пунктов, через 1,5 интервала. Все страницы должны быть пронумерованы.

3. На первой странице должно быть указано: название статьи, инициалы и фамилии всех авторов, полное название учреждения (учреждений), в котором (которых) выполнена работа, его (их) полный адрес с указанием индекса.

Обязательно указывается, в каком учреждении работает каждый из авторов.

Статья должна быть подписана всеми авторами. В конце статьи должны быть обязательно указаны **контактные телефоны, рабочий адрес с указанием индекса, факс, адрес электронной почты и фамилия, имя, отчество полностью, занимаемая должность, ученая степень, ученое звание автора (авторов)**, с которым редакция будет вести переписку.

4. В оригинальных статьях необходимо указать, в каком из этапов создания статьи принимал участие каждый из ее авторов:

• Концепция и дизайн исследования.
• Сбор и обработка материала.
• Статистическая обработка данных.
• Написание текста.
• Редактирование.

Пример:
Авторы: И. И. Иванов, П. П. Петров, С. С. Сидоров
Участие авторов:
Концепция и дизайн исследования – И. И., С. С.
Сбор и обработка материала – П. П.
Статистическая обработка – П. П.
Написание текста – С. С.
Редактирование – И. И.

5. Объем статей: оригинальная статья – не более 12 страниц; описание отдельных наблюдений, заметки из практики – не более 5 страниц; обзор литературы – не более 20 страниц; краткие сообщения и письма в редакцию – 3 страницы.

Структура оригинальной статьи: введение, материалы и методы, результаты исследования и их обсуждение, заключение (выводы).

К статьям должно быть приложено **резюме** на русском языке, отражающее содержание работы, с названием статьи, фамилиями и инициалами авторов, названиями учреждений; для оригинальных статей – структурированное резюме (введение, материалы и методы, результаты и т. д.). Объем резюме – 2000–5000 знаков с пробелами. Количество ключевых слов должно составлять от 10 до 50.

6. Иллюстративный материал:

• Фотографии должны быть контрастными; рисунки, графики и диаграммы – четкими.

• Фотографии представляются в оригинале или в электронном виде в формате TIFF, JPG, CMYK с разрешением не менее 300 dpi (точек на дюйм).

• Графики, схемы и рисунки должны быть представлены в формате EPS Adobe Illustrator 7.0–10.0. При невозможности представления файлов в данном формате необходимо связаться с редакцией.

• Все рисунки должны быть пронумерованы и снабжены подрисуночными подписями. Подписи к рисункам даются на отдельном листе. На рисунке указываются «верх» и «низ»; фрагменты рисунка обозначаются строчными буквами русского алфавита – «а», «б» и т. д. Все сокращения и обозначения, использованные на рисунке, должны быть расшифрованы в подрисуночной подписи.

• Все таблицы должны быть пронумерованы, иметь название. Все сокращения расшифровываются в примечании к таблице.

• Ссылки на таблицы, рисунки и другие иллюстративные материалы приводятся в надлежащих местах по тексту статьи в круглых скобках, а их расположение указывается автором в виде квадрата на полях статьи слева.

7. Единицы измерений даются в СИ.

Все сокращения (аббревиатуры) в тексте статьи должны быть полностью расшифрованы при первом употреблении. Использование необщепринятых сокращений не допускается.

Название генов пишется курсивом, название белков – обычным шрифтом.

8. К статье должен быть приложен список цитируемой литературы, оформленный следующим образом:

• Список ссылок приводится **в порядке цитирования**. Все источники должны быть пронумерованы, а их нумерация – строго соответствовать нумерации в тексте статьи. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

• Для каждого источника необходимо указать: фамилии и инициалы авторов (если авторов более 4, указываются первые 3 автора, затем ставится «и др.» в русском или «et al.» – в английском тексте).

• При ссылке на ***статьи из журналов*** указывают также название статьи; название журнала, год, том, номер выпуска, страницы; при наличии – идентификаторы DOI и PMID.

• При ссылке на ***монографии*** указывают также полное название книги, место издания, название издательства, год издания.

• При ссылке на ***авторефераты*** диссертаций указывают также полное название работы, докторская или кандидатская, год и место издания.

• При ссылке на ***данные, полученные из Интернета***, указывают электронный адрес цитируемого источника.

• Все ссылки на литературные источники печатаются арабскими цифрами в квадратных скобках (например, [5]).

• Количество цитируемых работ: в оригинальных статьях желательно **не более 25** источников, в обзорах литературы – **не более 60**.

