

Дискусійні статті

УДК 616.577-002.36

А.Р. Вергун

ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНІ ХРОНІЧНІ ПОВЕРХНЕВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПАЛЬЦІВ КИСТІ ТА СТОПИ: АНАЛІЗ ДАНИХ ЛІТЕРАТУРИ І ВЛАСНИХ СПОСТЕРЕЖЕНЬ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Резюме. Нами проаналізовано за п'ятирічний період 469 випадків деструктивних гнійно-некротичних поверхневих хронічних, комбінованих та поєднаних уражень дистальних відділів пальців кисті та стопи у хворих, віком 14-95 років, 367 чоловіків та 102 жінок. Неускладнені випадки становили 308 осіб, 65,67 % загальної вибірки, в окремих субвибірках, згідно з проведеним розподілом за нозологічними формами, – 65,96-75 %; ускладнені, поєднані та комбіновані хронічні ураження стверджено в 161 пацієнта, 34,33 % загальної вибірки (без урахування травматичних пошкоджень – 40,92 %), в окремих субвибірках – 25-34,04 %. Встановлено, що хронічну пароніхію найчастіше спричиняє *Candida albicans*; у 200 пацієнтів (42,64 %) діагностовано змішану інфекцію. Констатовано 93 випадки неускладненого (65,96 % субвибірки) та 48 – ускладненого (34,04 % субвибірки) оніхокриптозу. У них вико-

нували резекцію нігтя, доповнену протирецидивними заходами. Видалення уражених нігтів здійснювали в пацієнтів із мікотичними ураженнями (також застосовували місцеву та системну антимікотичну терапію). Досліджено аспекти морфогенезу деструктивних мікотичних уражень. Різноманітність чинників етіології та патогенезу гнійно-некротичних хронічних уражень стопи, сприяючи виникненню, прогресуванню та рецидивному перебігу цих захворювань, створює об'єктивні труднощі діагностики. Проведений аналіз обґрунтовує доцільність встановлення прогностичних взаємозв'язків між клінічними варіантами гнійно-некротичної хронічної, комбінованої та поєднаної патології дистальних відділів кисті та стопи.

Ключові слова: гнійно-некротичні захворювання пальців кисті та стопи, пароніхія, оніхокриптоз, оніхомікоз, морфогенез, комплексне лікування.

Вступ. Необхідність проведення комплексних досліджень гнійно-некротичної патології (панарицію) дистальних відділів кисті та стопи (гострої та хронічної, ускладненої, комбінованої, поєднаної та рецидивної) насамперед детермінується значною кількістю клінічних спостережень неускладнених та ускладнених випадків [12, 17, 19-21]. У вітчизняній та закордонній літературі наявна значна кількість робіт, присвячених панарицію [1, 4, 9-11, 18]. Проте хронічним та поєднаним варіантам гнійно-некротичних уражень відведена мінімальна, другорядна роль [4, 5]. Врослий ніготь, як гнійно-некротичне хронічне запалення епоніхеальних тканин компресійного генезу внаслідок дії додаткового чинника (наприклад травми), може детермінувати виникнення гострого епоніхеального абсцесу [1, 12]. Сприяють розвитку та затяжному перебігу гнійно-некротичного процесу пальців різні коморбідні стани: цукровий діабет та інші облітеруючі захворювання артерій, хронічні локальні порушення кровообігу [1, 3, 8, 13, 20]. Дослідження аспектів етіології, патогенезу та морфогенезу цієї патології сприяє поліпшенню надання амбулаторної хірургічної допомоги населенню; результати детермінують оптимізацію комплексного лікування, покращання якості життя пацієнтів, зменшення кількості ранніх і пізніх ускладнень та рецидивів. Незважаючи на окремі досягнення в комплексному лікуванні хронічних гнійно-некротичних та поєднаних уражень дистальних фаланг, асоційованих із грибовою інфекцією, – залишаються

ряд нез'ясованих аспектів, пов'язаних насамперед з показами та вибором методів оперативного лікування [2-4, 14].

Як відомо, “механістичний” підхід до комплексного лікування “малооб’ємної” поверхневої патології нігтьових фаланг пальців кисті та стопи, неадекватне ведення післяопераційного періоду при гнійно-некротичних ураженнях дистальної фаланги пальця сприяє приєднанню мікстинфекції, виникненню вторинних деформацій, а також – вроданню нігтьової пластини [1, 2, 8, 14, 15, 17].

