

ОНИХОГРИФОЗ: ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

ОНИХОГРИФОЗ: ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ – Проспективно проаналізовано за п'ятирічний період (2003-2007) 427 випадків деструктивного оніхомікозу. Узурування і деструкція центральної частини нігтя були типовими для 67,92 % трихофітійних уражень. Діагностовано 51 випадок оніхогрифозу у хворих 55-83 років; 40 із них асоційовані із вторинним врослим нігтем. Запропоновано два нові методи видалення нігтьових пластин у хворих на оніхогрифоз, ускладнений вросанням нігтя, які враховують клініко-патоморфологічні особливості і менш травматичні, порівняно із стандартними методиками оніхоектомії.

ОНИХОГРИФОЗ: ХІРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ – Проспективно проаналізовано за п'ятилітній період (2003–2007) 427 случаев деструктивного онихомикоза. Узурирование и деструкция центральной части ногтя были типичными для 67,92 % трихофитийных поражений. Диагностировано 51 случай онихогрифоза в больных 55-83 лет; 40 из них – ассоциированные с вторичным вросшим ногтем. Предложено два новых метода удаления ногтевых пластин у больных онихогрифозом, осложненным врастанием ногтя, которые учитывают клинико-патоморфологические особенности и менее травматичны по сравнению со стандартными методиками онихоэктомии.

ONYCHOGYPHOSIS: SURGICAL ASPECTS OF COMPLEX TREATMENT – 427 cases of micotical nail destruction for five years period (2003-2007) are analysed. Nail plate usuration and hypertrophia were typical for 67,92 % trichophthal defects. Onychogryphosis is formed in 51 cases in the 55-83-year-old patients; 40 of them are associated with secondary ingrown nail. There have been offered two new onychectomy methods in the onychogryphosis, complicated ingrowing toenail, which take into account clinical and morphological features and less traumatism in comparison with standard techniques of onychectomy.

Ключові слова: оніхомікоз, трихофітія, оніхогрифоз, врослий ніготь, оніхоектомія.

Ключевые слова: онихомикоз, трихофития, онихогрифоз, вросший ноготь, онихоэктомия.

Key words: onychomycosis, trichophytia, onychogryphosis, ingrown nail, onychectomy.

ВСТУП Прояви оніхомікозу характеризуються різноманітністю дистрофічних змін нігтьових пластинок: від поперекових смуг (лінії Бо) до оніхолізісу і атрофі нігтьових пластинок в одних випадках і гіпертрофі нігтів та оніхогрифозу – в інших [5, 6]. Відповідно до макроскопічних змін оніхомікотичне ураження поділяють на поверхневий мікоз, проксимально- та дистально-латеральний оніхомікоз, піднігтьовий гіперкератоз та оніхогрифоз [4, 5, 13]. До деструктивних та ускладнених форм оніхомікозу відносять піднігтьовий гіперкератоз з оніхолізісом або оніхогрифоз з формуванням піднігтьового панариція та вросанням нігтя, а також гнійну мікотичну пароніхію [4, 14]. Оніхогрифоз нерідко виникає внаслідок тотального “термінального” ураження патогенним грибом усіх структур нігтя та його росткової зони [1, 2, 4, 6, 7]; характеризується наявністю деформовано “безформенно”, бурого або сіро-коричневого кольору однорідно консистентної, надзвичайно твердо нігтьової пластини, – тотальний гіперкератоз з кальцинозом та деформацією [2, 4]. Частіше трапляється на великих пальцях ніг [5-7]. Оптимізація комплексного лікування оніхомікозів присвячена значній кількості закордонних [8-12] та вітчизняних публікацій [1, 5-7], проте у жодній із них не представлено клінічно-обґрунтованого алгоритму лікарської тактики та недостатньо охарактеризовано роль хірургічних методик видалення нігтя при “деструктивних” формах – піднігтьовому гіперкератозі та оніхогрифозі.

