

М.Ю. Попович¹, В.Б. Кащенко^{1,2}, А.І. Чоботарь¹⁻³¹КЗ «Кіровоградський обласний шкірно-венерологічний диспансер»²Кіровоградський базовий медичний коледж імені Є.Й. Мухіна³Медико-санітарна частина Кіровоградської льотної академії
Національного авіаційного університету

Випадок запущеної форми оніхомікозу стоп

Наведено огляд статистичних даних щодо поширеності грибкової інфекції в світі, зокрема в Україні. Розглянуто локалізацію мікотичних уражень, чинників їх виникнення, а також супутні захворювання. Вивчено клініку уражень мікотичною інфекцією, зокрема при оніхомікозі. Наведено клінічний випадок запущеної форми оніхомікозу нігтів стоп у пацієнтки віком 80 років з терміном перебігу захворювання понад 20 років. По медичну допомогу не зверталася, займалася самолікуванням.

Ключові слова

Оніхомікоз, перебіг, клінічні вияви, діагностика.

Висока частота грибкової інфекції у населення Земної кулі та постійна тенденція до збільшення кількості хворих на мікози пояснює важливість та актуальність цієї проблеми в першу чергу для лікарів-дерматовенерологів. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я у середньому кожний п'ятий житель Землі інфікований грибами, а 90% людей хоча б раз у житті стикалися з грибковим захворюванням. За статистичними даними інфікованість населення європейських країн мікозами стоп становить від 20 до 70% [1, 3, 8]. Аналогічна ситуація склалась і в Україні, маючи тенденцію до ще більшого росту. Відповідно до результатів сучасних досліджень кількість хворих на дерматомікози серед осіб похилого та старечого віку досягає 80%. У пацієнтів цієї категорії в 75–80% випадків спостерігається мікотичне ураження шкіри і нігтів стоп, у 10% – шкіри та нігтів кистей і стоп, у 5% – великих складок шкіри (пахово-стегнових, під молочними залозами, міжсідничних, пахвових западин [3, 4, 8]. Причому оніхомікози частіше виникають у пацієнтів з порушенням функції імунної системи, соматичними і ендокринними захворюваннями (цукровий діабет), а також із серцево-судинною патологією, порушеннями магістрального та периферичного кровообігу (особливо нижніх кінцівок), в осіб, що неконтрольовано приймають антибіотики широкого спектра дії та інші хіміопрепара-

ти, у хворих з дефіцитом маси тіла, деформацією кісткового апарату стоп [6, 7, 9].

У хворих на оніхомікоз ураження нігтьових пластинок і прилеглої до них шкіри становить собою вогнище грибкової інфекції, яке спричиняє поширення специфічної інфекції та сенсibiliзацію організму до збудників мікозів і продуктів їхньої життєдіяльності. Ступінь грибкової сенсibiliзації макроорганізму суттєво впливає на розвиток та перебіг мікотичної інфекції, зумовлюючи мозаїчність її клінічних виявів. Зовні оніхомікоз виявляється розпушенням, потовщенням і ламкістю нігтів. При цьому уражені нігті тьмяніють, деформуються, жовтіють, потовщуються і надалі кришаться. Будь-яка форма хвороби з часом цілком може призвести не тільки до ураження всіх нігтьових відділів, а й до руйнування нігтьової пластинки з подальшою втратою її функцій. Грибкове ураження з роками набуває тяжкого перебігу, створюючи не тільки косметичні проблеми, а й труднощі з підбором взуття. Хворі скаржаться на дискомфорт під час ходьби, больові відчуття, обмеженість у русі. На тлі цих явищ у них знижується самооцінка і погіршується якість життя.

У пацієнтів похилого віку з мікозами запальна реакція шкіри виражена слабо. Клінічна картина стерта і виявляється незначною еритемою, згладженістю країв вогнищ ураження, помірно вираженим лущенням. Основними при-

чинами звернення пацієнтів до лікаря є такі суб'єктивні відчуття, як свербіж і печіння на тлі слабвираженої клінічної картини. Крім того, у хворих цієї вікової групи перебіг ураження нігтьових пластинок відбувається за гіпертрофічним типом з утворенням оніхогрифозу або за гіпотрофічним типом.