Нами проведено дослідження деяких нозологічних форм та клінічних варіантів гнійно-некротичної поверхневої хронічної та рецидивної патології дистальних відділів кисті та стопи щодо покращання діагностики та комплексного лікування, профілактики ускладнень (включаючи генералізовані) та рецидивів.

Мета дослідження. Дослідити частоту виникнення окремих нозологічних форм та деякі аспекти морфогенезу поверхневої хронічної та поєднаної гнійно-некротичної патології дистальних відділів кисті та стопи в контексті вибору оптимальних способів комплексного лікування та послідовності їх застосування, профілактики ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень.

Матеріал і методи. Ретро- та проспективно проаналізовано за п'ятирічний період (2009-014рр.) 469 випадків деструктивних гнійно-некротичних поверхневих хронічних, комбінованих та поєднаних уражень дистальних відді-

лів пальців кисті та стопи у хворих, віком 14-95 років, 367 чоловіків та 102 жінок, прооперованих у хірургічних відділеннях комунальної 4-ї міської лікарні, клінічних поліклінік № 1 і №5 м. Львова. Всі хірургічні втручання виконано адекватно згідно з локальними протоколами відповідно домінуючих нозологічних форм і клінічних варіантів ураження [2-4, 7]. Нами конкретизовано перебіг маніфестуючих та латентних випадків гнійно-некротичної хронічної та поєднаної патології дистальних відділів кисті та стопи (моноуражень; ускладнених, комбінованих і поєднаних мікотично-асоційованих процесів та рецидивів), прооперовані стаціонарно та амбулаторно; досліджено морфологічні зміни; проаналізовано причини незадовільних результатів комплексного лікування хронічної гнійно-некротичної патології пальців кисті та стопи для пошуку шляхів профілактики рецидивів та стверджено оптимальні способи й етапність проведення хірургічної корекції в структурі комплексного лікування хронічних моноуражень, ускладнених, комбінованих та поєднаних мікотично-асоційованих первинних процесів та рецидивів. Неускладнені випадки загалом становили 308 осіб, 65,67 % загальної вибірки, в окремих субвибірках, згідно з проведенням розподілом за нозологічними формами (табл.), – 65,96-75 % (M=67,16 %); ускладнені, поєднані та комбіновані хронічні ураження стверджено в 161 пацієнта, 34,33 % загальної вибірки (без урахування травматичних пошкоджень – 40,92 %), в окремих субвибірках – 25-34,04 % (M=33,02 %).

У субвибірках за віком пацієнтів із хірургічною оніхопатологією понад половину (51,81 %)

всіх спостережень становили пацієнти 30-50-річного віку; 29,85 % спостережень від загальної вибірки становили особи віком 30-40 років та інші 21,96 % – віком 40-50 років; 20,46 % – пацієнти віком 50-60 років. Пацієнти 20-30 років становили 20,04 % вибірки; 6,39 % випадків хірургічної оніхопатології – особи віком 60-70 років. Гнійно-некротичні хронічні комбіновані та поєднані ураження дистальних відділів кисті та стопи в пацієнтів інших вікових груп були відносно рідкісним явищем. Максимальне значення індексу оніходеструкції в осіб з ускладненим поліоніхомікозом, комбінованими та поєднаними ураженнями згідно з нашими спостереженнями становило 108 балів (індекс оніходеструкції може становити від 3 до 160 умовних балів).

Результати дослідження та їх обговорення.

Неускладнені випадки становили понад половину (308 осіб, 65,67 %) усіх спостережень гнійно-некротичних хронічних уражень дистальних відділів кисті та стопи [1, 4]. Встановлено, що хронічну пароніхію спричиняє *Candida albicans*, а також деякі бактерії, як наприклад *Staphylococcus aureus* або *Pseudomonas*; у 200 пацієнтів (42,64 %) діагностовано змішану інфекцію. Характерний хвилеподібний або рецидивний перебіг захворювання без вираженого запалення та посилення больового синдрому [9, 11]. Важливою ознакою є відсутність оніхеальної кутикули в зв'язку з прогресивним її відшаруванням від нігтя; ураження проксимальної частини нігтьової пластини (при кандидозній пароніхії), що проявляється смужкою оніхолізуу вздовж бічного краю нігтя або наявністю поперечних борозен [6, 8, 12-14]. У 36

