



Консервативное лечение онихокриптоza при помощи корректирующих систем: серия клинических случаев

Р. В. Саранюк¹

Е. Ю. Осколкова²

Т. А. Гостева³✉

¹ Кабинет дерматологии и венерологии «Derma Эксперт», Курск, Россия, roman.saranuk@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9676-1581>

² ПФ-Клиника, Ростов-на-Дону, Россия, khimicheva_92@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0002-8620-8760>

³ Курчатовский центр современной медицины, Курчатов, Россия, ya-lisenok-@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0059-9159>

Резюме

Введение. Онихокриптоz представляет собой повреждение ногтем окружающих его тканей. Этиопатогенез заболевания остается не до конца изученным. Считается, что в развитии заболевания играют роль как внешние факторы (неправильная гигиена ногтей, тесная обувь, механические травмы ногтя), так и внутренние (врожденные аномалии ногтевых пластин и костных структур фаланг пальцев). Эпидемиологические данные заболевания также не до конца изучены. Известно, что чаще всего онихокриптоz развивается на больших пальцах стоп. Клиническая картина онихокриптоzа зависит от степени тяжести заболевания, однако основной жалобой пациентов на всех стадиях заболевания является боль, что и заставляет чаще всего обратиться за медицинской помощью. Также для клинической картины онихокриптоzа характерен отек пораженного бокового ногтевого валика, а также наличие отделяемого и/или мокнутия на более поздних стадиях заболевания. Постановка диагноза «онихокриптоz» обычно не представляет трудностей, основывается на анамнезе и клинической картине заболевания. Чаще всего постановка диагноза обходится без привлечения дополнительных методов исследования. На сегодняшний день существует множество подходов к коррекции онихокриптоzа, включая как консервативные, так и хирургические методы. Среди консервативных методов лечения онихокриптоzа отдельно можно выделить ортониксию. Данный метод может быть эффективным в терапии заболевания, обеспечивая минимальное влияние на качество жизни пациента и не требуя длительного периода реабилитации после лечения. Также к практическим плюсам ортониксию можно отнести практически полную безболезненность метода и возможность его коррекции в ходе лечения. Ортониксия является относительно новым методом. Несмотря на это он понемногу находит свое место в хирургической, ортопедической и дерматологической практике, что можно наблюдать как в клинической медицине, так и в научных публикациях.

Результаты. В данной статье представлены клинические случаи успешного опыта применения метода ортониксию в коррекции онихокриптоzа легкой и средней степени тяжести. Также в данной работе подчеркнута потенциальная роль ортониксию как наиболее оптимального варианта лечения онихокриптоzа на ранних стадиях.

Ключевые слова: онихокриптоz, ортониксия, консервативное лечение, лейконихия, онихографоз

Для цитирования: Саранюк Р. В., Осколкова Е. Ю., Гостева Т. А. Консервативное лечение онихокриптоzа при помощи корректирующих систем: серия клинических случаев. Лечащий Врач. 2025; 11 (28): 59-62. <https://doi.org/10.51793/OS.2025.28.11.007>

Конфликт интересов. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Conservative treatment of onychocryptosis with corrective systems: a series of clinical cases

Roman V. Saranyuk¹

Elizaveta Yu. Oskolkova²

Tatyana A. Gosteva³✉

¹ Dermatology and Venereology office "Derma Expert", Kursk, Russia, roman.saranuk@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9676-1581>

² PF-Klinika, Rostov-na-Donu, Russia, khimicheva_92@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0002-8620-8760>

³ Kurchatov Center of Modern Medicine, Kurchatov, Russia, ya-lisenok-@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0059-9159>

