

©В. В. КРИЖЕВСЬКИЙ², О. О. ЦИГАНЕНКО¹, М. В. ШЕВЧУК¹, Ю. В. РИБ'ЯНЕЦЬ¹, Р. В. ІВАНЧЕНКО¹,
І. М. ЩЕГОЛЬ², НГО ТОАН¹

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика¹
Київська міська клінічна лікарня № 6²

Обґрунтування вибору малоінвазивних оперативних втручань при врослому нігті у хворих на цукровий діабет

Мета роботи: навести приклад використання малоінвазивного методу ARCADA при лікуванні оніхокриптозу у хворих на цукровий діабет.

Ключові слова: оніхокриптоз; врослий ніготь; клінічний випадок; метод ARCADA; класифікація Мозена.

Серед гнійно-септичних захворювань шкіри та підшкірно-жирової клітковини значне місце займає врослий ніготь (*incarnatio unguae*, оніхориптоз), який виникає внаслідок травмування матриксу нігтьової пластини та характеризується потовщенням і деформацією бокового краю, виникненням довго незагоюювальних ранових дефектів [1, 2, 3].

Протягом останніх років кількість хворих на врослий ніготь не тільки не зменшилося, але і спостерігається тенденція до збільшення числа хворих, яка нараховує 5–6 % від загальної кількості населення або 20 % від усіх амбулаторних (хірургічних) хворих [4].

Незважаючи на високу захворюваність, за медичною допомогою звертаються та отримують кваліфіковане хірургічне лікування не більше 1 % хворих [5]. Ефективність сучасних методів лікування врослого нігтя залишається дуже низькою, про що свідчить факт, що 40–60 % хворих із врослим нігтем звертаються до лікаря повторно [6].

Етіологічними чинниками виникнення врослого нігтя є різні фактори, а саме:

1) мікротравма матриксу, внаслідок якої порушується мікроциркуляція та іннервація в ростковій зоні нігтя. В середньому через 6 місяців після травми латеральна частина нігтя деформується у підшовному напрямку, з'являються перші ознаки врослого нігтя. Якщо враховувати анатомію та гістологію, оніхоласти нігтьової пластини діляться у напрямку до вільного краю нігтя, при обрізанні по прямій лінії ріст нігтя продовжується у напрямку дистального валика, а при заокругленні його країв – у напрямку штучно створеного вільного краю;

2) неправильне обрізання нігтьової пластинки під час виконання педикюру (як самостійного, так і в кабінеті педикюру);

3) використання вузького взуття, незручного взуття, взуття на високих підборах, коли виникає перерозподіл навантаження маси тіла зі склепіння стопи на фаланги пальців, а особливо на I палець стопи;

4) грибок ураження нігтьової пластинки;

5) недотримання правил гігієни стопи;

6) диспропорційне відношення між кістковим остовом та м'якими тканинами стопи та пальців;

7) важливим етіологічним чинником розвитку врослого нігтя є ураження нервових стовбурів, нижніх кінцівок, середнього та крупного калібра. Гостра та хронічна травма нервових закінчень призводить до трофічних порушень у тканинах кінцівки, яку на жаль, часто недооцінюють практикуючі лікарі [7]. Sadr B. вказує на розвиток врослого нігтя навіть у хворих після пересадки пальців [8].

Типова тактика лікування врослого нігтя в поліклінічній або стаціонарній практиці поділяється на 4 групи методів:

I група – це втручання на м'яких тканинах. У даній групі хворих виконують оперативні втручання, спрямовані на зменшення в об'ємі нігтьових валиків, без втручання на зону росту (матриксу) та нігтьову пластину. Однією з найбільш розповсюджених операцій даної групи в амбулаторній практиці є операція за методом М. В. Мелешевича (1971 р.), яка пропонує виконувати пластичну операцію з формуванням нових навколонигтьових валиків за допомогою трапецієподібного розрізу для усунення зайвих тканин та фіксації нових валиків по бокових контурах за допомогою П-подібних швів, щоб попередити їхній зсув на тіло нігтьової пластинки. Дані методики спираються на теорію, що ширина нігтьової пластинки генетично схильна та відповідає розмірам нігтьового ложа, у зв'язку з цим врослий край не видаляється.

II група – це втручання на нігтьовій пластинці. У даній групі хворих виконують оперативні втручання, спрямовані на зменшення в об’ємі нігтьової пластини з втручанням на зону росту нігтьову пластину або без нього.

Однією з найбільш розповсюджених операцій даної групи в амбулаторній практиці є операція за методикою G. Dupuitren (1847 р.). Дана методика включає екстракцію ураженої нігтьової пластинки, при цьому ніготь повздовжньо розсікається ножицями на дві половинки, кожна з яких викручується затискачем Пеана або Кохера з висіченням секвестрованих тканин. Після загоєння нігтьове ложе зменшується в розмірах, а відростаючи ніготь стає товщим та грубшим. Частота рецидивів при використанні даної методики досягає 60–70 %.

