

світлосяюче- червоного і червоного тіл. Фізичне тіло представлено **5 разів** тільки у внутрішній частині **жовтого тіла: 1 раз** у первинній інтегральній жовтій голографічній матриці і **4 рази** у ідентичних голографічних матрицях. У зовнішній частині **5 разів** представлені нервова система і органи чуття: **1 раз** в інтегральній жовтій голографічній матриці і **4 рази** у ідентичних голографічних матрицях.

Продовження у випуску 38(104)

ЛІТЕРАТУРА

1. Васильчук А. Л. Функціональна анатомія тонкоматеріальних тіл людини. Львів.:
2. „Каменяр”, 2003. - 416 с. + 24 акр. вклейок.
3. Васильчук А. Л. Атлас функціональної анатомії тонкоматеріальних тіл людини. Львів. „Каменяр”, 2003. - 648 с.
4. Васильчук А.Л. Біолокація тонкоматеріальних тіл людини. - Львів: Сполум, 2007. - 600 с. з іл.
5. Vasil'čuk Anatolij. Enioanatomie jemnohmotných těl člověka / Monografie. – Skalica: Elena Mikúšová MM, 2009. – 1 144 s., 407 barevných obrázků.
6. Vasil'čuk Anatolij. Enioanatomický vykladový slovník. – Skalica: MM a spol., s. r. o., 2012 r. – 1 592 s.
7. Vasil'čuk Anatolij. Enioanatomický obrazový slovník. – Skalica: MM a spol., s. r. o., 2012 r. – 784 s.
8. Vasil'čuk Anatolij. Mezioborový slovník eniologie. – Skalica: MM a spol., s. r. o., 2012 r. – 400 s.
9. Vasilchuk Anatoliy. The Enioanatomy of Human Subtle Bodies / Monograph. – Skalica: MM a spol., s. r. o., 2012 y. – 684 s.; іл.

**В.В. КОТИК, А.Р. ВЕРГУН,
В.П. ОЛІЙНИК, І.О.МАКАГОНОВ**

ДЕЯКІ МАКРОСКОПІЧНІ МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ НІГТІВ ПРИ МІКОТИЧНИХ УРАЖЕННЯХ

Перспективно досліджено 757 випадків хірургічної оніхопатології з оніходеструкцією.

Ключові слова. Деструктивний оніхомікоз, макроскопічні патологічні зміни нігтьових пластин.

Перспективно исследовано 757 случаев хирургической онихопатологии с ониходеструкцией.

Ключевые слова. Деструктивный онихомикоз, макроскопические патологические изменения ногтевых пластин.

Are investigated some 757 cases of surgical nail pathology with the nail destruction.

Key words. Destructive nail mycosis, macroscopic pathological modifications of nail plates.

Оніхомікоз – грибкове ураження нігтів, характеризується трьома варіантами змін [1, 2]: нормотрофічний оніхомікоз – форма нігтя не змінена, наявні жовто-бурі плями; атрофічний – ніготь кришиться, іноді майже повністю зруйнований; гіпертрофічний – ніготь потовщений, кришиться, зміненого (сірого або сіро-бурого) кольору [3, 4, 7]. Оцінюючи стан нігтів, ми брали до уваги зміну рельєфу і форми нігтів [5, 6, 10], луночки нігтя, зміну пароніхія, вільного краю

нігтя (розщеплення, лущення), зміну забарвлення нігтя [10-12]. Нами висловлено припущення, що окремі поверхневі морфологічні зміни на нігтях можуть детермінувати оніходеструкцію, супроводжувати хірургічну оніхопатологію та корелювати з нею.

Мета роботи. Проаналізувати макроскопічні морфологічні зміни нігтьових пластин у хворих на оніхомікоз з позицій морфо- та патогенетичного обґрунтування виникнення оніходеструкції.

