

ЛІКУВАННЯ ВРОСЛОГО НІГТЯ

Кафедра дитячої хірургії (зав. – проф. Б.М. Боднар)
Буковинського державного медичного університету

Резюме. У статті наведений аналіз існуючих методів лікування врослого нігтя. Жоден із запропонованих методів не позбавлений недоліків.

Ключові слова: врослий ніготь, лікування.

Врослий ніготь – досить поширене захворювання, що трапляється серед різних вікових груп населення. Хворі з врослим нігтем становлять 5-10% від усіх амбулаторних хворих [9, 15, 16]. У хірургічній практиці ця проблема досить часто ігнорується через свою нібито “незначущість” та небажання хворих звертатися до лікаря тому, що вони не вважають за потрібне оперуватися з огляду на “неважкість” захворювання. Лише наявність деформованих, грубих, щільних нігтів, які врастають у м’які тканини пальця з наступним нагноєнням рани, що викликає різкий біль при ходьбі, примушує звернутися до хірурга та погодитися на операцію.

Постановка діагнозу зазвичай не викликає ніяких труднощів. Постійний тиск нігтьової пластинки спричинює розвиток виразки в глибині нігтьового валика, що супроводжується болем, який минає під час відпочинку. Виразка досить швидко інфікується з усіма ознаками локального запалення та надлишковим ростом грануляційної тканини. У 1937 році Heifetz С.І. [8] виділяв три стадії захворювання: *I стадія* – болюче подразнення тканин нігтьового валика вгрузлою нігтьовою пластинкою; *II стадія* – наявність інфікування з появою грануляційної тканини, яка оточує нігтьову пластинку в місці ураження; *III - стадія* епітелізація грануляцій, які покривають ще більше занурену в тканини нігтьову пластинку.

У 1964 році Д.І. Муратов запропонував власну класифікацію тяжкості захворювання, розділивши всі випадки врослого нігтя на 4 ступені [13]:

I ступінь вrostання – початкова форма захворювання, коли нігтьова пластинка не має значних змін форми і вигляду. Першочерговими ознаками є непомітний, мінливий біль біля краю нігтьової пластинки, набряк і гіперемія тканин нігтьового валика. Нігтьова пластинка не потовщена і має плоску форму.

При встановленні діагнозу користуються симптомом „нігтьового валика”, який полягає в наступному. Великий палець стопи захоплюють між великим і вказівним пальцями лівої кисті. Шкірно-нігтьові валики відтягують до підошовної поверхні. Вказівним пальцем правої кисті натискають на нігтьову пластинку – болочості не відмічається. При натискуванні ж без відтягування тканин нігтьових валиків з’являється болючість у місці вrostання краю нігтя. Ця ознака є досить суттєвою і допомагає при постановці діагнозу на початкових стадіях захворювання.

У результаті трофічних розладів у тканинах нігтьового ложа на місці вrostання краю нігтя, а також при приєднанні інфекції з’являються гнійні ускладнення врослого нігтя (виразкування, панариції різної форми). Гнійні ускладнення трапляються при всіх формах вrostання.

II ступінь вrostання – ніготь потовщений (від 0,5 до 1,0 мм), поверхня нерівна, шершава, форма нігтя випукла. Чітко видно кут вrostання у вигляді викривлення нігтьової пластинки. Симптом „нігтьового валика” ясно виражений.

III ступінь вrostання – ніготь має вежоподібну форму з глибоко врастаючими в м’які тканини краями, потовщений (до 2,5 мм), поверхня покреслена поздовжніми та поперечними борознами, нігтьова пластинка біля основи ширша, ніж у кінцевій частині, відведення до врастаючого краю нігтя болюче.