Abstract

Background. Onychocryptosis is damage to the surrounding tissue caused by the nail. The etiopathogenesis of the disease remains poorly understood. Both external factors (poor nail hygiene, tight shoes, mechanical nail trauma) and internal factors (congenital anomalies of the nail plate and bone structures of the phalanges) are believed to play a role in its development. The epidemiological data of the disease are also not fully understood. It is known that onychocryptosis most often develops on the big toes. The clinical presentation of onychocryptosis depends on the severity of the disease, but the main complaint of patients at all stages of the disease is pain, which most often prompts them to seek medical attention. Swelling of the affected lateral nail fold is also characteristic of the clinical picture of onychocryptosis, as well as the presence of discharge and/or oozing in later stages of the disease. Diagnosis of onychocryptosis is usually straightforward and is based on the patient's medical history and clinical presentation. In most cases, diagnosis is made without the use of additional diagnostic methods. Currently, there are numerous approaches to correcting onychocryptosis, including both conservative and surgical methods. Among the conservative treatments for onychocryptosis, orthonychia stands out. This method can be effective in treating the disease, ensuring minimal impact on the patient's quality of life and not requiring a lengthy rehabilitation period after treatment. Other practical advantages of orthonychia include its virtually complete painlessness and the ability to adjust it during treatment. Orthonychia is a relatively new method. Despite this, it is gradually finding its place in surgical, orthopedic, and dermatological practice, as evidenced both in clinical medicine and in scientific publications.

Results. This article presents clinical cases of successful orthonychia in correcting mild to moderate onychocryptosis. It also highlights the potential role of orthonychia as the most optimal treatment option for onychocryptosis in the early stages.

Keywords: onychocryptosis, orthonychia, conservative treatment, leukonychia, onychogryphosis

For citation: Saranyuk P. V., Oskolkova E. Yu., Gosteva T. A. Conservative treatment of onychocryptosis with corrective systems: a series of clinical cases. Lechaschi Vrach. 2025; 11 (28): 59–62. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2025.28.11.007>

Conflict of interests. Not declared.

Oнихокриптоz (onychocryptosis, ingrown toenail, unguis incarnatus, вросший ноготь) представляет собой повреждение латерального ногтевого валика ногтем одноименного пальца [1]. Данное состояние является одним из самых распространенных поражений аппарата ногтя [2] и встречается примерно у 5% населения планеты, что также может быть недооценено из-за низкой приверженности многих пациентов к лечению и обращению к врачу [3]. В развитии заболевания принимает роль огромное количество факторов, основными из которых на сегодняшний день считаются неправильное состригание ногтей и плохая гигиена [4, 5], ношение тесной обуви, гипергидроз и инфекции ногтей [6], аномалии строения ногтей [5, 7]. Диагноз «онихокриптоz» выставляется на основании клинической картины заболевания и обычно не требует дополнительных лабораторно-инструментальных методов исследования.

На сегодняшний день существует множество как консервативных, так и хирургических вариантов терапии онихокриптоzа в зависимости от стадии заболевания. Консервативные методы лечения, такие как ортониксия, являются эффективным способом коррекции даже в запущенных случаях заболевания. Данный метод представляет собой установку металлической конструкции в виде нити в боковые части пораженного ногтя. Со временем благодаря формирующемуся натяжению ногтевая пластина начинает выпрямляться и приобретает свою физиологическую

форму, переставая повреждать оклоногтевые ткани.

Целью нашей работы являлась демонстрация серии клинических случаев успешного применения ортониксии как способа консервативного лечения онихокриптоzа.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ № 1

Пациентка, 45 лет, обратилась с жалобами на боль при ходьбе в области боковых валиков I пальца правой стопы, деформацию и утолщение ногтевой пластины. Со слов пациентки, патология сохраняется в течение 6 лет. До настоящего визита за медицинской помощью не обращалась. Эпизодов самолечения не отмечает. Анамнез жизни без особенностей.

Результаты клинического осмотра дерматологом: на I пальце правой стопы отмечается выраженное утолщение ногтевой пластины с изменением ее цвета на грязно-желтый. Наблюдается изменение формы ногтя с врастанием краев в латеральные валики. Кожа оклоногтевой области незначительно гиперемирована.

После клинического осмотра дерматологом был выставлен диагноз: «Онихокриптоz I пальца правой стопы (I стадия). Онихогрифоз I пальца правой стопы».

Лечение: в ходе приема пациентке была выполнена зачистка боковых синусов с установкой корректирующей системы (нити из титанового сплава, размер – 0,16) на срок 2 месяца.

Результаты и исходы лечения: при повторном обращении пациентки через

10 месяцев субъективные жалобы отсутствовали. Клинически отмечалось восстановление консистенции и формы ногтя с сохранением очагов грязно-желтого цвета (рис. 1.)