Таблиця

Гнійно-некротичні хронічні та поєднані ураження дистальних відділів кисті та стопи: розподіл за нозологічними формами, ускладненими та поєднаними клінічними випадками

Нозологічні форми	Клінічні спостереження	Сумарна кількість випадків	Відсоток у субвибірці	Всього
L 03.0 – Панарицій	Неускладнені	96	67,61 %	142
	Ускладнені, комбіновані та поєднані	46	32,39 %	
L 60.0 – Врослий ніготь	Неускладнені	93	65,96 %	141
	Ускладнені, комбіновані та поєднані	48	34,04 %	
B 35.1 – Дерматофітійний оніхомікоз	Неускладнені	68	66,67 %	102
	Ускладнені, комбіновані та поєднані	34	33,34 %	
B 37.2 – Кандидозний оніхомікоз	Неускладнені	33	66,00 %	50
	Ускладнені, комбіновані та поєднані	17	34,00 %	
L 60.2 – Оніхогрифоз	Неускладнені	18	75,00 %	24
	Ускладнені, комбіновані та поєднані	6	25,00 %	
Травми нігтя та навколонигтьових тканин	Ускладнені, комбіновані та поєднані	10		469

пацієнтів стверджено оніхомадез – відділення всієї нігтьової пластини від основи нігтя (із проксимального краю) у короткі терміни [14], на відміну від оніхолізісу (57 випадків), із запаленням та болем; характерний для кандидозної, стафілокової, стрептокової пароніхії з оніхією [3, 12-14], хронічної пароніхії, при наявності прориву під ніготь [18], після травми нігтьової фаланги; сприяючою фоною коморбідною патологією може бути псоріаз (болючий оніхомадез діагностовано в п'яти пацієнтів), подагра (три особи) тощо.

Пароніхію (бактерійну, хронічну кандидозну та поєднану етіології [1, 3, 5] у фазі загострення) констатовано у 55 пацієнтів (11,73 % вибірки). Спостерігався больовий синдром різної інтенсивності: від помірно терпимого до різко вираженого нестерпного [5]. Пароніхія без прориву під ніготь характеризувалася помірно вираженим больовим синдромом без порушення сну. Значно вираженою була гіперемія та гіпертермія пароніхеальних тканин; виявлено характерні симптоми відшарування кутикули та локального розм'якшення [5, 14], гнійник було розкрито та дреновано. У 24 проспективних досліджених випадках спостерігався прорив пароніхії під нігтьову пластину з її відшаруванням, причому додатково візуалізувався симптом просвічування гною та патологічна рухомість відшарованого фрагмента нігтя (за наявності оніхомадезу). У 22 пацієнтів констатовано патологічні виділення з-під нігтьових валиків [5, 14, 17]. Цим хворим виконано розкриття гнійника з видаленням нігтя (18 осіб), резекція нігтя (операція Канавела) – інші шість пацієнтів [2, 5, 18].

Серед нозологічних форм немікотичної деструктивної гнійно-некротичної хронічної патології дистальних відділів кисті та стопи превалював врослий ніготь — констатовано 93 випадки неускладненого (65,96 % субвибірки) та 48 — ускладненого (інші 34,04 % субвибірки) оніхокриптозу [1, 3, 16, 23]. У 46 пацієнтів (32,62 %) первинно розвивався епоніхеальний абсцес, який проривав назовні. Проте патологічна компресія краєм нігтьової пластини залишається, захворювання переходить у хронічну гнійно-некротичну стадію з формуванням вогнищевих епоніхеальних некрозів та гіпергрануляцій, що стверджено в 55 пацієнтів (39,01 % субвибірки). Ці фази (фактично, загострення та ремісії) є взаємоперехідними. За нашими даними, біля третини пацієнтів не можуть чітко ідентифікувати та описати початок проявів захворювання [12, 16]. У 16 пацієнтів врослий ніготь виник та проходив на тлі цукрового діабету, діабетичної мікро- та макроангіопатії (проспективний матеріал): 10 чоловіків та 6 жінок, віком 34-65 років. У всіх випадках констатовано наявність патологічного вrostання нігтьової пластини, ускладненого хронічним гнійно-некротичним запаленням епоніхеального валика; у шести пацієнтів – із формуванням гіпергрануляційної тканини. У 10 осіб з цієї субви-