IV ступінь вrostання – характерними є глибокі трофічні зміни матриксу нігтя і тканин нігтьового ложа, що проявляються явищами оніхогрифозу. Ніготь різко потовщується, приймаючи вигляд кігтя чи рога. До четвертого ступеня Д.І.Муратов також відносить вrostання нігтьової пластинки за наявності екзостозів нігтьової фаланги [13]. Характерними ознаками при цьому є випинання щільної, овальної форми пухлини з-під нігтя, викривлення та потовщення нігтьової пластинки над пухлиною, вrostання краю нігтя на рівні екзостозу.

Лікування врослих нігтів може бути як консервативним, так і оперативним.

Консервативні методи лікування полягають в усуненні прилягання врастаючої частини нігтя з бічним валиком тим чи іншим способом [2, 8, 15, 4, 24, 26,]. Ці

методи, як правило, не призводять до повного одужання і потребують тривалого, іноді протягом усього життя хворого, застосування. Вони супроводжуються травматизацією нігтьового ложа, що в ряді спостережень сприяє виникненню гнійних ускладнень [15]. Такі методи можуть успішно використовуватися лише при незначних ступенях вrostання нігтя [4, 30]. Безуспішність консервативного лікування завжди є показанням до операції.

Оперативне лікування на сьогодні є більш популярним через свій радикалізм, тому лікуванням інкарнації, в основному, займаються хірурги. Існуючі методи хірургічного лікування врослого нігтя різноманітні. Жоден з них не задовольняє хірургів у повній мірі, про що свідчить більш ніж 150 варіантів лікування цієї патології [16]. Це втручання на м'яких тканинах, на нігті, на нігті і м'яких тканинах, пластичні операції.

До *першої групи* відносяться способи Bartlett'a (клиноподібне висікання м'яких тканин бокового валика з наступним ушиванням рани), Н.П. Крилова, Jist'a (висікання м'яких тканин бокового валика до кістки з вторинним загоєнням рани), М.В. Мелешевича, Є.П. Архіпова, Т.К. Нурмаганбетова. Жоден із вказаних авторів не наводить віддалених спостережень, тому важко судити про кількість рецидивів. Лише С.В. Клепиков попереджує, що операція можлива, коли немає запального процесу на пальці, і що термін лікування при його способі – від 3 до 7 тижнів. А.А. Чашніков за способом Бартлетта оперував 15 хворих, із них у 7 в подальшому настав рецидив [7].

Друга група – втручання на нігті. До неї відносяться способи Dupuitren'a (поздовжнє розсічення нігтя на 2 половини з вивертанням пінцетом чи зажимом кожної з них), І.В. Буяльського, В.В. Верміяш, Ю.В. Матвеева. Способи Dupuitren'a, І.В. Буяльського, незважаючи на їх доступність і добрі ближні результати, як правило, дають рецидиви. В.Ф. Ларін за способом Дюпюїтрена оперував 60 хворих, із них у 19 (31%) настав рецидив. Д.І. Муратов також оперував 31 хворого за методом Дюпюїтрена, із них у 23 (79%) настав рецидив. Операція Дюпюїтрена, яка, на жаль, ще широко застосовується в наших лікувальних закладах, не рекомендується, оскільки після видалення нігтьової пластинки часто настає рецидив. Ніготь росте деформованим, потовщеним, і вrostання повторюється у більш тяжкій формі.

Третя група операцій найбільш поширена. До неї відносяться методи І.Є. Мікусева, Schmieden'a (клиноподібне висікання вrostаючого краю нігтя разом з частиною нігтьового ложа і бічним валиком), А.М. Winograd'a, Р.Я. Фелькера, Д.І. Муратова. Перевагою цих методів є відносно невелика травма при операції. Вони досить обґрунтовані. Однак самі автори відмічають, що рецидиви при них не виключаються [7, 13, 23, 35]. Прихильники видалення нігтя і нігтьового ложа до окістя стверджують, що вони не мали жодного рецидиву [12, 23, 28]. Однак рубцева тканина, що замістила нігтьове ложе, недостатньо повноцінна, легко травмується і виразковується, а терміни лікування надто тривалі (до 3 тижнів і більше) [7, 8, 36]. Операція надто травматична.