9. Представление в редакцию ранее опубликованных статей не допускается.

10. Все статьи, в том числе подготовленные аспирантами и соискателями ученой степени кандидата наук по результатам собственных исследований, принимаются к печати бесплатно, в порядке общей очереди.

11. Порядок рецензирования авторских материалов следующий.

Все статьи, поступающие для публикации в журнале, подвергаются рецензированию.

Рецензенты работают со статьей как с конфиденциальным материалом, строго соблюдая право автора на неразглашение до публикации содержащихся в статье сведений. Дополнительные эксперты могут привлекаться рецензентом к работе только с разрешения редакции и также на условиях конфиденциальности.

Замечания рецензентов направляются автору без указания имен рецензентов. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается редколлегией после получения рецензий и ответов автора.

В отдельных случаях редколлегия может направить статью на дополнительное рецензирование, в том числе на статистическое и методологическое рецензирование.

Издание осуществляет рецензирование всех поступающих в редакцию материалов, соответствующих ее тематике, в целях их экспертной оценки. Все рецензенты являются признанными специалистами по тематике рецензируемых материалов и имеют в течение последних 3 лет публикации по тематике рецензируемой статьи. Рецензии хранятся в редакции издания в течение 5 лет.

Редакция издания направляет авторам представленных материалов копии рецензий или мотивированный отказ, а также направляет копии рецензий в Министерство образования и науки Российской Федерации при поступлении в редакцию издания соответствующего запроса.

Редколлегия журнала проводит постоянную оценку качества рецензирования с помощью русской версии опросника Review Quality Instrument (Version 3.2) [van Rooyen S., Black N., Godlee F.J. Development of the Review Quality Instrument (RQI) for Assessing Peer Reviews of Manuscripts. Clin Epidemiol 1999; 52 (7): 625–9].

12. Конфликт интересов.

При представлении рукописи авторы несут ответственность за раскрытие своих финансовых и других конфликтных интересов, способных оказать влияние на их работу.

Все существенные конфликты интересов должны быть отражены в рукописи (в сноске на титульной странице).

При наличии спонсоров авторы должны указать их роль в определении структуры исследования, сборе, анализе и интерпретации данных, а также принятии решения о публикации полученных результатов. Если источники финансирования не участвовали в подобных действиях, это также следует отметить.

Авторы должны представить заполненную анкету.

Каждый из авторов должен ответить на приведенные ниже вопросы, утвердительный ответ требует дополнительной информации.

Название рукописи (статьи) _____

Автор: _____

1) Получали ли Вы или Ваши близкие родственники деньги, подарки и иное вознаграждение от организации, учреждения или компании, на которой финансово может отразиться Ваша публикация, включая гонорары за выступления, консультации, подарки, финансирование поездок, средства на исследования?

Да/Нет

2) Есть ли у Вас близкие родственники, работающие на организацию, учреждение или компанию, на которой финансово может отразиться Ваша публикация?

Да/Нет

3) Есть ли у Вас близкие родственники, находящиеся на вышестоящей позиции, т. е. руководитель/директор организации, учреждения или компании, на которой финансово может отразиться Ваша публикация?

Да/Нет

4) Есть ли у Вас близкие родственники – держатели акций, имеющие инвестиции или иные финансовые интересы (за исключением паевых инвестиционных фондов) в организации, учреждении или компании, на которой финансово может отразиться Ваша публикация?

Да/Нет

5) Могут ли результаты этой публикации прямо или косвенно повлиять на Ваше вознаграждение?

Да/Нет

6) Есть ли другие потенциальные конфликты или существующие противоречия в интересах, которые необходимо знать редакции?

Да/Нет

13. Информированное согласие.

Запрещается публиковать любую информацию, позволяющую идентифицировать больного (указывать его имя, инициалы, номера историй болезни на фотографиях, при составлении письменных описаний и родословных), за исключением тех случаев, когда она представляет большую научную ценность и больной (его родители или опекуны) дал на это информированное письменное согласие. При получении согласия об этом следует сообщать в публикуемой статье.

14. Права человека и животных.

Если в статье имеется описание экспериментов на человеке, необходимо указать, соответствовали ли они этическим стандартам Комитета по экспериментам на человеке (входящего в состав учреждения, в котором выполнялась работа, или регионального) или Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г.

При изложении экспериментов на животных следует указать, соответствовало ли содержание и использование лабораторных животных правилам, принятым в учреждении, рекомендациям национального совета по исследованиям, национальным законам.

