

Higiena stóp w profilaktyce *unguis incarnatus*

Feet hygiene in prophylactics of *unguis incarnatus*

IZABELA ZAŁĘSKA-ŻYŁKA

Krakowska Szkoła Wyższa Promocji Zdrowia, Kraków

Unguis incarnatus (wrastający paznokieć) jest schorzeniem dotyczącym najczęściej pierwszego palca stopy (palucha), często jest obustronne. Spowodowane jest przez noszenie niewygodnego obuwia oraz nieprawidłową pielęgnacją płytek paznokciowych stóp. Ryzyko choroby wzrasta, jeżeli dojdzie do jednoczesnego urazu palca i płytki paznokciowej. W razie zbyt głębokiego wycięcia bocznych krawędzi płytki paznokieć zaczyna wrastać w otaczające go tkanki, powodując odczyn zapalny, rozrost ziarniny i przede wszystkim silny ból.

W przypadku zbyt ciasnego obuwia dochodzi do zwiększonego zagięcia płytki paznokciowej. Nadmierny ucisk powoduje wybrzuszenie paznokcia i zagięcie ku dołowi jego brzegów, te zaś urażają otaczające części miękkie, w wyniku czego w obrębie wału paznokciowego dochodzi do stanu zapalnego. Paznokieć dążąc do odzyskania dawnego kształtu wnika głęboko w rowek, powodując nasilenie się istniejącego już stanu zapalnego. Jego cechami są: obrzęk, zaczerwienienie i ból bocznej części palca (narastający wraz z czasem trwania choroby – do stopnia uniemożliwiającego założenie obuwia). Zmianom tym często towarzyszy zakażenie. Stąd też zaczerwienienie, obrzęk, ból, wyciek treści surowiczej, a następnie ropnej z okolicy wału paznokciowego, wreszcie obecność przerosniętej ziarniny w okolicy bocznej brzegu wału paznokciowego i szczytu rowka paznokciowego pozwala na rozpoznanie wrastającego paznokcia.

Wszelkie próby wycinania brzegu paznokcia podejmowane przez chorego nie przynoszą poprawy, wręcz przeciwnie powodują pogorszenie stanu miejscowego. Trzeba przyznać z żalem, że nie ma złotego środka na wrastające paznokcie. Możemy jednak zrobić wiele, aby ustrzec się przed dolegliwościami związanym z procesem zapalnym wokół paznokcia.

W pracy przedstawiono sposoby stosowania szeroko pojętej higieny, które mogą uchronić pacjenta przed skutkami nieodpowiedniej pielęgnacji i zaniedbań. Przedstawiono również obraz *unguis incarnatus*.

Słowa kluczowe: *unguis incarnatus*, wrastający paznokieć, higiena stóp

Unguis incarnatus (in-growing toenail) is an ailment related most frequently to the first toe (big toe), frequently bilateral. The condition is caused by wearing uncomfortable shoes and the improper care for toenail plates. The risk of the disease increases in the case of a simultaneous injury of the toe and the nail plate. If there is an excessively deep cut of the lateral edges of the plate, the nail begins to grow into the surrounding tissues causing inflammation, increased granulation and most of all – severe pain. If shoes are too tight, the nail plate becomes excessively bent. This causes the nail to bulge and its edges bend downwards injuring the soft tissues which leads to the development of an inflammatory condition within the nailfold. A nail, attempting to regain its previous shape, grows deeply into the groove, intensifying the pre-existing inflammation. The condition is characterized by: oedema, reddening and pain in the lateral part of a toe (intensifying in the process – up to the level of making wearing shoes impossible). Those lesions are frequently accompanied by infection. It is the cause of reddening, oedema, serous and purulent exudates from the area of the nailfold, and it finally leads to the presence of hypertrophied granulation in the area of the lateral nailfold and the apex of the nail groove. Those symptoms allow the diagnosis of an in-growing toenail.

The patient's attempts to cut the edge of the nail do not improve the status, but on the contrary – lead to the deterioration of the local condition. Unfortunately, it must be admitted that there is no effective therapy for in-growing toenails. However, one can do much to prevent the conditions related to inflammatory processes around the toenail.

The study presents the methods of broadly understood hygienic measures that could prevent the occurrence of the results of improper care and negligence. A clinical image of *unguis incarnatus* is also presented.