Основними збудниками грибкових захворювань шкіри та її придатків є дерматоміцети (близько 85% випадків). *Tr. rubrum* серед збудників мікозів шкіри та її придатків посідає перше місце серед населення країн Європи, зокрема України [1, 4, 7, 9, 10, 13].

Tr. rubrum спочатку уражає нігтьове ложе, попередньо інфікувавши шкіру проксимального валика і кутикулу нігтя. Пошкодження матрикса призводить до деформації нігтьової пластинки, за проксимальної форми ураження відбувається руйнування з подальшою втратою нігтьової пластинки. Ця форма оніхомікозу зустрічається рідко. Тотальну дистрофічну форму оніхомікозу часто виявляють при дистальному типі ураження нігтів, за якого пошкоджується не тільки нігтьова пластинка, а також нігтьове ложе і матрикс нігтя. Піднігтьовий гіперкератоз завжди призводить до відділення нігтя від нігтьового ложа. Інколи відбувається його розпад. Ця форма оніхомікозу часто виникає на тлі тривалого перебігу патологічного процесу, спричиненого *Tr. rubrum* [2, 4–6, 11]. Існує класифікація оніхомікозів з урахуванням критерія ураження нігтя. Відзначають такі первинні критерії: смуги або плями біло-жовтого, а також оранжево-коричневого кольору. Вторинні критерії: піднігтьовий гіперкератоз, оніхолізіс, потовщення нігтьової пластинки. А.М. Арієвич виділив такі типи оніхомікозу: перший — нормотрофічний, другий — гіпертрофічний і третій — атрофічний. Атрофічний тип характеризується стоншенням самої нігтьової пластинки. У сучасній зарубіжній класифікації виділяють такі типи оніхомікозу: поверхневий білий, дистальний піднігтьовий, проксимальний піднігтьовий, тотальний дистрофічний [2, 12, 14–16].

Наводимо випадок. Протягом останніх тридцяти років аналогічного ураження у вигляді запущеної форми оніхомікозу стоп ми не зустрічали. *Хвора М.*, 80 років, у березні 2018 р. звернулася по медичну допомогу до сімейного лікаря за місцем проживання зі скаргами на незручності під час ходьби та біль у колінних суглобах протягом останніх п'яти років. Із анамнезу: ураження нігтів стоп відмічає майже двадцять років. За цей час по медичну допомогу до дерматолога не зверталась. Періодично займалась самолікуванням, робила ванночки із розчину харчової

соди, а уражені нігті обробляла розчином 5% йоду, таке лікування ефекту не приносило. Через біль у колінних суглобах та поширений процес на нігтях стоп вимушена ходити за допомогою двох палиць і тільки у домашніх капцях.

Обстеження. Хірург: деформівний артроз фаланг стоп; окуліст: незріла катаракта; психіатр: атеросклероз судин головного мозку з легким когнітивним порушенням; гінеколог: здорова; дерматолог: оніхомікоз стоп, мікоз стоп. Хвора потребує специфічного лікування.

Лабораторно: при обстеженні під світловим мікроскопом ураженої нігтьової пластинки великого пальця правої стопи та шкіри підошовної поверхні правої стопи виявлено ниткоподібні гіфи гриба; попередній висновок — ураження *Tr. rubrum*.

Рентгенографія органів грудної клітки: відповідно до вікових змін; УЗД органів черевної порожнини і травного тракту: множинні конкременти в жовчному міхурі; ЕКГ: поодинокі передсердні екстрасистолі. Повна блокада лівої ніжки пучка Гіса.

Загальний аналіз крові та сечі: без патологічних змін. Глюкоза крові: 3,8 ммоль/л.

Основний діагноз: ішемічна хвороба серця. Атеросклеротичний кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба II ст., 2 ст., р 2.