Мета роботи – вивчити клініко-морфологічні особливості, запропонувати методи видалення нігтьових пластин у хворих на оніхогрифоз.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ Проспективно проаналізовано за п'ятирічний період (2003–2007р.р.) 427 випадків дест-

руктивного оніхомікозу у хворих, прооперованих в хірургічних відділеннях комунально 4 міської лікарні, клінічних поліклінік №2 і №5 м. Львова. Всі хірургічні втручання виконано адекватно з врахуванням домінуючих нозологічних форм і клінічних варіантів ураження. Проведено комплексне дослідження для ідентифікації окремих варіантів ураження нігтів в порівнянні з нозологічними формами і особливостями клінічної картини.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Для піднігтьового гіперкератозу характерне ураження субоніхеального простору з подальшим формуванням сегментарного чи тотального оніхолізісу [1, 4, 5, 7, 12, 13]. У 29,98 % випадків формується піднігтьова дерматофітома – псевдопухлинний утвір [9, 10, 13, 14], що складається з епітелізованих ділянок кальцинованих гіперкератозних мас і організованих мікотичних мікроабсцесів, що містять друзи патогенних грибів [9, 14]. Піднігтьовий гіперкератоз і дерматофітома викликають припіднімання, деформацію та деструкцію центральної частини нігтя; внаслідок компресії епоніхеальними краями наволоногтьових валиків виникає вторинний врослий ніготь [4]. Відбувається узурування та деструкція центральної частини нігтя [2, 4], – цей процес є типовим для 67,92 % трихофітійних уражень. Нами вивчено особливості клінічного перебігу і патогенетично обґрунтовано на основі даних літератури та власних спостережень доцільність і ефективність деяких методик оперативних втручань на нігтьових пластинах при мікотичному ураженні у хворих на оніхогрифоз, асоційований з врослим нігтем 1 пальця стопи [2-4]. Всього виявлено 51 випадок оніхогрифозу у хворих віком 55-83 років; 40 з них – асоційовані з вторинним врослим нігтем. Таким чином, конгломерат нігтьової пластини, піднігтьового гіперкератозу і трихофітоми в 11,94 % загальної вибірки формували оніхогрифоз. При мікологічному дослідженні субоніхеального зскрібка констатовано домінування трихофіти – *tr. rubrum* (рис. 1).

Нами констатовано, що дерматофіти наявні у всіх випадках оніхогрифозу; асоціацію з пліснявими грибами підтверджено у 49 %, з дріжджоподібними грибами – у 40 % парціальної вибірки. Ці дані корелюють з результатами «Ахілес-проекту» [7, 13, 14], згідно з яким у 45,7 % досліджуваних констатовано наявність дерматофітних і пліснявих грибів.

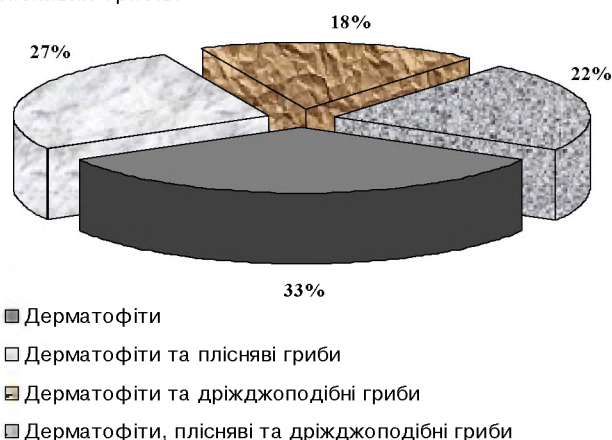


Рис. 1. Випадки оніхогрифозу: розподіл за збудниками мікотичних уражень.

Недоліками відомих способів оніхоектомії [4, 6, 9, 13, 14] є неврахування морфологічних особливостей мікотичного оніхогрифозу, що полягає у кальцинозі та деформації нігтьової пластини, наявність високого ризику додатково контамінації матриксу нігтя патогенною флорою [4, 6]; недостатній візуальний контроль для виконання мобілізації нігтя та парціально маргінально матриксектомії в ділянці вrostання, травматичність процедури висічення нігтьової пластини [5, 6, 13].