Матеріал та методи. Проведено аналіз клінічних спостережень деструктивних та ускладнених форм оніхомікозу, поєднаних уражень нігтя у хворих, прооперованих у хірургічних відділеннях поліклінік комунальної 3 та 4 міських лікарень, 2 та 5 комунальних міських поліклінік м. Львова. Проспективно досліджено 757 випадків хірургічної оніхопатології з оніходеструкцією: 400 чоловіків та 357 жінок. Вік прооперованих хворих – від 15 до 92 років. Понад 60% усіх звернень за медичною допомогою з приводу оніхопатології становили зокрема дві вибірки – хворі на врослий ніготь і оніхомікоз. Інші нозології, включаючи травматичні ушкодження та поєднані ураження складала менше 30% випадків, що корелює з даними літератури [5-8]. У осіб з деструктивним оніхомікозом застосовано комплекс рентгенологічного, бактеріологічного та мікологічного обстеження [5, 9-11].

Результати та обговорення. До деструктивних та ускладнених форм оніхомікозу було віднесено піднігтьовий гіперкератоз з оніхолізісом і формуванням піднігтьового панариція та гнійну мікотичну пароніхію [1, 2, 5-7, 11, 12]. Проспективно проаналізовано за п'ятирічний період (2009 р.–2014р.) 527 випадків оніхомікотичних уражень.

Нами констатовано різні варіанти макроскопічних морфологічних змін нігтьових пластин у хворих на оніхомікоз, від зміни кольору нігтів та появи тріщин на нігтьовій пластині до атрофічних або гіпертрофічних змін [4-6]. Лейконіхія – наявність на нігтьових пластинах білих крапок або смуг (точкова та смугоподібна лейконіхія відповідно), тотальну лейконіхію, а також синдром жовтих нігтів, що включає жовту пігментацію і дистрофічні зміни нігтів рук (рідше – ніг); колір нігтів може бути від блідо-жовтого до сіро-жовтого (ніготь темніє по краях, може бути забарвлений у проксимальній третині) нами констатовано як фонове ураження при кандидозній та змішаній кандидозно-трихофітній оніхії у 25 хворих на дистально-латеральний оніхомікоз [10-12]. Нігтьова пластина росте повільно (такі нігті стрижуть раз у 2-3 місяці); луночки зникають, нігтьові пластини наче стиснені із боків, потовщуються, стають рихлими і ламкими [11, 12], що супроводжується виникненням піднігтьового гіперкератозу – констатовано у 226 осіб [1, 2]. Також зникає епоніхіум (нігтьова шкірочка), іноді з'являються поперечні борозни; може бути частковий оніхолізіс [11].

На нижній поверхні нігтьової пластини паралельними рядами розташовані поздовжні гребінці і борозни, які відповідають таким на ложі нігтя і в нормі іноді просвічують у вигляді смужок чи поверхневих поздовжніх борозен. Кількість і глибина їх збільшується з віком; констатовано нами у людей похилого віку (120 спостережень) внаслідок зміни структури кровоносних судин і порушення ороговіння [3, 4, 8, 12]. Одним із різновидів прогресування поздовжніх борозен є «шатроподібний» ніготь, що виявлено нами у 40% випадків врослого нігтя та може бути його етіологічним чинником [5-8]. Глибокі поздовжні борозни у 20% парціальної вибірки призводили до оніхорексису [8, 9]. Також наявність поздовжніх гребінців і борозен констатовано у 27 хворих на оніхогрифоз [2, 3, 9, 10].

Серединна каналоподібна (каналікулярна) дистрофія виявлялася при формуванні на нігтьовій пластині щілоподібної борозни. В результаті постійної хронічної травми утворювався медіальний поздовжній канал або тріщина [3, 5, 11]. Постійне подразнення пошкоджує матрикс і ріст нігтя порушується. Така дистрофія розвивалася від кореня нігтя до

вільного краю. Цей різновид морфологічних змін в окремих випадках супроводжував трихофітну оніходеструкцію – констатований у 32 хворих [4, 12].