бірки стверджено також оніхомікоз, діагностовано патологічне вrostання мікотично ураженої нігтьової пластини; з ложа уражених нігтів найбільш часто виділяли *T. rubrum* та *C. albicans*, у двох випадках – *T. Mentagrophytes* [6, 12, 13, 19-22]. Нами виявлено, що врослий ніготь із розвитком епоніхеальних гіпергрануляцій нерідко поєднується з мікотичною патологією [3, 4, 7], де існує певний ризик (2,1 % спостережень) розвитку остеомієліту, особливо за наявності комбінованого або поєданого ураження [5, 7]. В осіб літнього віку захворювання характеризувалося тривалим анамнезом, оніхокриптоз виникав на тлі трихофітного піднігтьового гіперкератозу, що супроводжувалося посиленням больового синдрому та появою гнійних виділень з-під нігтя [5, 14]. Біль середньої інтенсивності ставав постійним, значно посилювався при натисканні на нігтьову фалангу, особливо при пальпації пучки ураженого пальця, що супроводжувалося локальним набряком та гіперемією без візуалізації симптому патологічної флотації нігтьової пластини [16, 22, 23]. Нами виділено варіанти клінічного перебігу та стверджено, що в осіб середнього віку хронічний гнійно-некротичний процес, розростання гіпергрануляційної тканини є добрими "вхідними воротами" для проникнення мікотичної інфекції. Оніхомікоз у таких випадках може проявлятися як віддалене ускладнення в пізньому післяопераційному періоді; також є причиною пізніх рецидивів "вrostання". Вторинне патологічне "вrostання" мікотично зміненої нігтьової пластини характерне для трихофітії у осіб літнього віку. Самолікування або відмова від лікування детермінують хронізацію захворювання та зростання частоти ускладнень [17, 20].

Сприяючим "фоном" для виникнення хронічних гнійних оніхій є склероніхія, – нігтьова пластинка особливо тверда, луночки зникають, колір нігтьової пластини жовто-сірий, ніготь непрозорий [5, 14]. Вона виявлена у 43 пацієнтів (9,17 % вибірки, віком 47-72 роки) на хронічну мікотичну, бактерійну або змішану інфекцію; також є "проміжним етапом" щодо виникнення оніхогрифозу. Фонові нейротрофічні та нейроваскулярні розлади нерідко запускають каскад сприяючих чинників та патогенетичних ланок, що детермінують виникнення та прогресування хронічних гнійно-некротичних процесів [17, 18, 20]; порушення гліколізу та енергетичного забезпечення клітин шкіри, разом з іншими чинниками, знижують інтенсивність запальної реакції. Проксимально- та дистально-латеральний оніхомікоз характеризується наявністю ураження нігтьового ложа – його почорніння з боку епо- та (або) ретроніхеального валиків, що "просвічується" через нігтьову пластину, переважно виникає внаслідок хронічної мікотичної пароніхії [5, 14]. Така патологія швидко прогресує та характеризується частим виникненням (21,54 %) гнійних ускладнень. Для хронічного перебігу мікозів стопи переважно характерна слабо виражена запальна реакція [17, 19, 20].

Розвитку хронічної патологічної компресії краєм нігтьової пластини епоніхеального валика [5, 14, 18, 20]: носіння вузького взуття, неадекватна санація дистального краю нігтя, природжені та набуті деформації нігтьової пластини та ложа, які є також і факторами ризику мікотичних уражень.