Key words: *unguis incarnatus*, in-growing toenail, feet hygiene

© Probl Hig Epidemiol 2009, 90(1): 18-21

www.phie.pl

Nadesłano: 20.02.2009

Zakwalifikowano do druku: 28.03.2009

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Mgr Izabela Załęska-Żyłka

Krakowska Szkoła Wyższa Promocji Zdrowia

ul. Krowoderska 73, 31-158 Kraków

tel. (0-12)-423-38-40, e-mail: biuro@klinikamlodosci.pl

Unguis incarnatus (wrastający paznokieć) to przykre schorzenie dotyczące najczęściej pierwszego palca stopy (palucha), często jest obustronne. Sama nazwa „wrastający paznokieć” (*unguis incarnatus*, onychryptosis) nie odpowiada najczęściej mechanizmowi powstawania schorzenia. Bardziej trafną nazwą jest termin angielski „embedded nail” – „otulony paznokieć”. Schorzenie to nie jest typowe tylko

dla naszych czasów. Już w 1650 roku przed naszą erą w Papirusie Ebersa opisywano, jak postępować w przypadku wrastających paznokci. Ryzyko choroby wzrasta, jeżeli dojdzie do jednoczesnego urazu palca i płytki paznokciowej. Zmianom tym często towarzyszy zakażenie. Stąd też zaczerwienienie, obrzęk, ból, wyciek treści surowiczej, a następnie ropnej z okolicy wału paznokciowego, wreszcie obecność przerosniętej

ziarniny w okolicy bocznego brzegu wału paznokciowego i szczytu rowka paznokciowego pozwala na rozpoznanie wrastającego paznokcia [1].

Problem wrastających paznokci jest nieco bagatelizowany w społeczeństwie i dopiero w przypadku silnych objawów pacjent trafia do specjalisty [2,3]. Wszelkie próby wycinania brzegu paznokcia podejmowane przez chorego nie przynoszą poprawy, wręcz przeciwnie powodują pogorszenie stanu miejscowego. Nie ma jednak „złotego środka” na wrastające paznokcie, nie mniej jednak odpowiednie zachowania osobnicze pozwalają ustrzec się przed dolegliwościami związanymi z procesem zapalnym wokół paznokcia [4-6].



Ryc. 1. Wrastający paznokieć (archiwum własne)

Fig. 1. In-growing toenail (private files)

Przyczyny *unguis incarnatus*:

- niewłaściwa pielęgnacja stóp z wycinaniem kątów paznokcia,
- za ciasne buty, buty na wysokich obcasach,
- za duże buty sportowe
- zaburzenia wzrostu paznokcia (paznokcie rurkowane, łuszczyca),
- predyspozycje genetyczne,
- wady stóp.

Dolegliwość ma najczęściej charakter przewlekły i cechuje się dużą nawrotowością (70-90%). Najczęściej skarżą się na nią osoby pomiędzy 15 a 40 rokiem życia, 2-3 razy częściej mężczyźni [7], ale dotyczy również dzieci [8].



Ryc. 2. Wrastający paznokieć (archiwum własne)

Fig. 2. In-growing toenail (private files)

Niewłaściwa pielęgnacja stóp z wycinaniem kątów paznokcia

W razie zbyt głębokiego wycięcia bocznych krawędzi płytki paznokciowej zaczyna wrastać w otaczającą ją tkankę, powodując odczyn zapalny, rozrost ziarniny i przede wszystkim silny ból. Odrastający paznokieć nie ma miejsca. Wał paznokciowy przesuwają się w kierunku łożyska, co powoduje ucisk paznokcia na tkankę, w końcu przerwanie ciągłości skóry i stan zapalny. Należy zwrócić uwagę, żeby wolny brzeg paznokcia nie był zaokrąglony (ścięte brzegi paznokcia), lecz prosty, a nawet nieco wklęsły. Szczególnie unikać należy wprowadzania ostrego końca nożyczek lub pilnika pomiędzy paznokieć a otaczającą go skórę, gdyż powoduje to niewielkie zranienia skóry, które stanowią dla bakterii wrota zakażenia.

