

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-226-5-4>

**MULTIVITAMIN INSUFFICIENCY IN PATIENTS WITH
COMPLICATED DESTRUCTIVE ONYCHOMYCOSIS:
SOME CLINICAL DEVIATIONS AND RESULTS
OF COMPLEX TREATMENT**

**ПОЛІВІТАМІННА НЕДОСТАТНІСТЬ У ХВОРИХ
НА УСКЛАДНЕНИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ ОНІХОМІКОЗ:
ДЕЯКІ КЛІНІЧНІ ДЕВІАЦІЇ ТА РЕЗУЛЬТАТИ
КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ**

Vergun A. R.

*Doctor of Medical Sciences, Associate
Professor,
Associate Professor at the Family
Medicine Department,
Danylo Halytskyi Lviv National Medical
University*

Вергун А. Р.

*доктор медичних наук, доцент,
доцент кафедри сімейної медицини
Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького*

Vergun O. M.

*Candidate of Medical Sciences, Associate
Professor,
Associate Professor at the Department of
Therapy No. 1, Medical Diagnostics and
Hematology and Transfusiology
Faculty of postgraduate education
Danylo Halytskyi Lviv National Medical
University*

Вергун О. М.

*кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри терапії № 1,
медичної діагностики та гематології і
трансфузіології факультету
післядипломної освіти
Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького*

Moshchynska O. M.

*Head of the Department of Palliative
Care Municipal Non-Profit Enterprise
"Lviv communal Medical Association
"Clinical Hospital for Complex
Treatment, Rehabilitation and Palliative
Care ", separated department" 4th
Hospital"*

Мощинська О. М.

*завідувач відділенням паліативної
допомоги
Комунальне некомерційне підприємство
«Львівське територіальне медичне
об'єднання «Клінічна лікарня
планового лікування, реабілітації та
паліативної допомоги», відокремлений
підрозділ «4-а лікарня»*

Lytvynchuk M. M.

*Ordinator at the Department
of Palliative Care
Municipal Non-Profit Enterprise
"Lviv communal Medical Association
"Clinical Hospital for Complex
Treatment, Rehabilitation and Palliative
Care", separated department"
4th Hospital"*

Marko O. H.

*Ordinator at the Department
of Palliative Care
Municipal Non-Profit Enterprise
"Lviv communal Medical Association
"Clinical Hospital for Complex
Treatment, Rehabilitation and Palliative
Care", separated department"
4th Hospital"*

Matsiakh Yu. M.

*4th year student of the Medical Faculty
No 2
Danylo Haltskyi Lviv National Medical
University
Lviv, Ukraine*

Литвинчук М. М.

*ординатор відділення паліативної
допомоги
Комунальне некомерційне підприємство
«Львівське територіальне медичне
об'єднання «Клінічна лікарня
планового лікування, реабілітації та
паліативної допомоги», відокремлений
підрозділ «4-а лікарня»*

Марко О. Г.

*ординатор відділення паліативної
допомоги
Комунальне некомерційне підприємство
«Львівське територіальне медичне
об'єднання «Клінічна лікарня
планового лікування, реабілітації та
паліативної допомоги», відокремлений
підрозділ «4-а лікарня»*

Мацяк Ю. М.

*студент 4 курсу медичного
факультету № 2
Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького
м. Львів, Україна*

Даними поліцентрових досліджень стверджено, що грибкові інфекції нігтів (оніхомікози) є проблемними в епідеміологічному, діагностичному та лікувальному аспектах, насамперед внаслідок поширення трихофітії та інших збудників з розвитком комбінованих уражень та ускладнень, що нерідко потребують операційного лікування. Виділяють ендogenous і екзогенні чинники, що сприяють трансформації грибів зі стану вегетації в патогенний, детермінують розвиток вторинних інкарнацій, оніходеструкції та оніхолісису. Виникає деформація нігтьової пластини та ложа, гіпертрофія, гіперемія та набряк епоніхеального валика, деформація матриксу нігтя. Двобічне вrostання обох країв нігтьової пластини в епоніхій спостерігається у 3-25% спостережень при наявності оніхомікозу. Недоліками видалення нігтя за Дюпюїтrenom та інших відомих способів є неврахування морфологічних особливостей запущеного мікозу, який характеризується центральною деформацією та

вростанням країв нігтьової пластини в епоніхій, травматичне виконання оніхекомії, що детермінує необхідність пошуку нових способів комплексного лікування.