Статьи, не соответствующие данным требованиям, к рассмотрению не принимаются.

Все поступающие статьи рецензируются.

Присланные материалы обратно не возвращаются.

Редакция оставляет за собой право на редактирование статей, представленных к публикации.

Статьи направлять в редакцию по адресу:

ws@woundsurgery.ru.

Information for authors

Dear colleagues!

Please, follow the updated rules of articles presentation for the journal "Wounds and Wound Infections. The Prof. B.M. Kostyuchyonok Journal".

1. The article must be accompanied by an official letter from the institution where the work has been done and have a supervisor's visa. The letter may indicate whether the article is associated with the theme(s) of the dissertation.

2. The article shall be presented in digital form (on CD or floppy disc) together with the print out on A4 format paper in two copies (tables, diagrams, images, legends to pictures, list of references, summary shall be provided on separate sheets).

Font – Times New Roman, 14 pt, 1.5 interval. All pages shall be numbered.

3. The following should be stated on the first page: title of the article, initials and surnames of all authors, full name of institution(s), where the paper is prepared, its (their) full address including ZIP code.

The institution of employment is mandatory to be stated for each author.

The article shall be signed by all authors. After the end of the article, the following details shall be stated: **contact telephone numbers, business address including ZIP code, fax, e-mail and surname, name and patronymic in full, position, degree, academic title of the author(s)**, whom the Board of Editors will do correspondence with.

4. Original articles must indicate the contribution made by each author:

• Study concept and design.
• Material collection and processing.
• Data statistical processing.
• Text writing.
• Editing.

An example:
Authors: I.I. Ivanov, P.P. Petrov, S.S. Sidorov
The authors' contribution:
Study concept and design by I.I., S.S.
Material collection and processing by P.P.
Statistical processing by P.P.
Text writing by S.S.
Editing by I.I.

5. Volume of articles: original article – not more than 12 pages; description of some observations, notes of practical work – not more than 5 pages; literature review – not more than 20 pages; brief messages and letters to Board of Editors – 3 pages.

Structure of original article: introduction, materials and methods, results of research and their discussion, opinion (conclusions).

The articles shall be attached with **summary** in Russian, reflecting the contents of the paper, stating the title of the article, surnames and initials of authors, names of institutions; for original articles – structured summary (introduction, materials and methods, results etc.). Volume of summary shall be between 2000 and 5000 symbols with spaces. Number of key words shall be between 10 and 50.

6. Illustrative material:

• Photos shall be contrast; all pictures, charts and diagrams shall be clear.

• Photos shall be provided in original copies or in digital copies in format TIFF, JPG, CMYK with resolution at least 300 dpi (dots per inch).

• Schedules, diagrams and pictures shall be provided in format EPS Adobe Illustrator 7.0–10.0. If you cannot provide the files in such format, please, contact the Board of Editors.

• All pictures shall be numbered and provided with the legends. Legends to pictures shall be on a separate sheet. The picture shall indicate the "top" and the "bottom"; the fragments of the picture shall be designated with the lower case letters of Russian alphabet – «а», «б» etc. All abbreviations and designations, used on the picture, shall be statев in full in the legend under the picture.

• All tables shall be numbered and provided with the title. All abbreviations shall be stated in full in notes to the table.

• References to tables, pictures and other illustrative materials shall be included in proper places throughout the text of the article in parentheses, and their location shall be stated by the author by the form of square on the left margin of the article page.

7. Units of measurements shall be stated according to SI system.

All acronyms (abbreviations) in the text of the article shall be stated in full, when used for the first time. Please, do not use the uncommon acronyms.

Names of gens shall be written in italics, name of proteins – by normal font.

8. The article shall be attached with the list of references, prepared as follows:

• The list of references shall be in **alphabetical order**. All sources of references shall be numbered, and their numbering shall strictly comply with the numbering used in the text of the article. Please do not refer to the papers, which are not published yet.

• State for each source: surname and initial of authors (if authors are more than 4, state the first 3 authors, then «и др.» in the text in Russian or «et al.» – in the text in English).

• When referring to the ***article from the journal*** state also the title of the article; title of the journal, year, volume, issue number, page number; DOI, PMID.

• When referring to the ***monograph*** state also full name of the book, place of publishing, publishing house, year of issue.

• When referring to ***synopsis of thesis*** state also full title of the thesis, whether it, Dr. Sci. or PhD thesis, year and place of issue.

• When referring to ***data found on the Web***, state the link to the reference.