Враховуючи те, що грибові інфекції нігтів та білянігтьових тканин є однією з найважчих проблем дерматології та дерматохірургії не лише в терапевтичному, але і в діагностичному та епідеміологічному аспектах, що пов'язано із розповсюдженням мікотичних уражень [4, 6, 12-14], із затяжним, хронічним перебігом, нерідко комбінуються з оніхокриптозом (приєднання мікстинфекції детермінує виникнення інших гнійних ускладнень), на основі аналізу особливостей клінічного перебігу та морфологічних змін нами досліджено послідовність виникнення (п'ять етапів) морфогенезу деструктивних гнійно-некротичних хронічних мікотичних оніхеальних уражень. 1) Первинною ланкою патогенезу є мікротравми нігтя та параоніхеальних тканин із контамінацією росткової зони та матриксу нігтя умовно-патогенною флорою, пліснявими та дріжджовими грибами (найчастіше – *S. albicans*) із розвитком хронічного запалення [12-14] – хронічної мікотичної пароніхії та оніхолізу. 2) Вторинною ланкою патогенезу є інфікування (мікстинфекція) ураженої поверхні трихофітами (*T. rubrum* & *T. Mentagrophytes*) [6, 12], гіфи яких з одного боку спричиняють гіпертрофію та руйнування нігтьової пластини, з іншого – прискорюють проліферацію клітин нігтьового ложа та детермінують формування послідовних шарів піднігтьового гіперкератозу та вогнищевих ділянок оніхолізу. 3) Для піднігтьового гіперкератозу характерне зливне ураження субоніхеального простору, у 39,26 % субвибірки (40 спостережень; прогнозовано з довірчим інтервалом 95 % у подібних вибірках – 37,297-41,223 %) формується піднігтьова дерматофітома [17] – псевдопухлинний утвір, що складається з епітелізованих ділянок гіперкератозу, кальцинованих гіперкератоїдних мас та організованих мікроабсцесів, що містять друзи патогенних грибів. 4) Піднігтьовий гіперкератоз та дерматофітома з одного боку викликають компресію центральної частини нігтя, епоніхеальні краї «врастають» у білянігтьові валики – формується вторинний врослий ніготь [16, 22, 23], стверджено у 12 пацієнтів (12,24 % субвибірки, прогнозовано з довірчим інтервалом 95 % у подібних вибірках – 11,63-12,85 %); з іншого – внаслідок постійної компресії настає деструкція центральної частини нігтя, – цей процес є типовим для третини трихофітійних уражень, діагностовано у 35 пацієнтів (34,31 % субвибірки, прогнозовано з довірчим інтервалом 95 % у подібних вибірках – 32,59-36,27 %); конгломерат нігтьової пластини, піднігтьового гіперкератозу та трихофітоми остаточно може кальцинувати, у 13,6 % пацієнтів формуючи оніхогрифоз

(прогнозовано з довірчим інтервалом 95 % у подібних вибірках – 12,92-14,28 %) спостережень. 5) В інших випадках внаслідок приєднання бактерійної суперінфекції виникає мало- або безсимптомний піднігтьовий панарицій змішаної етіології (гнійні вогнища множинні, у вигляді бджолиних сот), який внаслідок особливостей клінічного перебігу нерідко діагностується та лікується не своєчасно та в 0,59 % (за наявності оніхокриптозу – 2,1 % субвибірки) такої хронічної оніхопатології є причиною періоститу та кісткового панарицію внаслідок поширення інфекції з ложа нігтя на періост та нігтьову фалангу; рентгенологічно констатовано остеомаліцію субоніхеального фрагменту дистальної фаланги з відшаруванням періосту та вираженим остеопорозом інших ділянок кістки, – остеомієліт фаланги пальця змішаної етіології (трихофітно-кандидозно-бактерійного походження) з формуванням гнійної нориці, зокрема через оніхолізовані структури піднігтьового гіперкератозу та дерматофітому.

У випадках неускладненого оніхокриптозу, згідно з показаннями, виконували резекцію нігтя, доповнену протирецидивними заходами [1, 3]. Видалення нігтя (доцільно проводити через оніхолізовані структури для зменшення травматичності) з висіченням патологічно змінених епоніхеальних тканин [2-4, 9-11] та парціальною матриксектомією з локальною коагуляцією росткової зони та матриксу в ділянці вrostання було операцією вибору та переважним способом хірургічної корекції хронічних деструктивних гнійно-некротичних мікотично-асоційованих уражень [2, 4, 7] та за наявності одночасного вираженого двобічного вrostання нігтьової пластини в медіальній та латеральній епоніхеальні валики. Резекції нігтя становили лише 3,2 % вибірки деструктивних хронічних мікотично-асоційованих гнійно-некротичних уражень, включаючи спостереження дистально-латерального та проксимально-латерального оніхомікозу [1], асоційовані з оніхокриптозом або хронічною мікотичною пароніхією. У подібних субвбірках (з імовірністю 95 %) відсоток оніхорезекцій в умовах мікотичної контамінації прогнозовано становить 3,04-3,36 %.

