

ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ВРОСШЕГО НОГТЯ

Злобина Екатерина Александровна

Аспирант

Южно-Уральский государственный медицинский

университет

fluchi@mail.ru

RISK FACTORS AND FEATURES OF THE ETIOPATOGENESIS OF THE INGROWN NAIL

E. Zlobina

Summary. An ingrown nail is one of the main pathologies in the structure of outpatient surgery. The article describes the features of etiopathogenesis and risk factors in patients, the exclusion of which will effectively prevent this condition and choose the right tactics for treating the process.

Keywords: ingrown toenail, onychocryptosis, outpatient surgery.

Аннотация. Вросший ноготь является одной из основных патологий в структуре амбулаторно-поликлинической хирургии. В статье изложены особенности этиопатогенеза и факторы риска у пациентов, исключение которых, позволит эффективно профилактировать данное состояние и выбрать верную тактику лечения процесса.

Ключевые слова: вросший ноготь, онихокриптоз, амбулаторная хирургия.

Вросший ноготь (onychocryptosis) представляет собой сложный патологический процесс, обусловленный рядом причин и проявляющийся совокупностью морфофункциональных изменений со стороны ногтей пальцев стоп, матрикса, мягких тканей, а также опорно-двигательного аппарата стопы. Процесс этот хронический и часто рецидивирующий, что важно при оценке состояния пациента и выборе тактики лечения. Пациенты, страдающие данной проблемой, испытывают не только выраженный болевой синдром непосредственно в области самого ногтя, но и переносят тяжелый воспалительный процесс, часто с нагноением, испытывают косметические проблемы, страдает психоэмоциональное состояние [1], снижается качество жизни.

Онихокриптоз или вросший ноготь — одно из самых распространенных заболеваний ногтевого аппарата и одна из самых частых причин обращения пациентов к хирургу за амбулаторной помощью. Патология ногтей нижних конечностей встречается у 3,16% людей [2], а проблема вросшего ногтя в настоящий момент является одной из ключевых в амбулаторно-поликлинической практике хирурга. Такие пациенты составляют от 0,5 до 10% от общего числа больных [3,4,5] их удельный вес среди обратившихся за хирургической помощью составляет 0,71% [6]. Заболевание распространено во всех возрастных группах, однако большинство пациентов составляют подростки и лица старшей возрастной группы [7]. В пубертатном периоде развитие процесса связано с неправильной самостоятельной стрижкой ногтей, гипергидрозом, скачками роста, гормональными перестрой-

ками организма [8,9]. У людей старшего возраста — как осложнение эффективного лечения онихомикоза [10], проявление синдрома диабетической стопы [11]. У некоторых пациентов был негативный опыт оперативного лечения, следствием которого стал рецидив процесса по ряду причин, как со стороны врача, так и со стороны пациента: неверно выбранный вариант хирургического лечения, нерадикально выполненная операция, отсутствие навыка применения определенных методик, низкая приверженность пациента к лечению — несоблюдение рекомендаций и отсутствие домашнего ухода в послеоперационном периоде. По ложному убеждению, пациентов, многократно перенесших тотальное удаление ногтевой пластины, и потерявших надежду вернуться к полноценной жизни без хронического болевого синдрома, регулярное оперативное вмешательство и отсутствие ногтевой пластины вовсе, гарантирует стойкий результат на 4–6 месяцев.

Ногти являются одними из самых прочных придатков кожи, производными эпидермиса. Начинают развиваться с конца III месяца внутриутробного развития из эктодермы эмбриона, а полное их формирование происходит на VII–VIII месяце эмбриогенеза. Располагаются на тыльной поверхности дистальных фаланг пальцев. Ноготь состоит из основных частей: ногтевой пластины, ногтевого ложа и вспомогательных структур [12].

Ногтевая пластина представляет собой слой спрессованных ороговевших эпителиоцитов — кератиноцитов. В норме пластина имеет форму прямоугольника, выпуклая, гладкая и прозрачная, за счет просвечивающего

богатого сосудами ногтевого ложа. Ногтевой аппарат состоит из:

- ◆ Ногтевого ложа — участок эпидермиса под ногтевой пластиной. Оно покрыто тонким неороговевающим эпидермисом, и называется так же вентальным матриксом.
- ◆ Подногтевой дермы — богата сосудами и примыкает к ложу, содержит большое количество артериовенозных анастомозов и гломулов
- ◆ Гипонихия — участок кожи, не соединенный с ногтевой пластиной и расположенный под ее свободным краем, является продолжением ногтевого ложа. Очень нежный и часто травмируемый при неправильной стрижке ногтей.
- ◆ Матрикса или ростковой зоны — участок эпителия обеспечивающий рост ногтя со скоростью около 1 мм в сутки.
- ◆ Эпонихий — роговой слой проксимального валика, нарастающий на корень ногтевой пластины, через него в основание ногтя виден участок просветления полукруглой формы — лунула