Za ciasne buty, buty na wysokich obcasach

W przypadku zbyt ciasnego obuwia dochodzi do zwiększonego zagięcia płytki paznokciowej. Nadmierne ucisk powoduje wybrzuszenie paznokcia i zagięcie ku dołowi jego brzegów, te zaś urażają otaczające części miękkie, w wyniku, czego w obrębie wału paznokciowego dochodzi do stanu zapalnego. Paznokieć dążąc do odzyskania dawnego kształtu wnika głęboko w rowek, powodując nasilenie się istniejącego już stanu zapalnego. Jego cechami są: obrzęk, zaczerwienienie i ból bocznej części palca (narastający wraz z czasem trwania choroby – do stopnia uniemożliwiającego założenie obuwia). Zmianom tym często towarzyszy zakażenie. Stąd też zaczerwienienie, obrzęk, ból, wyciek treści surowiczej, a następnie ropnej z okolicy wału paznokciowego, wreszcie obecność przerośniętej ziarniny w okolicy bocznego brzegu wału paznokciowego i szczytu rowka paznokciowego pozwala na rozpoznanie wrastającego paznokcia.

Za duże buty sportowe

W przypadku za dużego obuwia dochodzi do ciągłego „urazu” paznokcia, obijania, co może doprowadzić do wykruszenia, złamania paznokcia i późniejszych problemów z wrastaniem. Bardzo istotną sprawą jest staranne dobieranie obuwia. Nie należy kupować tanich butów z tworzywa, co powoduje częste problemy grzybicze, szczególnie u osób z obniżoną odpornością organizmu [9]. Dobieranie rozmiaru buta, jak również jego szerokości jest niezwykle istotne – zbyt wąskie buty doprowadzają do stałego ucisku wału paznokciowego na paznokieć i wszelkich późniejszych objawów wrastania. Dlatego nie powinno się kupować dzieciom butów „na wyrost”, a buty sportowe powinny być dokładnie dobierane do rodzaju sportu.

Wyróżniane są 2 typy wrastania paznokci [4]:

1. Typ młodzieńczy – charakteryzuje się płaską płytką paznokciową z „mięśnistym” wałem paznokciowym.
2. Typ dorosły – płytką paznokciową jest wysklepiona z tendencją do rolowania.

Zalecenia dotyczące profilaktyki *unguis incarnatus*:

1. Paznokcie należy już od dziecka obcinać „na prosto”, bez wycinania kątów paznokcia. Nie obcinać paznokci zbyt krótko, szczególnie u małych chłopców i osób uprawiających sport. Stosować pilnik szklany po obcięciu płytki paznokciowej.
2. Starannie dobierać obuwie. Nie kupować tanich butów z tworzywa. Dobierać rozmiar buta, również jego szerokość. Nie kupować dzieciom butów „na wyrost”. Buty sportowe dobierać do rodzaju sportu. Buty na wysokim obcasie nosić zabezpieczając palce ortezami.
3. W przypadku nagłego wzrostu ciężaru ciała, również w ciąży korzystać z porad w gabinetach specjalistycznej pielęgnacji stóp. Stosować profilaktycznie tamponadę i ortezy.
4. Przy występującej skłonności do wrastania paznokci systematycznie odwiedzać gabinety pielęgnacji stóp. Zwracać szczególną uwagę na chorych na cukrzycę. W tych przypadkach nie jest to luksus, tylko konieczność [10].
5. Stosować odpowiednie kosmetyki do pielęgnacji stóp, ewentualnie środki zmiękczające płytkę paznokciową, w których dobraniu pomoże specjalista.

Zaawansowane zmiany chorobowe wymagają leczenia chirurgicznego, z mniejszą lub większą ingerencją w otaczające tkanki [11-15]. Metody lecznicze oraz konsekwencje zabiegów chirurgicznych nie będą jednak obecnie omawiane, gdyż celem niniejszego opracowania jest prezentacja nieinwazyjnych metod korekcji i profilaktyki wrastających paznokci.

W oparciu o przegląd piśmiennictwa [16-19] oraz o możliwości jakimi dysponują nowoczesne, dobrze wyposażone gabinety kosmetyczne można stwierdzić, że istnieje dość duża różnorodność nieinwazyjnych metod. Poniżej prezentowane są niektóre z nich:

1. Tamponada

Wykonanie tamponady polega na umieszczeniu w wale paznokciowym miękkiego materiału opatrunkowego (np. Topper) pociętego wcześniej na wąskie paseczki. Dzięki umieszczeniu opatrunku dochodzi do poszerzenia przestrzeni między płytką paznokciową, a paznokciem. W przypadku obecności stanu zapalnego miękka gaza wchłania płyn tkankowy i ropę osuszając wał paznokciowy. Opatrunek można nasączyć odpowiednimi środkami, w przypadku stanu zapalnego tamponada powinna być zmieniana nawet kilka razy dziennie.