Ускладнення основного діагнозу: серцева недостатність, функціональний клас III.

Супутній діагноз: деформівний остеоартроз колінних суглобів. Функціональна недостатність суглобів II ст.

Патологічний процес має поширений характер, уражає шкіру та нігтьові пластинки стоп. У міжфалангових проміжках та на підошовній поверхні обох стоп на тлі незначного гіперкератозу виявлено лущення епідермісу. Нігтьова пластинка I пальця правої стопи має значне потовщення в ділянці нігтьового валика діаметром до 2 см неправильної округлої форми у вигляді «завитка», ребриста, довжиною до 10 см із загостреним кінцем, що нагадує «викрутку», сіро-кричневого кольору, огинає поверхню чотирьох пальців стопи. Нігтьові пластинки IV та V пальців лівої стопи також деформовані, неправильної форми у вигляді двох великих «крючків» діаметром до 1,5 см і довжиною до 5 см. При цьому нігтьова пластинка V пальця тісно прилягає до нігтьової пластинки IV пальця від світло-коричневого до коричневого кольору. Відмічається ураження нігтьової пластинки I пальця лівої стопи у вигляді вираженого піднігтьового гіперкератозу за формою півкола, дистальний кінець якого має неправильну форму, крихкий на дотик, у центрі темно-коричневого, а по периферії —



Рис. 1. Оніхомікоз нігтів правої нижньої кінцівки



Рис. 2. Оніхомікоз нігтів правої нижньої кінцівки



Рис. 3. Оніхомікоз правої нижньої кінцівки



Рис. 4. Оніхомікоз лівої нижньої кінцівки

світло-коричневого кольору діаметром від 1,5 до 3 см (рис. 1–4).

Інші нігтьові пластинки стоп також деформовані, різної форми за гіпертрофічним типом, товщиною від 0,5 до 2 см сірого, жовто-коричневого та коричневого кольору, щільні, ламкі, крихкі.

Дерматологічний діагноз: оніхомікоз, тотальне ураження нігтьових пластинок на обох стопах

з деформацією за гіпертрофічним типом. Мікоз стоп.

Від запропонованого лікування в обласному шкірно-венерологічному диспансері хвора категорично відмовилась.

Цей випадок є показовим для студентів, інтернів, лікарів різних спеціальностей і може бути використаний під час практичних занять на тему «Мікози».

Список літератури

1. Горланов И.А., Заславский Д.В., Милявская И.Р. и др. Детская дерматовенерология: Учебник.— М.: Академия, 2012.— 352 с.
2. Дубенский В.В., Некрасова Е.Г. Распространенность и структура дерматомикозов среди студентов // Дерматовенерология.— 2013.— № 3.— С. 23–26.
3. Дудченко М.О., Васильева К.В., Єрохіна Л.П. Застосування антимікотичних препаратів при лікуванні грибкових уражень шкіри // Дерматол., косметол., сексопатол.— 2013.— № 1–4.— С. 168–171.
4. Дюдон А.Д., Салей Е.А., Полион Н.Н. Комплексное лечение больных онихомикозом // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2015.— № 1 (56).— С. 87–91.
5. Жукова О.В. Современные методы наружной терапии онихомикозов // Клин. дерматол. и венерол.— 2012.— № 5.— С. 76–78.
6. Салий Е.А. Онихомикоз — современные взгляды и подходы к решению проблемы // Дерматол., косметол., сексопатол.— 2013.— № 1–4.— С. 235–240.
7. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции.— М.: Бинном, 2004.— 252 с.
8. Степаненко В.І., Чоботарь А.І., Бондарь С.О. та ін. Дерматология і венерология. Підручник для студ. ВМНЗ І–ІІІ р. ак.— К.: Медицина, 2015.— С. 90–114.
9. Степаненко В.І., Чоботарь А.І., Бондарь С.О., Чоботарь Л.В. Практикум з дерматології і венерології. Навч. посібник.— К.: Медицина, 2018.— С. 119–151.
10. Степанова Ж.В. Микоз ногтей у детей // Consilium Medicum. Дерматология 2012.— № 1.— С. 23–25.
11. Файзулина Е.В., Силина Л.В., Файзуллин В.А. Эффективность терапии онихомикоза ирунином (по результатам многоцентрового исследования 2010 и 2011 гг.) // Вестн. дерматол. и венерол.— 2012.— № 2.— С. 64–69.