Вспомогательные структуры ногтя:

- ◆ Проксимальный и боковые, латеральный и медиальный, ногтевые валики — складки кожи с ростковым и ороговевающим слоями эпидермиса
- ◆ Боковые пазухи — щелевидные пространства между валиками и ногтевой пластиной

Здоровый ноготь на ногах у взрослого растет в среднем на 0,05 мм в сутки, следовательно, после тотального удаления ногтевой пластины требуется около 1 года для полного ее отрастания, и чем старше пациент, тем больше времени это занимает. Скорость роста так же зависит от сезона года: весной на 10% быстрее, чем зимой; может повышаться при беременности, механических травмах. Замедляют рост строгая, бедная минералами диета, локальные нарушения микроциркуляции, эндокринная патология, прием цитостатиков.

В основе развития онихокриптоза лежит совокупность анатомических предпосылок, структурных и функциональных нарушений роста ногтевой пластины, ее матрикса и околоногтевых валиков на фоне воздействия извне. В настоящее время в нашей стране не разработана общепринятая классификация. Но для формулировки показаний к оперативному лечению требуется стадирование процесса, для этого в нашей стране принято опираться на классификацию по Д.И. Муратову 1972 года [6]:

- ◆ I степень — обычная форма ногтя, пациенты предъявляют жалобы на периодическую боль в области дистальной фаланги. Местными проявлениями являются гиперемия и отек боковых валиков.
- ◆ II степень — выпуклая форма ногтя, толщина — 0,5–1 мм, визуализируется врастающий в боковые

валики край ногтя. Угол врастания от 15 до 30 градусов.

- ◆ III степень — башневидная форма ногтя с глубоким врастанием края ногтя в боковые валики, толщина — 2,5 мм. Угол врастания от 30 до 45 градусов.
- ◆ IV степень — грифозно утолщенный ноготь, толщина более 2,5 мм. Угол врастания более 45 градусов. Можно наблюдать симптомы трофических изменений матрикса, тканей ногтевого ложа и ногтевой пластины.

Наряду с ней существует классификация, принятая европейским подологическим обществом в 2008 году:

- ◆ I стадия — гиперемия, незначительный отек и болью при пальпации, при отсутствии гипертрофии боковых валиков.
- ◆ II А стадия — усиливается болевой синдром, появляется отек, очаг гиперемии, гипергрануляции; возможно появление гнойного отделяемого при пальпации в области боковых валиков. Валик в свою очередь гипертрофирован и нависает над видимой частью ногтевой пластины менее чем на 3 мм.
- ◆ II Б стадия — появляется заметно более выраженный болевой синдромом, присутствием отека, гиперемии и гипергрануляций, возможно наличие гнойного отделяемого при пальпации бокового валика. Боковой валик гипертрофирован и нависает на видимую часть ногтевой пластины более чем на 3 мм
- ◆ III стадия — появляются боли в покое, отек нарастает, появляются гипергрануляции, возможно просачивание гнойного отделяемого в покое, без пальпации. Гипертрофированные латеральный и медиальный валики могут нависать на ногтевую пластину с одной или одновременно с двух сторон.
- ◆ IV стадия — ногтевая пластина серьезно гипертрофирована, гипергрануляционной тканью и нависающими гипертрофированными боковыми валиками, нависающими на латеральную, медиальную и дистальную части ногтевой пластины.

Факторы риска. Проблему вросшего ногтя можно отнести к болезням образа жизни:

- ◆ Профессиональные вредности — длительное стояние на ногах, статико-динамические перегрузки, ношение специализированной узкой, подобранной не по размеру, спортивной обуви, не учитывающей анатомические особенности стоп и особенностей физических нагрузок
- ◆ Отсутствие культуры ухода за ногтями и кожей стоп — нарушение гигиены стоп, присоединение грибковой инфекции, инфицированные мозоли и трещины, гипергидроз, неправильная стрижка

ногтей, некачественно выполненный педикюр с покрытием ногтей гель-лаком, постоянное ношение утягивающих чулок, в том числе компрессионного трикотажа по типу колготок, для профилактики тромбозов и тромбоэмболических осложнений;

- ◆ Анатомические предпосылки — вальгусная деформация, остеоартропатии при сахарном диабете, анатомические особенности ногтя и ногтевых валиков — крупные мясистые нависающие боковые валики, арочные ногтевые пластины, врожденные деформации.
- ◆ Хронические неинфекционные заболевания — лишний вес и ожирение, различные формы плоскостопия, облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей, патологии обмена веществ, в том числе сахарный диабет, наследственная предрасположенность, иммунодефицитные состояния, острая и хроническая травма ногтевой пластины.

