

Деструктивний трихофітний оніхомікоз з поліоніхогрифозом обох стоп: клінічний випадок

**Мацях Ю.М., Вергун А.Р., Литвинчук* М.М., Чуловський* Я.Б., Марко* О.Г., Кіт З.М. Кузовкіна* О.Л., Шалько І.В., Мощинська* О.М.,
Вергун О.М., Карпишин Н.В., Іваха М.О.**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Комунальне некомерційне підприємство*

«Львівське територіальне медичне об'єднання №2.

*Клінічна лікарня планового лікування, реабілітації та паліативної допомоги»,
відокремлений підрозділ «4-а лікарня»*

e-mail: plagi@mail@meta.ua, м. Львів, Україна

Вступ. Оніхогрифоз — хронічне, асоційоване із тяжким мікотичним ураженням росткової зони і оніхеального матриксу, захворювання нігтьової пластини, що характеризується її гіпертрофією, викривленням та зміною кольору. У занедбаних випадках ніготь іноді набуває характерної форми "дзьоба птаха" (грифа) або "баранячого рогу", що супроводжується деформацією нігтьового ложа, хронічною оніхією, іноді - "кleshнеподібною" (кліщеподібною) двобічною інкарнацією (pincer nail) та призводить до порушення ходи, болю, приєднання вторинної інфекції та значного зниження якості життя. Одним із факторів ризику розвитку поліоніхогрифозу є нездатність до самостійного догляду за собою, що на фоні хронічної трихофітії часто спостерігається у пацієнтів із психоневрологічною, зокрема сенільною, патологією.

У даній роботі представлено клінічний випадок пацієнта із запущеним оніхогрифозом та хронічною пароніхією на тлі перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом у ділянці лобної долі головного мозку. Ураження цієї ділянки супроводжувалося копролалією, порушенням мотивації, зниженням ініціативності та ігноруванням елементарних гігієнічних потреб. Ситуацію ускладнював супутній атеросклероз судин нижніх кінцівок, що обмежував периферичне кровопостачання і сприяв трофічним змінам у дистальних відділах стоп.

Даний випадок ілюструє важливість мультидисциплінарного підходу до ведення пацієнтів з неврологічним і соматичним обтяженням, акцентуючи увагу на необхідності гігієнічного моніторингу та своєчасної хірургічної корекції.

Основний зміст роботи. Пацієнт Лаз-ко, 72 роки, був госпіталізований до паліативного відділення після перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом у басейні лобної долі. Госпіталізований з явищами іммобільності, загального виснаження, порушення самообслуговування; супутньої неврологічної симптоматики та серцевої недостатності з постінфарктним кардіосклерозом. Ураження цієї ділянки призвело до розвитку апатико-абулічного синдрому і в подальшому спричинило нехтування базовими гігієнічними заходами. Коморбідно верифіковано атеросклеротичне ураження судин нижніх кінцівок та цукровий діабет.

Під час огляду звертала на себе увагу виражена деформація нігтьових пластин всіх пальців обох стоп по типу "рогів барана", — виражений оніхогрифоз (рис. 1) з викривленням, вторинною кліщеподібною інкарнацією, надмірним потовщенням нігтів, зміною кольору, утворенням масивних рогових нашарувань. Пацієнт скаржився на труднощі під час ходи, тиск та біль у ділянках нігтьових лож, що посилювались при натисканні на нігтьові пластини. Окрім того, на шкірі підшов та міжпальцевих складок візуалізувалося типове висівкоподібне і пластинчасте лущення, деякі ділянки з ознаками мацерації та (патогномонічні) гіперкератодні бурі нашарування, що клінічно відповідає проявам рубромікозу (рис. 2). У ділянках деяких епоніхеальних валиків виявлялися явища хронічної пароніхії з помірною гіперемією, гнійно-фібринозними нашаруваннями. Пульс над a.poplitea пальпується добре, над a.tibialis posterior пальпується слабо, ниткоподібного характеру, над a.tibialis anterior та a. dorsalis pedis sinistra не визначається. Також наявні "серцеві набряки", слабкопозитивний симптом "ямки". Пацієнт