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ № 2

Пациентка, 26 лет, обратилась с жалобами на боль при ходьбе в области бокового валика I пальца левой стопы. Со слов пациентки, эта боль беспокоила



Рис. 1. Динамика лечения онихокриптоzа (I стадия) корректирующей системой (нити из титанового сплава):
а – первичный прием;
б – динамика терапии через 10 месяцев [предоставлено авторами] / Dynamics of treatment of onychocryptosis (stage I) with the corrective system (thread-titanium alloy):
a – initial appointment;
b – dynamics of therapy after 10 months [provided by the authors]

е в течение последних шести месяцев. До настоящего визита обращалась за медицинской помощью к хирургу с последующим выполнением краевой резекции пораженной ногтевой пластины. Однако через 2 недели после проведенной манипуляции отмечалось обострение заболевания. Анамнез жизни – без особенностей.

Результаты осмотра дерматологом: на I пальце правой стопы отмечается дистальный онихолизис с локализацией в области внутреннего бокового валика. Также преимущественно в дистальной части ногтя отмечаются единичные очаги белого цвета округлой и неправильной формы, ориентированные в продольном направлении. На коже медиально расположенного бокового валика наблюдаются гиперемия ярко-красного цвета с единичными геморрагическими корками, выраженный отек и болезненность при пальпации.

По результатам дерматологического осмотра выставлен диагноз: «Онихокриптоз I пальца левой стопы (II стадия). Онихолизис I пальца левой стопы. Очаговая лейконихия I пальца левой стопы».

Лечение: в ходе приема пациентке выполнена коррекция врастущего края ногтя, установлена тампонада, даны рекомендации для домашнего ухода. Был назначен прием через неделю, во время которого в область пораженного ногтя установили корректирующую систему (нити из титанового сплава – 0,14) и назначили повторные визиты каждые 2 месяца.

Результаты и исходы лечения: через 6 месяцев лечения пациентка жалоб не предъявляет. Отмечается полное клиническое выздоровление с восстановлением ногтевой пластины и пораженного бокового валика (рис. 2).

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ № 3

Пациент, 72 года, обратился к врачу с жалобами на боль при ходьбе и в состоянии покоя, выраженные кровоизлияния в области боковых валиков I пальца левой стопы. Со слов пациента, проблема существует в течение 10 лет, сам он связывает ее с неправильным самостоятельным подрезанием ногтевой пластины. До настоящего визита за медицинской помощью не обращался.

В анамнезе отмечается гипертоническая болезнь.

Результаты клинического осмотра дерматологом: на I пальце левой стопы отмечается изменение прозрачности ногтевой пластины с единичными оча-



Рис. 2. Динамика лечения онихокриптоза (стадия II) корректирующей системой (нити из титанового сплава):
a, b – первичный прием (вид сверху и спереди);
c, d – динамика терапии через 6 месяцев (вид сверху и спереди) [предоставлено авторами] / Dynamics of onychocryptosis treatment (stage II) with the corrective system (titanium alloy threads): a, b – initial treatment (top and front views); c, d – dynamics of therapy after 6 months (top and front views) [provided by the authors]

вых валиков. По данным литературы в 80% случаев отмечается унилатеральное поражение первых пальцев стоп [8]; патология характерна преимущественно для мужчин.

Этиопатогенез заболевания остается не до конца выясненным. На сегодняшний день существует две основные теории развития онихокриптоза. Согласно первой, онихокриптоз развивается из-за анатомических особенностей самого ногтя – его ширины, толщины, наличия врожденных и/или приобретенных подногтевых новообразований [5, 7]. Вторая теория рассматривает околоногтевые ткани как основную причину развития онихокриптоза, что подтверждается исследованиями, в которых у пациентов с онихокриптозом не было отмечено никаких патологических изменений со стороны ногтевых пластин [9]. Предполагается, что широкая область ткани околоногтевых валиков выпячивается вверх при давлении (например, ходьбе) и это обуславливает дальнейшую травматизацию тканей со стороны ногтевых пластин [7, 10].

Клиническая картина зависит от тяжести течения заболевания. При этом единой классификации онихокриптоза на сегодняшний день не существует.