Попытка лечения данной патологии исключительно хирургическим путем приводит к длительному и тяжелому послеоперационному периоду, увеличению сроков временной нетрудоспособности, косметическим дефектам, вплоть до полного отсутствия ногтя или его

деформации [13]. Полный же отказ от оперативного лечения ведет к длительному болевому синдрому, частым рецидивам [14], затяжному инфицированию с нагноением и нередко — ампутации [15]. Оперативное лечение в виде полного, частичного удаления ногтевой пластины и пластики валиков является самым распространенным. Но хирургическое лечение на данном этапе нельзя считать единственно верным из-за большого числа рецидивов и осложнений, что свидетельствует о важности проблемы и необходимости разработки новых подходов к лечению вросшего ногтя.

Комплексность же, и подбор метода лечения опираясь на классификацию по степеням тяжести развития процесса позволит пациентам при тщательном соблюдении рекомендаций и назначений получить стойкий результат и избежать рецидивов [16,17].

На данный момент разработаны различные варианты ортониксии, которые являются альтернативным методом в лечении вросшего ногтя, показывают хорошие результаты, но требуют апробации и грамотного внедрения в лечебно-диагностический процесс. Так же необходимо сформулировать четкие показания к применению того или иного методов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Морозова А.Х., Сизов С.В. Тревожные состояния у пациентов, обращающихся за амбулаторной хирургической помощью // БМИК. 2015. № 5.
2. Емельянов Ю.Ф. О поражении ногтевых пластинок // Военно- медицинский журнал 1984. — № 3. — С. 68–69.
3. Кочев К.Н. Лечение вросшего ногтя // Советская медицина. 1954. — № 6. — С. 511.
4. Ларин В.Ф. Лечение вросшего ногтя // Вестник хирургии. 1971. -№ 11—С. 115–118.
5. Пермяков Н.И. Сравнительная оценка некоторых способов лечения вросшего ногтя / Авторефер. дис. канд. — Астрахань, — 1999. — 23с.
6. Муратов Д.И. К методике оперативного лечения подногтевого экзостоза пальцев стопы // Тр. Урал. конф. хирургов 24–27 июня 1969 г. — Пермь, 1971 (вып. дан 1972). С. 515–516.
7. Хозина, Т.Ш. Лечение вросшего ногтя в амбулаторно -поликлинических условиях / Т.Ш. Хозина, А.А. Сухоцкая // Сборник статей Международной научно-практической конференции. Уфа, 2014. — С. 33.
8. Мелешевич А.В., Мелешевич М.В. Хирургическое лечение вросшего ногтя: Руководство для врачей. — Гродно: ГОУТ, 1993. — 80 с.
9. Fleischner G. Podologische Orthopedie — Munchen: Verlag Neuer Merkur GmbH, 2003. — P. 346
10. Дукович, Е.В. Организация работы центра по лечению заболеваний кожи стоп и ногтей Самарского областного кожно-венерологического диспансера / Е.В. Дукович, Р.Х. Хабирова, А.Ю. Титугина, О.Ю. Белов, А.И. Табашникова // Тезисы научных работ II всероссийского конгресса дерматовенерологов. -СПб., 2007. — С. 9.
11. Гирш Я.В., Давиденко О.П. Характеристика синдрома диабетической стопы в условиях северных территорий // Вестник СурГУ. Медицина. 2013. № 4 (18).
12. Тлиш М.М., Катханова О.А., Кузнецова Т.Г., Наатыж Ж.Ю., Поповская Е.Б. / «Ониходистрофии»: учебно-методическое пособие. Краснодар, 2013. — 43 стр.
13. Гаин Ю.М., Богдан В.Г, Попков О.В., Алексеев С.А. Монография. — Минск: Издатель Змицер Колас, 2007. — 224 с., 67 ил.
14. Ткаченко Т.К. Лечение вросшего ногтя // Здравоохранение Казахстана. — 1981. — № 1. — С. 58–59.
15. Noula AGM., Tochie JN., Tchienkam LW., Abang DA., Essomba R. Surgical site infection leading to gangrene and amputation after ambulatory surgical care of an ingrown toenail: a case report. // Patient Saf Surg — 2019 — Vol13 — NNULL — p.44
16. Kruijff S., Van Det R.J., Van der Meer G.T. et al. Partial matrix excision or orthonyxia for ingrowing toenails // J. Am. Coll. Surg. — 2008. -Vol.206 (1).-P.148–153.
17. Li J., Hong G., Chen Z. Clinical study on treatment of obstinate ingrown nail with distal phalanx of great toe and soft tissue orthopaedics // Zhongguo Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi. — 2007. — Vol.21 (9). — P. 982–984.

© Злобина Екатерина Александровна (fluchi@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»