був оглянутий хірургом, за результатами консультації було ухвалене рішення щодо хірургічної корекції патологічно змінених нігтьових пластин. Зважаючи на загальний стан хворого та потребу у мінімізації травматичності втручання, операцією вибору була обрана малотравматична пушерна оніхоектомія — метод, що дозволяє зберегти матрикс нігтя та уникнути надлишкової травматизації м'яких тканин. Враховуючи психічний статус здійснено премедикаційну седацию галоперидолом. Хірургічне втручання виконане під місцевим регіональним знеболенням. Під час операції, – після виконання епоніхекомії в ділянках інкарнацій під час пушерної мобілізації, стверджено гнійні виділення (із дерматофітоми, симультанно розкритих мікроабсцесів у вигляді “медових сот”) з наявністю друз патогенних грибів (*Tr. Rubrum*). Операційне втручання проведено “під прикриттям” системної терапії ітраконазолом.



Рисунок 1. Пацієнт Лаз-ко, 72 роки, оніхогрифотично змінені нігтьові пластини у вигляді “баранячих рогів”, висівкоподібні лущення, хронічна пароніхія.



Рисунок 2. Деформація нігтів і гіперкератозні бурі трихофітні нашарування на шкірі у хворого Лаз-ка, 72 роки. Генералізована трихофітія обох стоп, поліоніхомікоз, поліоніхогрифоз

У післяопераційному періоді стан пацієнта залишався задовільним. Неврологічний статус дещо покращився. При перев'язках застосовувались місцеві антисептики — хлоргексидину біглюконат та розчин повідон-йоду. Також активно користувалися місцевою антибіотикотерапією у вигляді лінімента хлорамфеніколу, з метою профілактики приєднання вторинної бактеріальної інфекції. Починаючи з етапу формування кірочки, локально у рамках протирецидивної терапії використовували тербінафін, а також призначали системну антимікотичну пульс-терапію з динамічним спостереженням за функцією нирок, печінки та загальним станом пацієнта та корекцією коморбідної патології. Загоєння операційних ран відбулося без ускладнень. Стверджено клінічне видужання від оніхогрифозу. Проте явища трихофітного рубромікозу остаточно не регресували. У віддаленому періоді лікування, через 3 місяці після оперативного втручання зафіксовано задовільні результати лікування: рецидивів оніхогрифозу не відзначалося, лущення шкіри стоп практично припинилося, стан пацієнта залишався стабільним. Окрім того пацієнт був курований неврологом та частково реабілітований в контексті базового гігієнічного догляду за станом своїх стоп.

Висновки. Оніхогрифоз у пацієнтів із тяжкою супутньою неврологічною патологією, зокрема після перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу, часто є наслідком тривалого нехтування особистою гігієною та неможливості самостійного догляду за собою. У поданому випадку важливу роль у патогенезі нігтьових змін відіграли не лише неврологічні порушення лобної долі головного мозку, які проявлялися апатико-абулічним синдромом, але й наявність супутнього атеросклерозу судин нижніх кінцівок, що, ймовірно, поглиблював трофічні порушення у дистальних відділах. Клінічна картина була ускладнена наявністю грибкового ураження — рубромікозу з типовим ураженням шкіри стоп і вторинною хронічною пароніхією, що підтверджує мультифакторність розвитку патології. Завдяки своєчасній хірургічній тактиці, — малотравматичній пушерній оніхоектомії вдалося мінімізувати травматизацію, уникнути ускладнень, покращити якість життя пацієнта та забезпечити контроль над інфекційним процесом. Адекватне післяопераційне ведення з використанням антисептичних засобів, місцевої та системної антимікотичної терапії сприяло швидкому загоєнню ран і досягненню позитивного клінічного ефекту. Цей випадок підкреслює важливість мультидисциплінарного підходу до ведення пацієнтів паліативного профілю, необхідність оцінки дерматологічного статусу навіть при наявності тяжкої супутньої патології, а також ефективність малотравматичних хірургічних методів видалення уражених нігтів у поєднанні з раціональною протигрибковою терапією.