Рис. 3. Динамика лечения онихокриптоза (стадия II) крючковой корректирующей системой (медицинская сталь): a, b – первичный прием с видом сверху (a) и спереди (b); c, d – динамика терапии через 12 месяцев с видом сверху (c) и спереди (d) [предоставлено авторами] / Treatment dynamics of onychocryptosis (stage II) with hook correction system (medical steel): a, b – initial appointment with top view (a) and front view (b); c, d – therapy dynamics after 12 months with top view (c) and front view (d) [provided by the authors]

Дерматовенерология

Наиболее часто используется классификация, предложенная Heifetz, в которой выделяется 3 стадии онихокриптоzoa [11]:

I (легкая): отек, гиперемия кожи и легкая боль;

II (умеренная): стойкое воспаление кожи с наличием незаживающей раны и грануляционной ткани с серозногнойным экссудатом; отмечается усиление болевых ощущений;

III (тяжелая): стойкое хроническое воспаление с образованием грануляционной ткани и выраженным утолщением ногтевых валиков.

Также в клинической практике применяется классификация онихокриптоzoa, предложенная Mozena [12], добавляющая IV стадию развития заболевания. Согласно Mozena, IV стадия (дистальная гипертрофическая) характеризуется выраженной деформацией ногтя, боковых валиков и дистальной складки. Гипертрофированная ткань практически полностью покрывает ноготь.

Существует множество методов терапии онихокриптоzoa в зависимости от тяжести его течения. Выделяют консервативные и хирургические методы терапии. К некоторым консервативным методам терапии онихокриптоzoa относятся тампонада пораженного угла ногтя [13], тейпирование [14], ортониксия [15] и др. К хирургическим методам терапии онихокриптоzoa относятся спикулоэктомия и частичная матриксэктомия [16], химическая матриксэктомия (фенолизация) [17], иссечение мягких тканей боковых ногтевых валиков [18] и т. д.

По нашему мнению, использование консервативных методов терапии онихокриптоzoa легкого и среднетяжелого течения, в частности ортониксии, имеет важное значение на всем протяжении ведения пациентов. Отсутствие периода реабилитации, как при хирургических методах терапии, и щадящий режим лечения позволяют добиться более выраженной приверженности пациентов к лечению и полному разрешению патологического процесса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной работе представлены результаты применения ортониксии в терапии онихокриптоzoa разной степени тяжести. Положительные результаты использования ортониксии позволяют рекомендовать данный метод для коррекции онихокриптоzoa легкой и среднетяжелой степени тяжести. **ЛВ**

Вклад авторов:

Концепция статьи — Саранюк Р. В.

Написание текста — Саранюк Р. В.
Сбор и обработка материала — Саранюк Р. В.,
Оскolkova E. Ю.

Редактирование — Саранюк Р. В., Гостева Т. А.
Утверждение окончательного варианта статьи —

Саранюк Р. В., Оскolkova E. Ю., Гостева Т. А.

Contribution of authors:

Concept of the article — Saranyuk R. V.

Text development — Saranyuk R. V.

Collection and processing of material — Saranyuk R. V., Oskolkova E. Yu.

Editing — Saranyuk R. V., Gosteva T. A.

Approval of the final version of the article — Saranyuk R. V., Oskolkova E. Yu., Gosteva T. A.