Мета роботи – проаналізувати результати терапії та хірургічних методів комплексного лікування ускладненого ураження нігтів; випадки полівітамінної недостатності у хворих поліоніхомікозом та запропонувати варіанти її корекції.

Проспективно проаналізовано 480 випадків деструктивного оніхомікозу (250 чоловіків і 230 жінок, віком від 52 до 85 років). Проведено дослідження вмісту вітамінів В₁, В₂, РР, В₆ і С у крові та екскреції їх у вигляді дериватів з сечею до та в процесі лікування хворих деструктивним оніхомікозом для обґрунтування доцільності вітамінної корекції у комплексній терапії. Усі пацієнти отримували адекватне консервативне лікування, включно з консервативною антимікотичною (системною та місцевою) терапією. При вторинній інкарнації нігтя, відступивши від проксимального краю нігтя на 2-3 мм, ретрооніхеально виконували лінійний розтин м'яких тканин до нігтьової пластини, який поширювали на епоніхеальний валик, висікаючи блокоподібно змінені епоніхеальні тканини з рубцями та гіпергрануляціями. Визначення рівня вмісту вітамінів та їх дериватів в крові і добовій сечі проводилося до початку системної антимікотичної пульс-терапії, під час лікування без полівітамінних препаратів (через тиждень після первинного забору біоматеріалу) та через 2 тижні після їх призначення. З метою порівняння вмісту досліджуваних речовин створено контрольну групу з 50 здорових добровольців. У 375 хворих на поліоніхомікоз з наявністю двох і більше вогнищ оніходеструкції, незалежно від пори року, констатовано вітамінну недостатність різного ступеня вираженості: від безсимптомної, яка виявлялась лише лабораторними методами до клінічно вираженої, яка містила типовий симптомокомплекс оніхомікозу та проявлялась хейлозом, ангулярним стоматитом, гіпертрофією сосочків язика, кровоточивістю ясен, себорейним дерматитом, фолікулярним гіперкератозом, локальними міальгіями, парестезіями. Виражена клініка полігіповітамінозу, підтверджена лабораторними даними, була наявна у 240 пацієнтів (50% загальної вибірки, 64% клінічної субвибірки). Забезпеченість вітамінами В₁, В₂, РР, В₆ і С знаходилась у прямій залежності від важкості протікання основного захворювання. У 172 хворих на поліоніхомікоз з вираженими симптомами фонового полігіповітамінозу було констатовано гнійні ускладнення мікотичної оніходеструкції – ускладнену вторинну інкарнацію, піднігтьовий

панарицій та мікотично-асоційовану пароніхію з оніхолізісом / оніхомадезом понад 3 нігтьових пластин. Для порівняння, у іншій субвибірці осіб, гнійні ускладнення констатовано лише у 37,5%, що дозволяє зробити припущення про наявність взаємозв'язку між проявами полівітамінної недостатності, частотою та вираженістю некротичних ускладнень.