III група – операції на нігтьовій пластинці та м’яких тканинах одночасно [9]. В даній групі хворих виконують оперативні втручання, спрямовані на зменшення в об’ємі нігтьової пластини з втручанням на зону росту нігтьової пластини та зменшення в об’ємі навколонигтьових валиків.

Однією з найбільш розповсюджених операцій даної групи в амбулаторній практиці є операція за методом Кенінга–Шмидена. Виконується клиноподібне висічення нігтьової пластинки на стороні вrostання, відступаючи від края на 0,4–0,5 см. Нігтьовий валик розрізають в поперечному напрямку, а потім проксимально на 1,0–1,5 см, перший розріз доповнюють боковим під гострим кутом до плоскості пальця з обхопленням бокового валику. В результаті злиття двох розрізів клиноподібно вилучається вросла частина нігтя зі всіма тканинами. Рану дренують жолобоподібними дренажами із хлорвінілових трубок. Операція Шмидена, при якій клиноподібно висікаються врастаюча частина та матрикс до надкiстниці, приводить до одужання тільки в тому випадку, якщо цілком уражений матрикс.

IV група – пластичні методики, які розраховані на повне видалення нігтьової пластинки, висічення всіх нігтьоутворювальних тканин із наступним пластичним закриттям рани нігтьового ложа шкірним клаптом на ніжці. Недоліками цієї групи операцій є те, що такі втручання мають довгий післяопераційний період – до 2 тижнів, складні у виконанні, мають виражений косметичний дефект, а шкірні клапті травмуються та виразкуються.

Аналізуючи джерела літератури, варто зазначити, що розглядаючи врослий ніготь як гнійно-запальний процес, лікувальні заходи при цьому проводять лише з урахуванням особливостей ураження та мікрофлори. На наш погляд, цього не достатньо.

Враховуючи все вищезазначене, робочий колектив кафедри загальної та невідкладної хірургії НМАПО імені П. Л. Шупика на базі Київської міської клінічної лікарні № 6 розробив та удосконалив метод лікування врослого нігтя, який належить до III групи (операції на нігтьовій пластинці та м’яких тканинах одночасно). Приклад № 1. Хворий Ю., 21 рік, звернувся в КМКЛ № 6 30.01.2018 зі скаргами на біль у ділянці першого пальця правої стопи, яких посилюється при ходьбі, виділенні гною з навколонигтьових валиків, наявність гіпергрануляцій (рис. 1).



Рис. 1. Первинний візит пацієнта. Наявність двобічного оніхокриптозу.

Із анамнезу відомо, що хворий хворіє на врослий ніготь протягом 7 років, неодноразово виконували оперативні втручання в різних клініках міста Києва та періодично пацієнт самостійно виконував резекцію нігтьової пластини, про що свідчить самозвіт хворого у вигляді фотографій, приклад такої фотографії приведено (рис. 2).



Рис. 2. Самостійна “резекція” врослого контура, виконана пацієнтом.

Хворіє на цукровий діабет I типу, приймає: 09:00 Епайдра 10–12 МО, 13:00 Епайдра 10–12 МО, 19:00 Епайдра 10–12 МО, 23:00 Лантус 34 МО. При обстеженні в кабінеті діабетичної стопи даних за діабетичну полінейропатію не виявлено. Лабораторні данні: рентгенографія правої