2. Rurki Sulci-Protector wg Rossa-Frasera

Rurka Sulci-Protector chroni wał paznokciowy przed uciskiem paznokcia oraz jednocześnie zabezpiecza miejsce dla noworosnącej płytki paznokciowej.

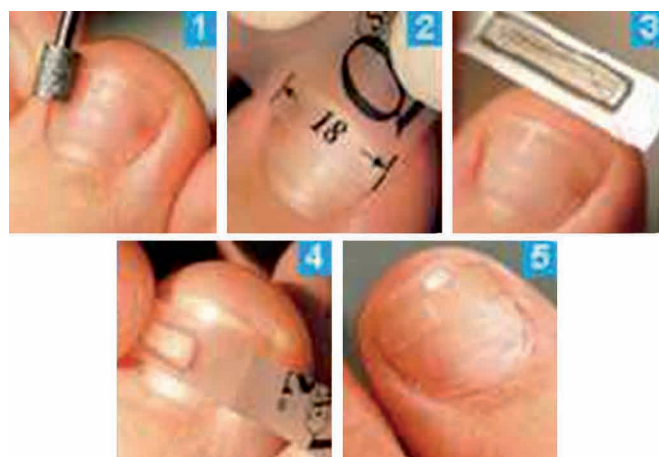


Ryc. 3. Korekta paznokcia za pomocą rurek sulci - protektor (materiały szkoleniowe firmy Miralex sp. z o.o. – PPPZN)

Fig. 3. The nail correction with the sulci-protector tubes (training materials of the Miralex company Ltd)

3. Klamra BS Quick

Klamra ta zostaje naklejona na płytkę paznokciową, dlatego jej zastosowanie jest możliwe również w przypadku cienkich i łamliwych paznokci. Siła pociągająca brzoży paznokcia do góry może działać w zależności od potrzeby jedno- lub dwustronnie.



Ryc. 4. Korekta paznokcia za pomocą klamry BS Quick (materiały szkoleniowe firmy Miralex sp. z o.o. – PPPZN)

Fig. 4. The nail correction with the BS Quick brace (training materials of the Miralex company Ltd)

4. Klamra VHO-Osthold® Perfect

Najbardziej skuteczną metodą leczenia wrastających paznokci są zabiegi polegające na zakładaniu klamry ze stali chirurgicznej. Najbezpieczniejsze klamry to trzyczęściowe klamry VHO Osthold Perfekt®, które są odpowiednio wygięte i można je dopasować do każdego paznokcia. Dobre efekty przynosi ich stosowanie przy paznokciach rurkowatych. Zabieg podobny jest w swojej filozofii do zabiegów ortodontycznych, gdzie odpowiedni drut zakłada się na zęby w celu ich odpowiedniego ustawienia w łuku zębowym. Klamra na wrastający paznokieć ma na celu zmianę toru wzrostu paznokcia, a poprzez działanie odpowiednich sił na brzegi paznokcia, „wyciąga” paznokieć z wału paznokciowego przynosząc natychmiastową ulgę po jej założeniu.



Ryc. 5. Korekta paznokcia za pomocą klamry VHO Osthold Perfekt (materiały szkoleniowe firmy Miralex sp. z o.o. – PPPZN)

Fig. 5. The nail correction with the VHO Osthold Perfekt brace (training materials of the Miralex company Ltd)

W Polsce problemem bezinwazyjnej korekty i odpowiedniej profilaktyki *unguis incarnatus* zajmuje się Polski Program Profilaktyczny Zdrowe Nogi pod kierownictwem dr n. med. Mirosławy Gałęckiej [20]. Zadaniem Programu jest szerzenie świadomości lekarzy, kosmetologów i pacjentów w tymże zakresie.