• All references to the literature shall be printed in Arabic figures in brackets (e. g. [5]).

• It is desirable that the number of referred papers in original articles ***is not more than 25***, and in literature reviews – ***not more than 60***.

9. Please do not submit previously published articles again to the Board of Editors.

10. All articles, including those prepared by the postgraduate students and applicants for Ph. D. degree upon the results of their own research, shall be accepted for publishing free of charge, on a first in first out principle.

11. The author's materials are to be peer-reviewed in the following order.

All articles submitted for publication in the journal are peer-reviewed.

Peer reviewers treat the article as confidential material, by strictly observing the author's right to confidentiality of the information contained in the paper before its publication.

Additional experts may be invited by the peer reviewer to work only with the permission of the Editorial Board and in terms of confidentiality.

The comments of the peer reviewers are sent to the author without indicating their names. The decision on publication (or rejection) of the article is made by the Editorial Board after the reviews and the author's replies have been received.

In some cases the Editorial Board may send the article for further peer review, including for statistical and methodological reviews.

The editors make a peer review of all submitted materials relevant to the journal's themes for the purpose of their expert evaluation. All peer reviewers are recognized specialists in the themes of peer reviewed materials and have had publications on the themes of a peer-reviewed article in the last 3 years. The peer reviews are kept at the editorial office for 5 years.

The Editorial Board sends the copies of reviews or a reasoned refusal to the authors of submitted materials and those to the Ministry of Education and Science of the Russian Federation as the relevant request enters the editorial office.

The Editorial Board of the journal continually assesses the quality of peer review, by applying the Russian version of the questionnaire "Review Quality Instrument" (Version 3.2) [van Rooyen S., Black N., Godlee F.J. Development of the Review Quality Instrument (RQI) for Assessing Peer Reviews of Manuscripts. Clin Epidemiol 1999;52(7):625–9].

12. Conflict of interest

When submitting their manuscript, the authors are responsible for disclosing their financial and other conflicts of interest that can affect their work.

All significant conflicts of interest should be reflected in the manuscript (in the footnote on the title page).

If there are sponsors, the authors should define their role in determining the study design, data collection, analysis, and interpretation, and the decision to publish the findings. If the sponsors have not taken such actions, this should be also indicated.

The authors must submit a completed application form:

Each author should answer the following questions; an affirmative answer requires additional information.

Title of the manuscript (article) _____

Author: _____

1) Have you or your close relatives received money, gifts, and other remuneration from an organization, institution, or company whose financial status may be affected by your publication, including fees for speeches, consultations, gifts, travel funding, and funds for the investigation.

Yes/No

2) Do you have close relatives working for an organization, institution, or company whose financial status may be affected by your publication?

Yes/No

3) Do you have close relatives who are in a higher position, i.e. the Head/Director of an organization, institution, or company whose financial status may be affected by your publication?

Yes/No

4) Do you have close relatives who are the holders of shares with investments or other financial interests (excluding unit investment trusts) in an organization, institution, or company whose financial status may be affected by your publication?

Yes/No

5) Can the results of this publication directly or indirectly affect your reward?

Yes/No

6) Are there any potential or existing conflicts of interest which the Editorial Board should know?

Yes/No

13. Informed consent

It is prohibited to publish any information that can identify a patient (give his/her name and initials, the number of case histories in the photos, when making written descriptions and genealogies) except when it is of great scientific values and when the patient (his/her parents or guardians) have given an informed written consent. After obtaining the consent, this should be reported in the published article.

14. Human and animal rights

If the article describes human experiments, it should be specified whether the latter satisfy the ethical standards of the Committee on Human Experimentation (a part of the institution where the work has been done, or a regional one) or the 1975 Helsinki Declaration or its revised version in 2000.

When describing animal experiments, it should be pointed out whether the keeping and use of laboratory animals are in compliance with the rules established at the institution, the recommendations of the National Experimentation Council, and national laws.

The articles, which do not correspond to above rules, will be rejected.

All received articles are refereed.

No received materials are sent back.

Board of Editors reserves the right to proofread the articles, submitted for publishing.

Please send the articles to:

ws@woundsurgery.ru.