стопи – ураження кісткової структури не виявлено. Електрокардіограма – ритм синусовий, частота серцевих скорочень 92 на хвилину, електрична вісь серця відхилена вправо. Група крові А(II), Rh (+) позитивний. Коагулограма – протромбіновий індекс 87, час рекальцифікації плазми 120, фібриноген 3.6. Загальний аналіз крові – WBC: $8.6 \cdot 10^9/L$ $\langle 3.5 - 10.0 \rangle$ MCV: 74 L fl $\langle 80 - 97 \rangle$ RBC: $5.35 \cdot 10^{12}/L$ $\langle 3.8 - 5.8 \rangle$ MCH: 30.3 pg $\langle 26.5 - 33.5 \rangle$ HGB: 162 g/L $\langle 110 - 165 \rangle$ MCHC: 412 H g/L $\langle 315 - 350 \rangle$ HCT: .394 L/L $\langle .350 - .500 \rangle$ RDW: 13.0 % $\langle 10.0 - 15.0 \rangle$ PLT: $237 \cdot 10^9/L$ $\langle 150 - 390 \rangle$ MPV: 8.5 fl $\langle 6.5 - 11.0 \rangle$ PCT: $.201 \cdot 10^{-2}L/L$ $\langle .100 - .500 \rangle$ PDW: 13.4 % $\langle 10.0 - 18.0 \rangle$ WBC Flags: G1 G2 DIFF: %LYM: 18.3 % $\langle 17.0 - 48.0 \rangle$ #LYM: $1.5 \cdot 10^9/L$ $\langle 1.2 - 3.2 \rangle$ %MON: 11.7% $\langle 4.0 - 10.0 \rangle$ #MON: $1.0 \cdot 10^9/L$ $\langle 0.3 - 0.8 \rangle$ %GRA: 70.0% $\langle 43.0 - 76.0 \rangle$ GRA: $6.1 \cdot 10^9/L$ $\langle 1.2 - 6.8 \rangle$. Біохімічний аналіз крові: загальний білок 83 г/л, білірубін загальний 9,2 мкмоль/л, непрямої 9,2 мкмоль/л, АлАТ 0,49, АсАТ 0,4, сечовина 5,7. Загальний аналіз сечі: кількість 20 мл, колір солом'яний, прозора, білок не виявлено, ацетон не виявлено, епітеліальні клітини незначна кількість в полі зору, лейкоцити 1–2 в полі зору, еритроцити незмінні не виявлено. Мікробіологічне дослідження виділення з рани та визначення чутливості виділених культур до хіміотерапевтичних препаратів: St. Aureus чутливий до цефтріаксону, оксациліну, гентаміцину, офлоксацину, доксицикліну, ванкоміцину, лінезоліду кліндаміцину. Діагноз: врослий ніготь I пальця правої стопи IV стадії (classification Mozena J. D.). Хворому виконано хірургічне втручання під місцевою анестезією за Оберстом-Лукашевичем розчином лідокаїну 4.0 мл. Одномоментно виконано формування фізіологічної форми нігтьової пластини (рис. 3, 4) з пластиною навколонигтьових валиків за методикою Аркада (рис. 5).

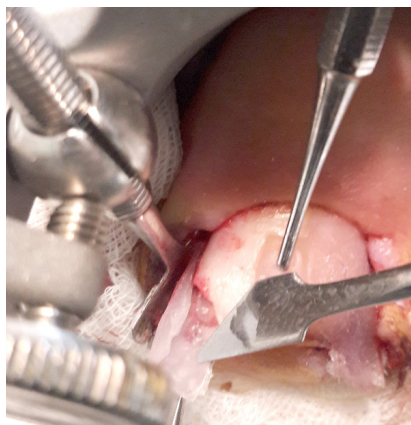


Рис. 3. Видалення врослого контура за допомогою апарата Аркади.



Рис. 4. Протезування нігтьової пластинки. Відновлення фізіологічної форми нігтьової пластинки.



Рис. 5. Пластика навколонигтьових валиків.

У післяопераційному періоді хворий отримував інсулінотерапію: 09:00 Епайдра 10–12 МО, 13:00 Епайдра 10–12 МО, 19:00 Епайдра 10–12 МО, 23:00 Лантус 34 МО під контролем рівня глюкози крові, декскетопрофен (сертофен) у дозуванні 50 мг/2 мл перші 6 та 12 год, було вирішено не призначати антибактеріальні препарати, а виконувати перев'язки зі спреєм VerbereX 2 рази на день з експозицією розчину 5 хвилин. Через 14 днів виконано зняття швів. За період нагляду за хворим і до сьогодні рецидиву захворювання не виявлено.

Висновок: дана методика усуває недоліки інших систем та оперативних методик, оскільки одночасно діє на два патогенетичних фактора, а саме на нігтьову пластину, моделюючи її подальший ріст, та на нігтьові валики, формуючи їх анатомічно під фізіологічну форму нігтьової пластини. Спираючись на клінічний досвід лікарів Київської міської клінічної лікарні № 6 та співробітників кафедри загальної та невідкладної хірургії НМАПО імені П. Л. Шупика, встановлено, що дана методика може застосовуватися в клінічній практиці лікарів України.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гуров П. И. Опыт лечения вросшего ногтя. “История городского муниципального объединения им. С. П. Боткина и современное состояние специальной медпомощи / П. И. Гуров. – Орёл, 1999. – С. 163–164.
2. Ткаченко Г. К. Лечение вросшего ногтя / Г. К. Ткаченко // Здоровоохранение Казахстана. – 1981. – № 1. – С. 58–59
3. Томнюк Н. Д. Лечение вросшего ногтя. Вопросы гнойной хирургии : тезисы докладов / Н. Д. Томнюк, Г. В. Шагер. – Красноярск, 1981. – С. 74–76.
4. Sonnex T. S. Treatment of ingrowing toenails with liquid spray cryotherapy / T. S. Sonnex, R. P. Dawber // BR. Med. J. Clin. Res. Ed. – 1985. – Vol. 291 (6489). – P. 173–175.
5. Фарыгин К. М. Транспозиция ногтевого ложа при врос-