Койлоніхія – глибоке втиснення, заглиблення центральної частини нігтьової пластини. Поверхня нігтя ложко-; човнико- (оніхохейлоз) або чашкоподібна (поєднує деформацію нігтя і витончення нігтьової пластини). Як правило, розвивалася на пальцях рук внаслідок кандидамікозу (86 спостережень), тому такі нігті ми не лише оглядали макроскопічно [1-3, 8, 9], але також брали зішкріб з поверхні нігтя та з під дистального краю нігтя, проводили бактеріологічне і мікологічне дослідження [8-10]. Розподіл збудників у зішкрібі з поверхні нігтя та з-під дистального краю нігтя у хворих з койлоніхією значно відрізнялися. Коли на поверхні нігтя домінували Кандида, плісняві та дріжджоподібні гриби у поєднанні з вульгарною шкірною бактерійною флорою, у піднігтьовому зішкрібку – гриби роду Трихофітон становили 40-82% усіх мікотичних колоній. Наведений факт спонукає до думки, що витончення та деформація нігтьових пластин при пахіоніхії є наслідком оніходистрофічної та матриксдеструктивної дії трихофітонів, що нашаровуються на кандидозну флору (15-32% колоній субоніхеального зішкрібу). Таким чином, койлоніхія, так як і оніхохейлоз може бути трактована як термінальна стадія проксимально- та дистально-латерального оніхомікозу – перехідний варіант до розвитку дистрофічних, гіпертрофічних форм або гіперкератозної оніходеструкції [10, 11]. Ці варіанти є перехідними формами, що опосередковано свідчать про поглиблення оніхеального ураження [7-9].

Оніхорексис – розщеплення нігтьової пластини у поздовжньому напрямку, на дні борозни легко може утворюватися тріщина. Спочатку борозна формується по вільному краю нігтя, проте далі нігтьова пластина розщеплюється аж до основи нігтя. У 45 хворих нами констатовано оніхорексис при кандидамікозному ураженні. Наявність оніхорексису [1, 12] є вхідними воротами для контамінації трихофітією, що може призводити до поглиблення оніхеальної та субоніхеальної деструкції [11]. Наявність збудника червоної трихофітії диференційована у 35,51% зішкрібів оніхорексійної борозни [4, 5, 8, 9]. Оніхошізис – розщеплення нігтьової пластини у поперечному напрямку, паралельно до вільного краю нігтя. При цьому ніготь росте нормально до вільного краю, де розщеплюється на 2-3 шари та більше, обламається або росте далі у вигляді кількох пластинок, які лежать одна на одній. Запалення у цьому випадку не спостерігається. Нами виявлено такі зміни при дистально-латеральному оніхомікозі – у 45 пацієнтів та констатовано виникнення оніхошізису при травмі нігтя у 85 осіб. Аналіз субоніхеального зішкрібу при локальному оніхошізисі дозволив констатувати перевагу червоної трихофітії, у половині випадків – в асоціації з пліснявими та дріжджоподібними грибами [8, 9]. Ці спостереження оніхошізису нами діагностовано, як спостереження оніходеструкції, детерміновані розпадом ділянок субоніхеального гіперкератозу та дерматофітоми.

Оніхомадезіс – відділення всієї нігтьової пластини від основи нігтя (із проксимального краю). Відбувається це відокремлення нігтя у короткі терміни, на відміну від оніхолізису. Такі зміни нігтя характерні для кандидозної, стафілококової, стрептококової пароніхії з оніхією [9-11], хронічної пароніхії, при ретроніхеальному абсцесі з проривом під ніготь (загалом 46 спостережень).