Оскільки хронічні ускладнені, комбіновані і поєднані гнійно-некротичні мікотичні ураження дистальної фаланги в переважній більшості випадків детерміновані дерматофітами, ефективно системне застосування ітраконазолу (Орунгалу) та тербінафіну (Ламізілу) при мінімальній фунгіцидній концентрації: 250 мг (1 таблетка) щодня протягом 1,5 місяця при ураженні нігтів кистей рук; трьох місяців – при ураженні нігтів стоп [12, 15, 19, 21]. На основі аналізу частоти та причин виникнення рецидиву мікозу та вторинних компресійних уражень нами констатовано, що максимальна частота рецидивів піднігтьового гіперкератозу при поліоніходеструкції спостерігається (за відсутності системного лікування) на 12-15-й місяць, у випадках призначення системної терапії

– на третій рік після проведення комплексного лікування, що нерідко є показом для повторних оперативних втручань. Рецидив оніхокриптозу доцільно розглядати як комбінований патологічний процес. Найбільша частота серед технічних причин рецидиву констатована внаслідок відмови від проведення парціальної матриксектомії (46 випадків – 9,8 % вибірки) та травматичного виконання оніхектомії – 34 випадки (7,25 % вибірки). Погрішності хірургічної техніки становлять майже половину спостережень серед причин рецидиву оніхокриптозу, комбінованого з піднігтьовим гіперкератозом або оніхогрифозом. У трьох пацієнтів із вираженою декомпенсацією цукрового діабету виник рецидив захворювання з повторним виникненням піднігтьового гіперкератозу без реоніхокриптозу. Рецидив вростання оніхогрифозного нігтя констатовано в інших восьми пацієнтів.

Висновки

1. Різноманітність чинників етіології та патогенезу гнійно-некротичних хронічних уражень стопи, сприяючи виникненню, прогресуванню та рецидивному перебігу цих захворювань, створює об'єктивні труднощі діагностики, детермінує помилки у виборі методів і засобів їх лікування.

2. Серед хронічних гнійно-некротичних поверхневих уражень нігтів та навколонигтьових тканин найчастішими варіантами морфологічних змін були піднігтьовий гіперкератоз та оніхогрифоз, що констатовано в 126 пацієнтів (26,87 % вибірки) з деструктивним мікотичним ураженням.

3. Відшарування нігтьової пластини (оніхолізіс та оніхомадез), часткове або субтотальне діагностовано в 93 осіб (19,83 %). Компресійні ускладнення стверджено у 12 осіб (12,24 % субвибірки за наявності піднігтьового гіперкератозу та дерматофітоми. Інвалідизуючі ускладнення (остеоієліт) виникали в 0,59 % (за наявності оніхокриптозу – 2,1 %) субвибірки хронічних деструктивних уражень.

4. Видалення уражених нігтів у хворих на хронічну поверхневу гнійно-некротичну патологію, зокрема ускладнений мікотичний піднігтьовий гіперкератоз і оніхогрифоз доцільно проводити через оніхолізовані структури з одномоментним видаленням дерматофітоми, гіперкератозів, ділянок вростання з епоніхеальними гіпергрануляціями, що, на нашу думку, відповідає вимогам малої травматичності.

Перспективи подальших досліджень. Проведений аналіз обґрунтовує доцільність встановлення прогностичних взаємозв'язків між клінічними варіантами гнійно-некротичної хронічної, комбінованої та поєднаної патології дистальних відділів кисті та стопи, локалізацією та поширеністю уражень на навколишні тканини, морфологічними змінами, частотою виникнення ускладнень та рецидивів; віком пацієнтів, наявністю супутньої патології та частотою виникнення ран-

ніх та пізніх післяопераційних ускладнень, що є перспективною для подальших досліджень.