Операційне лікування (видалення / резекцію) 87,2% змінених нігтьових пластин з вторинною інкарнацією здійснювали через оніхолізовані структури. Распатором через оніхолізовані структури формували канал, послідовними рухами відділяли змінену нігтьову пластину у контрлатеральному напрямку. Нігтьову пластину фіксували затискачем, резектували або видаляли. Вводили пряму лопать стерильного манікюрного інструмента PE-30 (скругленого пушера з прямою лопаттю). Сокироподібним наконечником стерильної лопатки манікюрної PE-10/2 (скругленим пушером із сокироподібним распатором) та відігнутою лопаттю стерильного манікюрного інструмента PE-30/4 (скругленого пушера з відігнутою лопаттю) у проксимально-контрлатеральному напрямку ($\chi^2=48,32$, $p<0,01$) остаточно відсепарували мікотично змінену потовщену інкарновану нігтьову пластину en block з основною масою гіперкератозних мас, захоплювали стерильним затискачем Кохера та видаляли. Нігтьове ложе та епоніхеальні канали санували від залишків відшарованих структур ложечкою Фолькмана та стерильним пушером. Виконували ревізію медіального та латерального країв рани на предмет тактильного виявлення залишених фрагментів зазубрених країв зміненого та розшарованого краю нігтя. Виконували позовжно парціальну маргінальну матриксектомію механічним висіченням та діатермокоагуляцією росткової зони та матриксу нігтя в ділянках інкарнацій, виповнювали епоніхеальні канали полівідоном йоду і під візуальним контролем щільно гемостатично тампонували по всій довжині марлевими тампонами. Залишені тканини нігтів очищали та санували 5% аморолфіновмісним антимікотичним лаком. Парціальна маргінальна матриксектомія забезпечувала відсутність росту нігтьової пластини у ділянці резекції, звужуючи ніготь та попереджуючи його повторну інкарнацію.

У пацієнтів, які отримували паралельно з хірургічною санацією пероральний тербінафін, клінічна ремісія через 1,5 роки після початку лікування становила 78,26%, тоді як у групі, яка отримувала ітраконазол та місцевий лінімент тербінафіну, становила 82,69%, ($t=0,42$; $p<0,01$), що вказує на ефективність комплексного лікування

з використанням хірургічних методів ($\chi^2=20,13$, $p<0,01$) при застосуванні способів малотравматичної мобілізації та антимікотичних лаків. Максимальна частота рецидивів поліоніхомікозу спостерігалася протягом 12-15 місяців, $\chi^2=25,52$, $p=0,018$, у разі системної терапії – на третій рік після лікування, $\chi^2=13,47$, $p=0,023$, у таких випадках нерідко виникали показання до повторних втручань, $p=0,511-0,791$. Вважаємо оптимальною процедурою втручання малотравматичне видалення нігтів або резекцію нігтів з мобілізацією через блокоподібний епоніхектомічний розтин, оніхолізовані структури ($\chi^2=27,41$, $p<0,01$), висічення дерматофітоми з частковою крайовою матриксектомією ($\chi^2=31,23$, $p<0,01$), що може значно зменшити кількість рецидивів (відповідно 1-3% на ранніх стадіях, 3,25% та 6,42% – в ускладнених та комбінованих випадках вrostання; $\chi^2=28,17$, $p<0,01$). У лікування були включені полівітамінні комплекси з урахуванням визначених нами мінімальних добових доз вітамінів – B_1 – 8-12 мг, B_2 – 6-10 мг, РР – 85-110 мг, B_6 – 10-18 мг, С – 250-350 мг. У 169 пацієнтів на 7 день лікування спостерігали повну ліквідацію клінічних ознак вітамінної недостатності, з вираженим покращенням загального самопочуття. У інших пацієнтів повне зникнення клінічних явищ полігіповітамінозу спостерігали на 10-14 день після призначення полівітамінних препаратів.

Висновок. Розроблені авторські способи комплексного лікування поліоніхомікозу, які детермінують елімінацію фонового гіпо-/авітамінозу, зменшення пошкодження нігтьового ложа, ($\chi^2=20,13$, $p<0,01$), ризику мікотичного забруднення інших прилеглих структур ($\chi^2=27,41$, $p<0,01$); характеризуються статистично достовірним зменшенням частоти інтенсивності больового синдрому ($\chi^2=48,32$, $p<0,01$), післяопераційних ускладнень та рецидивів.