Існують повідомлення про хімічну матриксектомію із застосуванням фенолу – ароматичної речовини із сильними корозійними властивостями, що володіє значно вираженою денатурацією тканинних білків [18, 20, 21, 22, 27, 33, 37, 40]. Коагуляційний некроз розвивається досить швидко і проникає вглиб тканин, внаслідок високої розчинності ліпідів, з утворенням тяжких опіків. Його знеболювальний ефект зумовлений демієлінізацією нервових волокон. У зв'язку з швидким поглинанням шкірою, можуть виникати серцево-судинні кризи, набряк легень, поліорганна недостатність [37]. Тому, після обробки нігтьового ложа необхідно щільним струменем води змивати залишки фенолу, оскільки менша кількість води лише розчиняє його та збільшує поверхню поглинання. Проте не існує єдиного прийнятого протоколу застосування фенолу при видаленні зародкової матриці. Із доступної літератури відомо, що застосовується він у 80-85% концентраціях, тривалістю не більше 3 хвилин з подальшим моментальним змиванням водою та щоденним післяопераційним спостереженням рани [20, 22, 37]. Проте С.Л. Gerritsma-Bleeker (2002 р.) наводить дані, що часткова матриксектомія та фенолізація є однаково ефективними в лікуванні врослого нігтя.

Останнім часом все частіше трапляються повідомлення про застосування при лікуванні врослого нігтя вуглекислотного лазера. Як стверджують прибічники даної методики [15, 19, 29, 32, 34, 38, 39], використання променя лазера, як основного хірургічного інструмента, дозволяє досягти стерильності операційної рани, гемостатичного ефекту, малого ступеня деформації тканин, практично не зву-

жуючи нігтьове ложе, усуває можливість рецидиву захворювання, зменшує строки непрацездатності. Проте дослідження Е. Rothermel'а (1987р.) показали, що позитивні результати та термін заживання рани, розвиток рецидивів були еквівалентними іншим існуючим способам лікування.

Пластичні методи (Loewe, Ю.Ю. Джанелідзе, А.А. Іванов, В.В.Машин., А.А. Чашніков, Д.І. Муратов, Я.Б. Ривлін) розраховані на повне видалення нігтьової пластинки, висікання всіх нігтеутворювальних тканин з подальшим пластичним закриттям рани нігтьового ложа шкірним клаптом на ніжці (за Івановим-Машиним), вільним перфорованим шкірним клаптом (за А.А. Чашніковим) чи неперфорованим шкірним клаптом (за Д.І. Муратовим). Проте кожен із запропонованих способів, за твердженням самих авторів, має суттєві недоліки. Пересажені трансплантати на нігтьове ложе недостатньо повноцінні, легко піддаються відшаруванню і часто піддаються некрозу. Клапти, що прижилися, легко травмуються і виразковуються. При даних операціях не виключаються рецидиви. Тривалість лікування, за даними В.Ф.Ларіна, становить, у середньому, до 13,9 дня.

Пластичні операції є досить радикальними, але, як правило, у практиці застосовуються обмежено. Це, ймовірно, пов'язано з ускладненнями, які більш небезпечні, ніж саме захворювання, та і з косметичної точки зору це не зовсім зручно [17, 25, 31].

Проаналізувавши способи лікування врослого нігтя, можна дійти висновку, що лікування даного захворювання представляє нелегке завдання. Одні способи лише тимчасово полегшують страждання хворого, інші – у більшому відсотку дають рецидиви, треті – надто травматичні і призводять до тривалої втрати працездатності.

Перспективи подальших досліджень. Частота врослого нігтя серед різних вікових груп населення, значний відсоток розвитку рецидивів даної патології та недосконалість методів лікування потребують розробки сучасних, більш досконалих технологій, які б забезпечували повне усунення інкарнації нігтя без розвитку рецидивів.