Література

1. Вергун А.Р. Поліетіологічні поєднані ураження нігтя: аналіз клінічних спостережень та особливостей амбулаторного хірургічного лікування // *Acta Medica Leopoliensia*. – 2005. – Т. 11, № 1. – С. 64-66.
2. Вергун А.Р. Застосування серраціопептидази в комплексному лікуванні хворих на трихофітійний піднігтьовий гіперкератоз, ускладнений врослим нігтем / А.Р. Вергун, В.В. Котик // *Шпит. хірургія*. – 2006. – № 2. – С. 36-39.
3. Вергун А.Р. Оніхомікоз, асоційований з врослим нігтем: клініко-морфологічні аспекти вибору хірургічної тактики / А.Р. Вергун, В.В. Котик // *Acta Medica Leopoliensia*. – 2006. – Т. XII, № 1. – С. 119-122.
4. Вергун А.Р. Хірургічне видалення нігтьових пластин у хворих на деструктивний оніхомікоз: аналіз деяких авторських методик / А.Р. Вергун, В.В. Котик // *Практ. мед.* – 2008. – Т. XIV, № 2. – С. 88-93.
5. Гостра гнійна хірургічна оніхопатологія: деякі диференційно-діагностичні критерії / В.В. Котик, В.В. Процько, А.Р. Вергун [та ін.] // *Практ. мед.* – 2008. – Т. XIV, № 1. – С. 136-139.
6. Исследование современной эпидемиологии онихомикоза / А.Ю. Сергеев, О.Л. Иванов, Ю.В. Сергеев [и др.] // *Вестн. дерматол. и венерол.* – 2002. – № 3. – С. 31-35.
7. Котик В.В. Оніхомікоз стопи: етіологічне та патогенетичне обґрунтування деяких хірургічних аспектів комплексного лікування / В.В. Котик, А.Р. Вергун // *Практ. мед.* – 2005. – Т. XI, № 3. – С. 27-33.
8. Онихомикозы в России: от исследований к эффективному лечению и профилактике наиболее массовых заболеваний человека / О.А. Иванов, Ю.В. Сергеев, А.Ю. Сергеев [и др.] // *Кремл. мед.* – 2004. – № 2. – С. 25-29.
9. Пат. 28591 Україна, МПК А61В 17/00. Спосіб видалення нігтя при оніхогрифозі, ускладненому компресією епоніхеальних тканин та оніхокриптозом / Вергун А.Р.; Заявник Вергун Андрій Романович. – № заяви u200710251 від 14.09.2007; опубл. 10.12.2007, бюл. № 20.
10. Пат. 32199 Україна, МПК А61В 17/00. Спосіб мобілізації та видалення нігтьової пластини при неускладненому мікотичному піднігтьовому гіперкератозі / Вергун А.Р., Котик В.В.; Заявник Вергун Андрій Романович, Котик Василь Васильович. – № заяви u200714070 від 14.12.2007; опубл. 12.05.2008, бюл. № 9.
11. Пат. 32201 Україна, МПК А61В 17/00. Спосіб видалення нігтьової пластини при мікотичному піднігтьовому гіперкератозі, ускладненому фрагментацією нігтьової пластини / Вергун А.Р., Котик В.В.; Заявник Вергун Андрій Романович, Котик Василь Васильович. – № заяви u200714072 від 14.12.2007; опубл. 12.05.2008, бюл. № 9.
12. Сергеев А. Ю. Онихомикозы: на пути к решению проблемы / А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев // *Consilium Medicum*. – 2003. – Т. 5, № 3. – С. 128-135.
13. Сергеев А.Ю. Новая концепция патогенеза онихомикозов / А.Ю. Сергеев // *Вестн. дерматол.* – 2001. – № 5. – С. 8-11.
14. Сергеев Ю.В. Грибковые заболевания / Ю.В. Сергеев, А.Ю. Сергеев. – СПб., 2004. – 472 с.
15. Тарасова И.О. Эффективность комбинированной терапии тяжелых форм онихомикоза / [И.О. Тарасова, А.Ю. Сергеев, В.И. Лысенко] // *Пробл. мед. микол.* – 2002. – Т. 4, № 2. – 94 с.
16. Are antibiotics necessary in the treatment of locally infected ingrown toenails? / А.М. Reyzelman, К.А. Trombello, D.J. Vayser [et al.] // *Arch. Fam. Med.* – 2000. – Vol. 9, № 9. – P. 930-932.

17. Burkhart C.N. Dermatophytoma: recalcitrance to treatment because of existence of fungal biofilm / C.N. Burkhart, C.G. Burkhart, A.K. Gupta // J. Am. Acad. Dermatol. – 2002. – Vol. 47, № 4. – P. 629-631.
18. Davis J.H. Clinical Surgery. Vol. 1. – St. Louis.- Washington-Toronto: The C. V. Mosby Compani. – 1987. – 1024 p.
19. Gupta A.K. Efficacy of itraconazole, terbinafine, fluconazole, griseofulvin, and ketoconazole in the treatment of Scopulariopsis brevicaulis causing onychomycosis of the toes / A.K. Gupta, T. Gregurek-Novak // Dermatology. – 2001. – Vol. 202. – P. 235-238.
20. Gupta A.K. Onychomycosis in the elderly / A.K. Gupta // Drugs Aging. – 2000. – № 16. – P. 397-407.
21. Gupta A.K. Single-blind, randomized, prospective study on terbinafine and itraconazole for treatment of dermatophyte toenail onychomycosis in the elderly / A.K. Gupta, N. Konnikov, C.W. Lynde // J. Am. Acad. Dermatol. – 2001. – Vol. 44. – P. 479-484.
22. Mukherjee P.K. Clinical Trichophyton rubrum strain exhibiting primary resistance to terbinafine / P.K. Mukherjee, S.D. Leidich, N. Isham // Antimicrob. Agents Chemother. – 2003. – Vol. 47, № 1. – P. 82-86.

ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ПОВЕРХНОСТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ И СТОПЫ: АНАЛИЗ ДАННЫХ ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННЫХ НАБЛЮДЕНИЙ

A.P. Vergun

Резюме. Нами проанализировано за пятилетний период 469 случаев деструктивных гнойно-некротических поверхностных хронических, комбинированных и сочетанных поражений дистальных отделов пальцев кисти и стопы у 14-95-летних больных, 367 мужчин и 102 женщин. Неосложненные случаи диагностированы у 308 пациентов, 65,67 % общей выборки; в отдельных субвыборках, согласно проведенного распределения по нозологическим формам, — 65,96-75 %; осложненные, сочетанные и комбинированные хронические поражения наблюдались у 161 больного, 34,33 % общей выборки (без учета травматических повреждений — 40,92 %), в отдельных субвыборках — 25-34,04 %. Констатировано, что хроническая паронихия чаще всего детерминированная *Candida albicans*; у 200 пациентов (42,64 %) диагностировано смешанную инфекцию. Исследовано 93 случая неосложненного (65,96 % субвыборки) та 48 — осложненного (34,04 % субвыборки) онихокриптоза, проведена резекция ногтя, дополненная противорецидивными мероприятиями. Удаление пораженных ногтей осуществляли у больных с микотическими поражениями (с комплексной местной и системной антимикотической терапией). Исследовано аспекты морфогенеза деструктивных микотических поражений. Разнообразие факторов этиологии и патогенеза гнойно-некротических хронических поражений стопы, детерминируя возникновение, прогрессирование и рецидивное течение этих заболеваний, создает значительные затруднения диагностики. Проведенный анализ обосновывает необходимость определения прогностически важных связей между клиническими вариантами гнойно-некротической хронической, комбинированной и сочетанной патологии дистальных отделов кисти и стопы.

Ключевые слова: гнойно-некротические заболевания пальцев кисти и стопы, паронихия, онихокриптоз, онихомироз, морфогенез, комплексное лечение.

PURULO-NECROTIC SUPERFICIAL CHRONIC DISEASE OF FINGERS AND TOES: ANALYSIS OF LITERATURE AND PERSONAL OBSERVATIONS

A.R. Verhun

Abstract. We analyzed, during a five-year period, 469 cases of destructive purulo- necrotic superficial chronic, intermodal and combined lesions of distal fingers and toes in patients aged 14-95 years, 367 men and 102 women. Uncomplicated cases amounted to 308 people, 65,67 % of the total sample, in some sub samples, conducted according to nosology forms of distribution — 65,96-75 %. Complicated, united and combined chronic lesions were observed in 161 patients, 34,33 % of the total sample (excluding traumatic injuries — 40,92 %), in some sub samples — 25-34,04 %. It was established that chronic onychocryptosis is most frequently caused by *Candida albicans*; 200 patients (42,64 %) were diagnosed with mixed infection. The following were observed, 93 uncomplicated cases (65,96 % sub sample) and 48 complications (34,04 % sub sample) of onychocryptosis, in which resection of the nail was performed, complemented by preventive measures. Removal of the affected nails was performed in patients with mycotic lesions (local and systemic fungicide therapy were used). Investigation of the morphogenesis of destructive aspect of the mycotic lesions was carried out. A variety of factors, etiology and pathogenesis of chronic purulent necrotic lesions of the foot, contributing to the occurrence, progression and recurrent course of these diseases, creates objective difficulties of diagnosis. The analysis justifies the feasibility of establishing predictive relationships between clinical variants of chronic purulent necrotic infections and combined comorbidity of distal hand and foot.

Key words: Purulo-necrotic superficial chronic disease of fingers and toes, paronychium, Onychocryptosis, Onychomycosis, morphogenesis, complex treatment

Danylo Halytsky National Medical University (Lviv)

Рецензент – проф. В.П. Польвий

Buk. Med. Herald. – 2015. – Vol. 19, № 3 (75). – P. 254-259

Надійшла до редакції 08.06.2015 року