- шем ногте: материалы межрайонной конференции / К. М. Фарыгин, А. В. Исайкин. – Орёл. – 1999. – Т. 4. – С. 602–604.
6. Мелешевич М. В. Причины рецидивов при лечении вросшего ногтя. XI пленум правления научного общества хирургов : тезисы докладов / М. В. Мелешевич. – Минск. – 1972. – С. 246–247.
7. Шеклаков Н. Д. Болезни ногтей / Н. Д. Шеклаков. – М. : Медицина, 1975.
8. Samman P. O. Over-curvature of the nails. The Nails in Di serve. 3rd edition / P. O. Samman. – London. WmHeinemann; 1978. – p. 143.
9. Фелькер Р. Я. Щадящий метод лечения вросшего ногтя / Р. Я. Фелькер // Хирургия им. Н. И. Пирогова. – 1986. – Т. 11. – С. 129–130.

REFERENCES

1. Gurov, P.I. (1999) *Opyt lecheniya vrosshego nogtia. Istoriya gorodskogo munitsipalnogo obedineniya im. S.P. Botkina i sovremennoe sostoyanie spetsialnoy medpomoshchi [Experience of treatment of ingrown nail]*. Orel [in Russian].
2. Tkachenko, G.K. (1981). *Lechenie vrosshego nogtya [Treatment of ingrown nail]. Zdravookhranenie Kazakhstana – Public Health of Kazakhstan, 1, 58-59 [in Russian]*.
3. Tomnyuk, N.D., & Shager, G.V. (1981). *Lechenie vrosshego nogtya. Voprosy gnoynoy khirurgii. Tezisy dokladov [Treatment of ingrown nail. Questions of purulent surgery. Theses of reports]*. Krasnoyarsk [in Russian]
4. Sonnex, T.S., & Dawber-R.P. (1985). Treatment of ingrowing toenails with liquid spraycryotherapy. *BR. Med. J. Clin. Res. Ed., 291 (6489), 173-175.*
5. Farigin, K.M., & Isaykin A.B. (1999) *Transpozitsiya nogtevoogo lozha pri vrosshem nogte [Transposition of the nail*

- bed with ingrown nails]. *Materialy mezhrayonnoy konferentsii – Materials of inter-district Conference*. Orel. (pp. 602-604) [in Russian].
6. Meleshevich, M.V. (1972). *Prichiny retsidivov pri lechenii vrosshego nogtya [Causes of relapse in the treatment of ingrown nails]. XI plenum pravleniya nauchnogo obshchestva khirurgov (tezisy dokladov) – XI Plenum of the Board of the Scientific Society of Surgeons (abstracts)*. Minsk [in Russian].
7. Sheklakov, N.D. (1975). *Bolezni nogtey [Diseases of the nails]*. Moscow: Meditsina.
8. Samman, P.O. (1978). *Over-curvature of the nails. The Nails in Di serve. 3rd edition*. London. WmHeinemann.
9. Felker, R.Ya. (1986). *Shchadyashchiy metod lecheniya vrosshego nogtya [Gentle method of treatment of ingrown nail]. Khirurgiya im. N.I. Pirogova – Surgery named after N.I. Pirogov, 11, 129-130 [in Russian]*.

Отримано 27.02.2018

V. V. KRYZHEVSKIY², O. O. TSYHANENKO¹, M. V. SHEVCHUK¹, Yu. V. RYBIANETS¹, R. V. IVANCHENKO¹, I. M. CHEGOL², N. L. TOAN¹

P. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education¹
Kyiv Municipal Hospital № 6²

RATIONALE FOR THE CHOICE OF MINIMALLY INVASIVE SURGICAL INTERVENTIONS FOR AN INGROWN NAIL IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

The aim of the work: to give an example of the use of a minimally invasive method of ARCADA in the treatment of onychryptosis.

Key words: onychriphotosis; ARCADA method; Mozen classification; ingrown nail.

V. V. КРЫЖЕВСКИЙ², А. О. ЦИГАНЕНКО¹, М. В. ШЕВЧУК¹, Ю. В. РЫБЯНЕЦ¹, Р. В. ИВАНЧЕНКО¹, И. Н. ЩЕГОЛЬ², НГО ТОАН¹

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика¹
Киевская городская клиническая больница № 6²

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ВРОСШЕМ НОГТЕ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Цель работы: привести пример использования малоинвазивного метода ARCADA при лечении онихокриптоза у больных сахарным диабетом.

Ключевые слова: онихокриптоз; вросший ноготь; клинический случай; метод ARCADA; классификация Мозена.