Оніхолізис (відшарування нігтів) – порушення з'єднання нігтьової пластини з м'якими тканинами нігтьового ложа [1, 2]. При цьому нігтьова пластина залишається цілою, проте відокремлюється від ложа. Мікотично-асоційований, мікотичний та бактеріальний інфекційний оніхолізис (найчастіше виникав при піднігтьовому панариції; рубро-, епідермофітії) нами констатовано у хворих з хірургічною оніхопатологією [4-6]: у 20% спостережень – післятравматичний та у інших 48% оніходеструкції – інфекційно-асоційований оніхолізис, як

прояв деструктивних форм оніхії. Тотальний оніхолізіс [2-4, 8] характеризувався повним відділенням нігтя від ложа (125 спостережень). Нами виявлено локалізований передній оніхолізіс у атиповому клінічному варіанті еризипелоїду, ускладненому колікваційним некрозом м'яких тканин дистальної фаланги пальця.

Формування гіперкератозу, узурування та деструкції центральної частини нігтя, – цей процес був типовим для 89,1% трихофітних уражень [2-4, 8, 10]. У 29,98% з них формувалася піднігтьова дерматофітома – псевдопухлинний утвір, що складалася з епітелізованих ділянок кальцинованих гіперкератоїдних мас і організованих мікотичних мікроабсцесів. Конгломерат нігтьової пластини, піднігтьового гіперкератозу і трихофітоми в 8,196% випадків формував оніхогрифоз. В інших спостереженнях приєднання бактерійної, кандидозної або змішаної суперінфекції у 21,08% хворих було причиною формування у хворих гнійних ускладнень. Патологічні зміни нігтьової пластинки полягали в гіпертрофії й деформації нігтя, поверхневих патологічних нашаруваннях на нігтьовому ложі (бурого кольору з розпадом) та формуванні множинних гнійних бактерійно-мікотичних вогнищ з абсцедуванням (у вигляді “бджолиних сот”). У 380 пацієнтів, віком 65–83 років, діагностовано піднігтьовий гіперкератоз; у 35 хворих констатовано оніхогрифотичні зміни нігтів, також діагностували формування поєднаних уражень на фоні поліоніхомікозу.

Висновки. Проведений аналіз клінічних спостережень свідчить про те, що окремі морфологічні зміни на нігтях внаслідок фонових захворювань можуть детермінувати оніходеструкцію; призводити до додаткової контамінації нігтьового ложа (включаючи мікст- та реінфекцію) з виникненням гнійних процесів та хірургічних ускладнень; дозволяють в окремих випадках спрогнозувати імовірність виникнення ускладнень; можуть супроводжувати хірургічну оніхопатологію та корелювати з нею. Проте такі зміни нігтів, що виникли на ґрунті коморбідних станів, потребують подальших досліджень в контексті морфо-, патогенезу хірургічної оніхопатології та оніходеструкції та прогнозу клінічного перебігу захворювань нігтя та білянігтьових тканин.

ЛІТЕРАТУРА

1. Корнишева В.Г. Вросшие ногти, как осложнение лечения онихомикоза стоп у больной сахарным диабетом второго типа / В.Г. Корнишева, Г.А. Соколова, С.Г. Белова // Успехи медицинской микологии: Материалы второго всероссийского конгресса по медицинской микологии. – М., 2004. – Т. IV. – С. 105-107.
2. Пархоменко Ю.Г. Гистопатология дерматофитийного онихомикоза / Ю.Г. Пархоменко, Н.Н. Потекаев, Н.С. Потекаев, В.И. Лысенко // Арх. патол. – 2001. – № 4. – С. 51-54.1.
3. Crissey JT. Common dermatophyte infections // Postgrad Med. -1998. – Vol. 103(2). – P.191-205.
4. Del Mar. Frequency of toenail onychomycosis in patients with cutaneous manifestations of chronic venous insufficiency // Int J Dermatol. – 2001. – Vol. 40(1). – P.18-25.
5. King B. Suitable dressings for toenail bed wounds: a literature review /B. King // J. Wound Care.-2003.-Vol.12, № 7.-P.276-280.
6. Lin Y.C, Su H.Y. A surgical approach to ingrown nail: partial matricectomy using CO2 laser / Y.C. Lin, H.Y. Su // Dermatol Surg. – 2002. – Vol.28, №.7. – P.578-580;
7. Reyzelman A.M., Trombello K.A., Vayser D.J. et al. Are antibiotics necessary in the treatment of locally infected ingrown toenails? / A.M. Reyzelman, K.A. Trombello, D.J. Vayser et al. // Arch. Fam. Med.-2000.-Vol.9, № 9. – P.930-932.
8. Noble SL, Forbes RC, Stamm PL. Diagnosis and management of common tinea infections. // Am Fam Physician. – 1998. – Vol. 58(1). – P.163-178.