Литература/References

- James W. D., Berger T., Elston D. Diseases of the skin appendages. In: James WD, Berger T, Elston D, editors. Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders, 2006. P. 749-793.
- Bryant A., Knox A. Ingrown toenails: the role of the GP. Aust Fam Physician. 2015; 44 (3): 102-105.
- Stewart C. R., Algu L., Kamran R., Leveille C. F., Abid K., Rae C., Lipner S. R. Patient Satisfaction with Treatment for Onychocryptosis: A Systematic Review. Skin Appendage Disord. 2020; 6 (5): 272-279. DOI: 10.1159/000508927. Epub 2020 Jul 17. PMID: 33088811; PMCID: PMC75.
- DeLauro N. M., DeLauro T. M. Onychocryptosis. Clin Podiatr Med Surg. 2004; 21 (4): 617-630.
- Park D. H., Singh D. The management of ingrowing toenails. BMJ. 2012; 344: e2089.
- Fernández A. N., Gómez-Carrión A., Zaragoza-García I., Sebastián C. M., Woźniak P. S., Lara A. G., Saura-Sempere A., Sánchez-Gómez R. Management of post-surgical infection of onychocryptosis with topical application of hyaluronic acid versus antibacterial ointments. Heliyon. 2022; 8 (8): e10099. DOI: 10.1016/j.heliyon.2022.e10099. PMID: 35992002; PMCID: PMC938918.
- Langford D. T., Burke C., Robertson K. Risk factors in onychocryptosis. Br J Surg. 1989; 76 (1): 45-48.
- Khunger N., Kandhari R. Ingrown toenails. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2012; 78: 279-289.
- Pearson H. J., Bury R. N., Wapples J., Watkin D. F. Ingrowing toenails: Is there a nail abnormality? A prospective study. J Bone Joint Surg Br. 1987; 69: 840-842.
- Chapeskie H. Ingrown toenail or overgrown toe skin? Alternative treatment for onychocryptosis. Can Fam Physician. 2008; 54: 1561-1562.
- Heifetz C. J. Ingrown toe-nail: a clinical study Am. J. Surg. 1937; 38 (2): 298-315.
- Mozena J. D. The Mozena Classification System and treatment algorithm for ingrown hallux nails. J Am Podiatr Med Assoc. 2002; 92: 131-135.
- Fishman H. C. Practical therapy for ingrown toenails. Cutis. 1983; 32 (2): 159-160.
- Geizhals S., Lipner S. R. Clinical pearl: kinesiology tape for onychocryptosis. Cutis. 2019; 103 (4): 197.
- Eekhof J. A., Van Wijk B., Knuistingh Neven A., van der Wouden J. C. Interventions for ingrowing toenails. Cochrane Database Syst Rev. 2012; (4): CD001541. DOI: 10.1002/14651858.CD001541.pub3. PMID: 2251390.
- Ergün T., Korkmaz M., Ergün D., Turan K., Muratoğlu O. G., Cabuk H. Treatment of Ingrown Toenail with a Minimally Invasive Nail Fixator: Comparative Study with Winograd Technique. J Am Podiatr Med Assoc. 2024; 114 (1).
- Vinay K., Narayan Ravivarma V., Thakur V., Choudhary R., Narang T., Dogra S., Varthy S. B. Efficacy and safety of phenol-based partial matricectomy in treatment of onychocryptosis: A systematic review and meta-analysis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022; 36 (4): 526-535.
- DeBrule M. B. Operative treatment of ingrown toenail by nail fold resection without matricectomy. J Am Podiatr Med Assoc. 2015; 105 (4): 295-301.

Сведения об авторах:

Саранюк Роман Владимирович, президент Курской региональной общественной организации «Общество интегративной дерматологии», дерматовенеролог, Кабинет дерматологии и венерологии «Derma Эксперт»; Россия, 305006, Курск, просп. Анатолия Дериглазова, 1, офис 3; roman.saranuk@gmail.com.

Оскolkова Елизавета Юрьевна, дерматовенеролог, косметолог, Общество с ограниченной ответственностью «ПФ-Клиника»; Россия, 344039, Ростов-на-Дону, ул. Баумана, 37; khimicheva_92@mail.ru

Гостева Татьяна Александровна, член Курской региональной общественной организации «Общество интегративной дерматологии», заместитель главного врача по клинико-экспертной работе, терапевт, пульмонолог, Общество с ограниченной ответственностью «Курчатовский центр современной медицины»; Россия, 307250, Курская область, Курчатов, улица Энергетиков, 10; ya-lisenok-@mail.ru

Information about the authors:

Roman V. Saranyuk, President of the Kursk regional public Organization "Society of Integrative Dermatology", dermatovenereologist, Dermatology and Venereology office "Derma Expert"; address: 1 office 3 Anatoly Deriglazov Ave., Kursk, 305006, Russia; roman.saranuk@gmail.com

Elizaveta Yu. Oskolkova, dermatovenereologist, cosmetologist, "PF-Klinika" Limited Liability Company; 37 Baumana str.; Rostov-na-Donu, 344039, Russia; khimicheva_92@mail.ru

Tatyana A. Gosteva, Member of the Kursk regional public organization "Society of Integrative Dermatology", Deputy Chief Physician for clinical and expert work, therapist, pulmonologist of the Limited Liability Company "Kurchatov Center of Modern Medicine"; 10 Energetikov Str., Kurchatov, Kursk region, 307250, Russia; ya-lisenok-@mail.ru

Поступила/Received 05.04.2025

Поступила после рецензирования/Revised 06.05.2025

Принята в печать/Accepted 08.05.2025