- Література.** 1. *Архитов Е.П.* Пластическая операция при вросшем ногте // Ортопедия, травматол. и протезир. – 1983. – №11. – С. 51-52. 2. *Башияк В.В.* Консервативное лечение вросшего ногтя // Клини. хирургия. – 1987. – №12. – С. 60. 3. *Бекмачев В.И.* Клиновидное иссечение вросшего ногтя // Казанский мед. ж. – 1990. – №6. – С. 450. 4. *Глоzman В.Н.* Вросшие ногти и их лечение // Вестн. дерматол. и венерол. – 1970. – №2. – С.72-75. 5. *Клепиков С.В.* Лечение вросшего ногтя по М.В. Мелешевичу // Восем. мед. ж. – 1986. – №3. – С. 51. 6. *Крылова Н.П., Тротт В.Ф., Танков В.И.* Способ хирургического лечения вросшего ногтя // Клини. хирургия. – 1986. – №12. – С. 53-54. 7. *Ларин В.Ф.* Сравнительная оценка методов лечения вросшего ногтя // Вестн. хирургии. – 1974. – №11. – С. 115-118. 8. *Лябах А.П., Михневич О.Е.* Хирургичне лікування врослого нігтя // Вісн. ортопедії, травматології та протезування. – 2002. – №3. – С.32-34. 9. *Маиструк С.Б.* Профилактика та лікування врослого нігтя у хворих на цукровий діабет // Кліні. хірургія. – 2000. – №5. – С. 58. 10. *Макшанов И.Я., Малешевич М.В.* Этиопатогенез вросшего ногтя и его лечение // Клини. хирургия. – 1973. – №4. – С. 57-59. 11. *Матвеев Ю.В.* Оперативный метод лечения онихогрифии большого пальца стопы // Хирургия. – 1990. – №9. – С.140-141. 12. *Микусев И.Е.* Пластическая операция при вросшем ногте // Вестн. хирургии. – 1995. – №3. – С. 111. 13. *Муратов Л.И.* Лечение вросшего ногтя // Вестн. хирургии. – 1964. – №6. – С. 112-114. 14. *Нурмаганбетов Т.К., Биркгейм Э.В., Асылбеков Т.М.* Лечение вросшего ногтя // Клини. хирургия. – 1987. – №12. – С.61. 15. *Скобелкин О.К., Герцен А.В.* Лечение вросшего ногтя с использованием углекислотного лазера // Хирургия. – 1987. – №10. – С. 93-94. 16. *Фелькер Р.Я.* Шадящий метод лечения вросшего ногтя // Хирургия. – 1986. – №11. – С. 129-130. 17. *Abby N.S., Roni P., Amnon B., Yan P.* Modified sleeve method treatment of ingrown toenail // Dermatol. Surg. – 2002. – Vol. 28, №9. – P. 852-855. 18. *Anderson J.H., Greig J.D., Ireland A.J., Anderson J.R.* Randomized, prospective study of nail bed ablation for recurrent ingrowing toenails // J. R. Coll. Surg. Edinb. – 1991. – Vol. 36, №1. – P. 60-61. 19. *Andre P.* Ingrowing nails and carbon dioxide laser surgery // Journal of the European Academy of Dermatology & Venereology. – 2003. – Vol. 17, №3. – P.288-290. 20. *Bostanci S., Ekmekci P., Gurgey E.* Chemical matricectomy with phenol for the treatment of ingrowing toenail: a review of the literature and follow-up of 172 treated patients // Acta Derm. Venereol. – 2001. – Vol. 81, №3. – P. 181-183. 21. *Gerritsma-Bleeker C.L., Klaase J.M., Geelkerken R.H., Hermans J., van Det R.J.* Partial matrix excision or segmental phenolization for ingrowing toenails // Arch. Surg. – 2002. – Vol. 137, №3. – P. 320-325. 22. *Grieg J.D., Anderson J.H., Ireland A.J., Anderson J.R.* The surgical treatment of ingrowing toenails // J. Bone Joint Surg. Br. – 1991. – Vol. 73, №1. – P. 131-133. 23. *Haneke E.* Nail surgery // Eur. J. Dermatol. – 2000. – Vol. 10, №3. – P. 237-241. 24. *Heymanns M., Berger S., Wurfel A.* Outcome of treatment of ingrown toe nails in the child // Handchir. Mikrochir. Plast. Chir. – 1997. – Vol. 29, №6. – P. 307-313. 25. *Kim Y.J., Ko J.H., Choi K.C. et al.* Nail-splinting technique for ingrown nails: the therapeutic effects and the proper removal time of the splint // Dermatol. Surg. – 2003. – Vol. 29, №7. – P. 745-748. 26. *Lazar L., Erez I., Katz S.* A conservative treatment for ingrown toenails in children // Pediatr. Surg. Int. – 1999. – Vol. 15, №2. – P. 121-122. 27. *Leahy A.L., Timon C.I., Craig A., Stephens R.B.* Ingrowing toenails: improving treatment // Surgery. – 1990. – Vol. 107, №5. – P. 566-567. 28. *Leal M.J., Lucas A.P., Duarte R.* Free me from this nail! Please! // Acta Med. Port. – 1998. – Vol. 11, №7. – P. 667-673. 29. *Lin Y.C., Su H.Y.* A surgical approach to ingrown nail: partial matricectomy using CO2 laser // Dermatol. Surg. – 2002. – Vol. 28, №7. – P. 578-580. 30. *Reijnen J.A., Goris R.J.* Conservative treatment of ingrowing toenails // Br. J. Surg. – 1989. – Vol. 76, №9. – P. 955-957. 31. *Robertson D.G., Parker P.J.* The treatment role of the plastic nail guard for ingrowing toenails // J. R. Army Med. Corps. – 2001. – Vol. 147, №2. – P.183-186. 32. *Rothermel E., Apfelberg D.B.* Carbon di-