9. Piard G. Onychomycosis and other superficial fungal infections of the foot in the elderly: A pan-European survey // *Dermatology*. – 2001. – Vol.202(3). – P. 220-224.
10. Roberts DT, Taylor WD, Boyle J; Guidelines for treatment of onychomycosis. // *Br J Dermatol*. – 2003 Mar. – Vol. 148(3). – P.402-10.
11. Truong A, Friedlander SF. Superficial fungal infections in adolescence. // *Adolesc Med*. – 2001. – Vol. 12(2). – P.213-227.
12. Zuber TJ, Baddam K. Superficial fungal infection of the skin. Where and how it appears help determine therapy // *Postgrad Med*. – 2001. – Vol. 109(1). – P.117-132.

Н.В.МАЛЯРСЬКА

ВЕГЕТАТИВНА ДИСФУНКЦІЯ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.

В статті представлено сучасні дані про синдром вегетативної дисфункції для лікаря сімейної медицини. Інформація подана для практичної діяльності, зокрема для встановлення діагнозу, виділення клінічної форми та підбору адекватного лікування.

Ключові слова: вегетативна дисфункція, синдром вегетативної дистонії.

В статье представлены современные данные о синдроме вегетативной дисфункции для врача семейной медицины. Информация представлена для практической деятельности, в частности для установления диагноза, выделения клинической формы и подбора адекватного лечения.

Ключевые слова: вегетативная дисфункция, синдром вегетативной дистонии.

The paper presents current data on vegetative dysfunction syndrome for family doctors. Information provided for practice, particularly for diagnosis, selection of clinical forms and selection of adequate treatment.

Key words: autonomic dysfunction syndrome vegetative dystonia.

Патологія вегетативної нервової системи(ВНС) за останні десятиліття зросла в 24 рази, а тому стала не тільки медичною проблемою, але і соціально-економічною. Це обумовлено її поширеністю, яка досягає, починаючи з пубертатного віку до 80%. Зацікавленість ВНС, особливо у пубертатному віці, приводить до виснаження адаптаційних резервів організму, що на початку носить функціональний характер, а згодом приводить до органічної патології. Дисфункція ВНС може бути проявом органічного ураження анатомічних утворів вегетативної системи на церебральному, спінальному або периферійному рівні; але часто обумовлена психогенним розладом нервової системи. Вегетативні розлади супроводжують будь-які соматичні захворювання, та нерідко зустрічаються у осіб практично здорових. У всіх цих випадках вегетативні розлади мають різний патогенез, різноманітну клінічну симптоматику, а отже потребують диференційованого терапевтичного підходу.

Перш, ніж говорити про клінічні форми вегетативних розладів, їх перебіг, діагностику, слід згадати про функцію вегетативної нервової системи. ВНС виконує в організмі дві глобальні функції: зберігає і підтримує гомеостаз, тобто втримує в межах фізіологічної норми всі константи: температуру тіла, потовиділення, артеріальний тиск, частоту серцевих скорочень, рН крові, біохімічні показники і т.д.; а також мобілізує функціональні системи