12. Barbedo L.S., Vaz C., Pais C. et al. Different scenarios for *Candida parapsilosis* fungaemia reveal high numbers of mixed *C. parapsilosis* and *Candida orthopsilosis* infections // *J. Med. Microbiology*.— 2015.— Vol. 64.— P. 7–17.
13. Gupta A.K., Daigle D., Foley K.A. The prevalence of culture-confirmed toenail onychomycosis in at-risk patient populations // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.*— 2015.— Vol. 29 (6).— P. 1039–1044.
14. Tati S., Davidow P., McCall A. et al. *Candida glabrata* binding to *Candida albicans* hyphae enables its development in oropharyngeal candidiasis // *PLoS Pathogens*.— 2016.— Vol. 12 (3).— P. e1005522.
15. TorresDamas W., YumpoCardenas D., MotaAnaya E. Coinfection of rhinocerebral mucormycosis and sinus aspergillosis // *Rev. Peru Med. Exp. Salud. Publica*.— 2015.— Vol. 32 (4).— P. 813–817.
16. Wu T., Cen L., Kaplan C. et al. Cellular Components Mediating Coadherence of *Candida albicans* and *fusobacterium nucleatum* // *J. Dent. Res.*— 2015.— Vol. 94.— P. 1432–1438.

М.Ю. Попович¹, В.Б. Кащенко^{1,2}, А.И. Чоботарь¹⁻³

¹ КЗ «Кировоградский областной кожно-венерологический диспансер»

² Кировоградский базовый медицинский колледж имени Е.И. Мухина

³ Медико-санитарная часть Кировоградской летной академии Национального авиационного университета

Случай запущенной формы онихомикоза стоп

Приведен обзор статистических данных о грибковой инфекции в мире, в том числе в Украине. Рассмотрены локализация микотических поражений, причины их возникновения, а также сопутствующие заболевания. Изучена клиника поражений микотической инфекцией непосредственно при онихомикозе. Приведен клинический случай запущенной формы онихомикоза ногтей стоп у пациентки в возрасте 80 лет, которая болеет более 20 лет. За медицинской помощью не обращалась, занималась самолечением.

Ключевые слова: онихомикоз, течение, клинические проявления, диагностика.

M.Yu. Popovich¹, V.B. Kashchenko^{1,2}, A.I. Chobotar¹⁻³

¹ *Kirovograd Regional Dermatovenerologic Dispensary*

² *E.I. Mukhina Kirovograd Medical College*

³ *Hospital of Kirovograd Flight Academy of National Aviation University*

Case of advanced stage of foot onychomycosis

An overview of statistics on fungal infections in the world, including Ukraine is presented. The localization of mycotic lesions, their causes, as well as associated diseases are considered. The clinic of lesions of mycotic infection was studied in the course of onychomycosis. A case of advanced stage of foot onychomycosis is described in a patient aged 80 years who has been ill for more than 20 years. She did not seek medical help and was engaged in self-treatment.

Key words: onychomycosis, flow, clinical manifestations, diagnosis.

Дані про авторів:

Попович Мар'яна Юрївна, гол. лікар Кировоградського обласного шкірно-венерологічного диспансеру

25013, м. Кировоград, вул. Комарова, 1

Тел. (0522) 33-34-85. E-mail: kogven@ukrpost.ua

Кащенко Вадим Борисович, лікар-дерматовенеролог, викладач дерматовенерології Кировоградського медичного коледжу

Чоботарь Анатолий Иванович, лікар-дерматовенеролог МСЧ КЛА НАУ, викладач дерматовенерології Кировоградського медичного коледжу