Zarówno lekarze jak i kosmetolodzy (podolodzy) na co dzień spotykający się z tym problemem potrzebują większej świadomości i współpracy ze strony pacjenta, a tym samym jego wiedzy. Niestety, w większości przypadków pacjenci w pierwszej kolejności próbują działać sami, co tylko pogarsza stan początkowy. Często bagatelizują problem, aż do momentu kiedy nie mogą chodzić. W przypadku wrastania paznokci wynika to bardzo często z obawy przed interwencją chirurgiczną – ściąganiem paznokcia. Dlatego też pacjenci „męczą się” przez wiele dni a nawet tygodni, szeroko omijając gabinety. Wynika to z braku wiedzy i świadomości pacjenta, że jest wiele metod zarówno profilaktyki jak i nieinwazyjnej korekty opisanej powyżej. Z obserwacji i prowadzonej dokumentacji w gabinecie Zdrowe Nogi w Krakowie wynika, że każdy pacjent, który trafi w odpowiednim czasie do specjalisty i wykazuje chęć współpracy zostaje „wyleczony”. Wrastanie paznokci jest niestety problemem nawracającym. Z tego względu pacjenci muszą być w stałym kontakcie ze specjalistą oraz muszą mieć wykształcone odpowiednie zachowania higieniczne i prozdrowotne [17].

Piśmiennictwo / References

- Daniel CR, Iorizzo M, Tosti A, Piraccini BM. Ingrown toenails. *Cutis* 2006, 78(6): 407-408.
- Schuh A, Hönle W. Unguis incarnatus. How to treat an ingrown toenail. *MMW Fortschr Med* 2007, 149,41: 39.
- Neumaier J. Ingrown toenail makes walking painful. To wait, clip or cut? *MMW Fortschr Med* 2004, 146,20: 8.
- Martínez-Nova A, Sánchez-Rodríguez R, Alonso-Peña D. A new onychocryptosis classification and treatment plan. *J Am Podiatr Med Assoc* 2007, 97(5): 389-393.
- Scholz N. Ingrown toe nail. Little success with filing and surgery *MMW Fortschr Med* 2004, 146,26: 19.
- Kuru I, Sualp T, Ferit D, Gunduz T. Factors affecting recurrence rate of ingrown toenail treated with marginal toenail ablation. *Foot Ankle Int* 2004, 25(6): 410-413.
- Anari S. A lateral approach to ingrowing toenail. *J R Soc Med* 2004, 97,4: 207.
- Yang G, Yanchar NL, Lo AY, Jones SA. Treatment of ingrown toenails in the pediatric population. *J Pediatr Surg* 2008, 43(5): 931-935.
- Macura AB, Macura-Biegun A, Pawlik B. Susceptibility to fungal infections of nails in patients with primary antibody deficiency. *Comp Immunol Microbiol Infect Dis* 2003, 26(4): 223-232.
- Erdogan FG, Erdogan G. Long-term results of nail brace application in diabetic patients with ingrown nails. *Dermatol Surg* 2008, 34(1): 84-86.
- Aydin N, Kocaoğlu B, Esemeli T. Partial removal of nail matrix in the treatment of ingrowing toe nail. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2008, 42, 3: 174-177.
- Erdogan FG. A simple, pain-free treatment for ingrown toenails complicated with granulation tissue. *Dermatol Surg* 2006, 32,11: 1388-1390.
- Thommasen HV, Johnston CS, Thommasen A. The occasional removal of an ingrowing toenail. *Can J Rural Med* 2005, 10(3): 173-180.
- Puente García NM, Fernández Gómez ML, Voces García D. Ingrown nails: one-year experience with nail surgery in the primary care clinic. *Aten Primaria* 2002, 29(6): 386-387.
- Zuber TJ. Ingrown toenail removal. *Am Fam Physician* 2002, 65(12): 2547-2552.
- Moriue T, Yoneda K, Moriue J. A simple therapeutic strategy with super elastic wire for ingrown toenails. *Dermatol Surg* 2008, 34(12): 1729-1732.
- Le Grand G. Pedicure and podiatric care *Ann Dermatol Venereol.* 2005, 132: 785-792.
- Pottie K, Dempsey M, Czarnowski C. Practice tips. Toenail splinting. *Can Fam Physician* 2003, 49: 1451-1453.
- Aksakal AB, Ozsoy E, Gürer M. Silicone gel sheeting for the management and prevention of onychocryptosis. *Dermatol Surg* 2003, 29(3): 261-264.
- www.zdrowe-nogi.pl