Для хірургічної корекції оніхогрифозу, ускладненого двостороннім вrostанням нігтя, вважаємо найдоцільнішим виконання його абляції (екстирпації нігтьової пластини з тотальною коагуляцією росткової зони та матриксу) [2-4]. Враховуючи важкість хірургічного лікування оніхогрифозу стандартними методами, ми запропонували спосіб, який може застосовуватися у дерматології для видалення нігтя при мікотичному оніхогрифозі (Патент України N 28591, МПК А 61В 17/00, зареєстр. 10. 12. 2007 р.), коли мобілізація нігтьової пластини іншими способами є неможливою [2]. Вrostання нігтьової пластини у цих пацієнтів має вторинний характер і виявляється як віддалене ускладнення оніхомікозу, зокрема – гіперкератозу як компресійного чинника. В основу запропоновано нами методики поставлено завдання вдосконалити спосіб атипичного видалення нігтьової пластини при оніхогрифозі, ускладненому патологічною компресією епоніхеальних тканин шляхом зміни спрямованості хірургічного доступу і техніки мобілізації та відшарування патологічно зміненого нігтя [2, 3].

Виконували лінійний розтин через ретроніхеальний (позадунігтьовий) валик, який продовжували півмісяцево у дистальному напрямку на епоніхеальний валик, висікаючи останній тотально до візуалізації краю нігтя. Распатором формували канал, тупим шляхом послідовними рухами відділяли оніхогрифозно змінену нігтьову пластину у контрлатеральному напрямку, протилежному стороні вrostання. Нігтьову пластину фіксували затискачем та видаляли. Виконували парціальну матриксектомію. За цією методикою здійснено 12 оніхоектомій. Розширеним латеральним доступом до врослого краю оніхогрифозного нігтя та відсепаруванням нігтя распатором шляхом мобілізації нігтьової пластини не спереду, а збоку (зі сторони вrostання) досягається одномоментна корекція оніхокриптозу та зменшення травматичності [4, 6, 7], а також добрий візуальний контроль усіх маніпуляцій.

У інших 28 хворих з двостороннім вrostанням оніхогрифозного нігтя нами застосовано двобічну блокоподібну епоніхектомію з формуванням ретроніхеального клаптя за Канавелом на ретроградне видалення нігтьової пластини "вилущуванням" тупим шляхом зі сторони росткової зони. Відступивши на 1-2 міліметри медіальніше від краю патологічно зміненого епоніхеального валика, виконували лінійний розтин довжиною 0,7 мм через ретроніхеальний валик. Зі сторони ретрооніхеальних тканин розтин продовжували півмісяцево у дистальному напрямку на патологічно змінений епоніхеальний валик. Останній висікали епіблок (одним блоком) разом з гнійно, некротично, фіброзно зміненими м'якими тканинами, гіпергрануляціями. Аналогічним чином висікали інший контрлатеральний епоніхеальний валик, візуалізуючи вросені краї нігтьової пластини та формуючи ретроніхеальний клапоть. Останній відсепарували дозад, чим забезпечували доступ до основи оніхогрифозно зміненого нігтя та його росткової зони. Здійснювали висічення нігтьової пластини шляхом мобілізації за проксимальний кінець затискачем типу "moskit" та "вилущування" тупим шляхом зі сторони росткової зони.

Висікали та діатермокоагулювали матрикс нігтя в ділянці вrostання. Усім хворим у післяопераційному періоді проводили системну пульс-терапію ітраконазолом [1, 10-12] та обробку ран місцевим антимікотиком – тербінафіновою маззю (Ламізіл) [6, 7, 10, 11]; також за показаннями призначали судинорозширювальну терапію [4, 5, 7, 14], анагететики. Застосуванням оригінально послідовності мобілізації оніхогрифозно змінених нігтів ми досягли зменшення інтраопераційно травми неуражених ділянок нігтьового ложа, зниження інтенсивності патологічного процесу та больового синдрому, що детермінувало швидше загоєння рани поверхні у післяопераційному періоді.