oxide laser use for certain diseases of the toenails // *Clin. Podiatr. Med. Surg.* – 1987. – Vol. 4, №4. – P. 809-821. 33. *Rounding C., Hulm S.* Surgical treatments for ingrowing toenails // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2000. – №2. – P. 1541. 34. *Serour F.* Recurrent ingrown big toenails are efficiently treated by CO2 laser // *Dermatol. Surg.* – 2002. – Vol. 28, №6. – P. 509-512. 35. *Siegle R.J., Stewart R.* Recalcitrant ingrowing nails. Surgical approaches // *J. Dermatol. Surg. Oncol.* – 1992. – Vol. 18, №8. – P.744-752. 36. *Simek K.* Treatment of ingrown toenails // *Rozhl. Chir.* – 2000. – Vol. 79, №10. – P. 498-499. 37. *Sugden P., Levy M., Rao G.S.* Onychocryptosis — phenol burn fiasco // *Burns.* – 2001. – Vol. 27, №3. – P. 289-292. 38. *Takahashi M., Narisawa Y.* Radical surgery for ingrown nails by partial resection of the nail plate and matrix using a carbon dioxide laser // *J. Cutan Laser Ther.* – 2000. – Vol.2, №1. – P. 21-25. 39. *Yang K.C., Li Y.T.* Treatment of recurrent ingrown great toenail associated with granulation tissue by partial nail avulsion followed by matricectomy with sharpulse carbon dioxide laser // *Dermatol. Surg.* – 2002. – Vol.28, №5. – P. 419-421. 40. *Zaborszky Z., Fekete L., Tausin F., Orgovan G.* Treatment of ingrowing toenail with segmental chemical ablation // *Acta Chir. Hung.* – 1997. – Vol. 36, №1-4. – P. 398-400.

TREATMENT OF INGROWN TOE NAIL

S.O. Sokolnyk, B.M. Bodnar

Abstract. The research deals with an analysis of the existing treatment methods of an ingrown toenail. None of the proposed methods is deprived of disadvantages.

Key words: ingrown toe nail, treatment.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2005. – Vol.9, №1. P.141-144.

Надійшла до редакції 04.10.2004 року