Универсальная анкета на вступление в Общество/подписку на журнал

Шаг 1: ***Выберите желаемую позицию и отметьте галочкой:***

☐ ***Вступление в Общество + годовая бесплатная подписка на специализированное издание:***
РОО «Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции» + журнал «Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б. М. Костючёнка»

☐ ***Платная подписка на издание – 2000 руб/год (для врачей – не членов Общества):***
Журнал «Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б. М. Костючёнка» (ежеквартально)

Шаг 2: ***Заполните форму для приема в члены организации (только для вступающих в Общество):***

Заявление

Прошу принять меня _____

_____ в члены _____

_____. Устав и цели деятельности организации признаю.

Подпись _____ / _____ /

Шаг 3: ***Заполните анкету:***

Ф.И.О. ……

Контактный телефон…… E-mail……

Учреждение……

Специальность……

Адрес доставки – домашний, рабочий (нужное подчеркнуть): Индекс ……

Страна…… Регион…… Город……

Улица…… Дом…… Корпус/строение…… Квартира……

Шаг 4: ***Если Вы вступаете в Общество, укажите также:***

Паспортные данные (серия, номер, когда и кем выдан)……

Должность……

Узкая специализация……

Ученая степень, звание……

Ф.И.О. и должность руководителя ……

Ф.И.О. зав. отделением……

Способ получения удостоверения члена Общества (нужное подчеркнуть): лично, на ближайшем мероприятии Общества; почтой России на адрес, указанный в анкете

Шаг 5: ***Подпишите и оставьте заполненную анкету на стенде или пришлите по адресу: ws@woundsurgery.ru***

Шаг 6: ***Для самостоятельной регистрации на сайте уточните перечень документов, необходимых для вступления в члены Общества: возьмите памятку и комплект на стенде или на сайте www.woundsurgery.ru и вышлите нам сканы документов и платежек по электронной почте ws@woundsurgery.ru***

Шаг 7: ***В соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ РФ от 27.06.2006 г. № 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку РОО «Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции» моих персональных данных***

Подпись_____/_____/ «_____» _____ **20___г.**

Ф.И.О. Подпись Дата заполнения анкеты

Благодарим за проявленный интерес и уделенное время!

VIT Medical

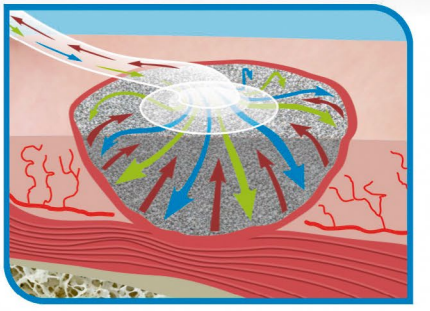
ВАКУУМ-ИНСТИЛЛЯЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ

Терапия ран	Вакуумная	Вакуум-инстилляционная
Удаление отделяемого	✓	✓✓*
Препятствует дальнейшей контаминации тканей	✓	✓✓**
Воздействие на раневое ложе	✓	✓✓***
Очищение раны	Только при смене повязки	Постоянно в автоматическом режиме
Антисептическая терапия	Только при смене повязки	Постоянно в автоматическом режиме

✓* Инстилляция уменьшает вязкость экссудата и способствует более эффективной эвакуации его из раны

✓** Продолжительность стационарного лечения ниже на 23%

✓*** Закрытие раневого дефекта на 40% быстрее



Лечение – В режиме инстилляции происходит подача на всю площадь раны выбранного врачом лекарственного раствора.

Очищение – Как следствие режима инстилляции рана очищается и омывается в автоматическом режиме по заданному алгоритму.

Угрозы – Инфицированный материал, продукты распада, эвакуируются после проведения инстилляции.

VIT Medical

Центральный офис: Москва, ул. Твардовского д.8 с.1 офис 313
Адрес производства: Москва, 1-я Курьяновская улица, д. 34 стр. 3 моб.: +7 925 705 97 11
e-mail: info@vit-medical.com
www.vit-medical.com

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

FACILE MONDE®

– прекрасная жизнь нашей кожи!

- Только натуральные компоненты
- Глубокое увлажнение кожи
- Гипоаллергенно
- Подходит при сахарном диабете и диабетической стопе
- Защита кожи, подвергающейся избыточному трению/давлению
- Уход за кожей вокруг хронических ран и пролежней
- Уход за кожей вокруг стом, аппаратов наружной фиксации
- Профилактика микозов

www.woundsurgery.ru

3 СЕРИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

CLASSIQUE – для всех типов кожи

DIABETIQUE – при сахарном диабете

PROPHYLACTIQUE – для спортсменов, танцоров, военнослужащих

Произведено по заказу РОО «Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции».
Пожелания и замечания отправлять на адрес электронной почты: ws@woundsurgery.ru

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