ВИСНОВКИ Оніхогрифоз є термінальною формою оніхомікотичного ураження, характеризується не лише потовщенням нігтьової пластини, але й викривленням нігтя (нігті у вигляді кігтів, гіпертрофовані, подовжені, зігнуті), що є причиною його вторинного вrostання та створює технічні труднощі при оніхоектомії. Дерматофітну інфекцію констатовано у всіх випадках оніхогрифозу, асоціацію *tr. rubrum* з пліснявими грибами діагностовано у 49 % та з дріжджоподібними грибами – у інших 40 % хворих. Запропоновано два нові методи видалення нігтьових пластин у хворих на оніхогрифоз, ускладнений оніхокриптозом (вrostанням нігтя), що враховують клініко-патоморфологічні особливості і є менш травматичними у порівнянні з стандартними методиками оніхоектомії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аксенова О.В., Лесницкий А.И., Лесницкий А.А. Пульс-терапия орунгалом больных онихомикозами стоп // Укр. журнал дерматол. венерол. косметол. – 2001. – № 82. – С. 68–69.
2. Вергун А.Р. Спосіб видалення нігтя при оніхогрифозі, ускладненому компресією епоніхеальних тканин та оніхокриптозом. – Патент України № 28591, МПК А 61В 17/00. – (зареєстр. 10. 12. 2007 р.);
3. Вергун А.Р. Спосіб хірургічного доступу для виконання крайової резекції нігтя при ускладненому оніхокриптозі. – Патент України № 28596, МПК А 61В 17/00. – (зареєстр. 10. 12. 2007 р.);
4. Котик В.В., Вергун А.Р. Оніхомікоз стопи: етіологічне та патогенетичне обґрунтування деяких хірургічних аспектів комплексного лікування // Практична медицина. – 2005. – Т. XI, № 3. – С. 27–33.
5. Пути повышения эффективности системной терапии микозов кожи стоп и ее придатков с учетом особенностей жизнедеятельности и патоморфоза патогенных грибов / Коляденко В.Г. и др. // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. – 2001. – №2–3. – С. 62–67.
6. Сергеев Ю.В., Сергеев А.Ю. Что такое комбинированная терапия и как ее можно использовать при онихомикозах // Успехи медицинской микологии. – 2004. – №. 4. – С. 339–342.
7. Тарасова И.О., Сергеев А.Ю., Лысенко В.И. Эффективность комбинированной терапии тяжелых форм онихомикоза // Проблемы медицинской микологии. – 2002. – Т. 4, № 2. – 94 с.
8. Baran R., Hay R.J. New evidence for the efficacy of combination therapy in onychomycosis // Br. J. Dermat. – 2001. – № 145. – P. 60–61.
9. Burkhart C.N., Burkhart C.G., Gupta A.K. Dermatophytoma: recalcitrance to treatment because of existence of fungal biofilm // J. Am. Acad. Dermatol. – 2002. – V. 47, № 4. – P. 629–631.
10. Cribier B., Paul J. Long-term efficacy of antifungal in toenail onychomycosis: a critical review // Br. J. Dermatol. – 2001. – Vol. 145. – P. 446–452.
11. Gupta A.K., Gregurek-Novak T. Efficacy of itraconazole, terbinafine, fluconazole, griseofulvin, and ketoconazole in the treatment of Scopulariopsis brevicaulis causing onychomycosis of the toes // Dermatology. – 2001. – Vol. 202. – P. 235–238.
12. Gupta A.K., Konnikov N., Lynde C.W. Single-blind, randomized, prospective study on terbinafine and itraconazole for treatment of dermatophyte toenail onychomycosis in the elderly // J. Am. Acad. Dermatol. – 2001. – Vol. 44. – P. 479–484.
13. Office-based confirmation of onychomycosis: a U.S. prospective survey / B.E. Elewski et al. // Arch. Intern. Med. – 2002. – Vol. 162. – P. 2133–2138.
14. Sigurgeirsson B. The L.I.O.N. Icelandic extension study and prognostic factors for the long-term cure of onychomycosis // JEADV. – 2002. – Vol. 16. – P. 98.