**УДК:** 616.516-036-07-08

**СУЧАСНЕ УЯВЛЕННЯ ПРО ОСОБЛИВОСТІ ОНІХОМІКОЗІВ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ**

*Чернікова Л.І.*

*Харківський національний медичний університет*

***Ключові слова:*** *оніхомікози, похилий вік, клінічні ознаки, діагностика, лікування, особливості*

Інфекційні захворювання грибкової етіології розповсюджені в усьому світі. Незважаючи на велику кількість на фармацевтичному ринку антимікотиків загальної (системної) і місцевої (локальної) дії, число хворих на грибкові ураження зростає з року в рік [1].

Під узагальнюючим терміном «мікози ступень» розуміють грибкове ураження шкіри і нігтів будь-якої природи. Оніхомікоз - інфекційне захворювання нігтів грибкової етіології, яке спричиняється дерматоміцетами, дріжджовими або пліснявими грибами. У всіх країнах світу це одне з найбільш поширених захворювань шкіри та її придатків. За даними різних авторів, частота оніхомікозу в популяції становить від 2 до 14%. Однак справжня картина поширеності захворювання традиційно вважається більшою - не менше 10-20% населення [2,3]. В останні роки частота зустрічальності оніхомікозів серед населення набула таких масштабів, що деякі автори називають цю ситуацію повсюдною епідемією [4].

Грибкові інфекції нігтів ступень частіше зустрічаються в країнах з помірним і холодним кліматом, де люди носять щільне і тісне взуття, що створює сприятливі умови для розвитку інфекції, а також в тропічних і субтропічних країнах, чому сприяють висока температура навколишнього середовища і висока вологість. Чоловіки хворіють на оніхомікози в 1,5-3 рази частіше, ніж жінки, проте жінки частіше звертаються до лікаря.

Захворюваність на оніхомікози збільшується з віком, досягаючи максимуму - до 84% - у осіб похилого та старечого віку. В патогенезі цього явища провідна роль належить інволюційним змінам шкіри та її придатків у поєднанні з соматичною і психоневрологічної обтяженістю, імунодефіцитом і вживанням медикаментів. Висока питома вага оніхомікозів у загальній структурі захворюваності частково пояснюється зростанням осіб похилого та старечого віку в загальній популяції населення. Певну роль відіграє недостатній догляд за особами похилого віку та їх необізнаність про можливі причини змін нігтів[5,6,7].

Структурні й функціональні зміни старіючої шкіри не пов'язані із зовнішніми факторами і характеризуються, поряд з індивідуальними, цілим рядом загальних особливостей. Епідерміс стає тонше, адгезія корнеоцитів та міцність дермоепідермальних зв'язків знижуються. Кількість меланоцитів і клітин Лангерганса зменшується. Дерма атрофична, клітинний склад і васкуляризація збіднена. Порушена структура дермального колагену, еластину і глікозаміногліканів. Підшкірна клітковина стоншена на обличчі, кистях, гомілках і ступнях й, навпаки, потовщена у чоловіків - на животі, у жінок - на стегнах. Еккринові та апокринові потові залози атрофічні, їх секреторна функція знижена. Кількість еккринових потових залоз зменшена. Сальні залози збільшені в розмірах, але їх секреція знижена. Кількість волосяних фолікулів на волосистій частині голови і обличча скорочено. Нігтьові пластинки стоншені, поверхня їх матова, поздовжньо покреслена, лунула зменшена. Швидкість відновлення епідермісу, зростання волосся і нігтів, інтенсивності імунної і запальної відповіді знижено [8,9].

Інволюційні зміни шкіри та її придатків, що описані вище, безсумнівно, пов'язані з такими в інших органах та системах. Так, серцево-судинні захворювання сприяють виникненню оніхомікозів і обтяжують їх перебіг. Патологія периферичних судин була виявлена у 90-95% хворих на мікози ступень, причому у 2/3 пацієнтів виявлені не тільки функціональні судинні порушення, а й серйозна органічна патологія: облітеруючий ендартеріїт, синдром Рейно, венозна недостатність, варикозна хвороба, посттромбофлебітичний синдром. Змінені й реологічні властивості крові, що проявляються посиленням агрегації тромбоцитів, збільшенням в'язкості крові, зниженням її фібринолітичної активності. Патологія мікроциркуляції призводить до порушення живлення тканин, зміні pH й біохімізму кератину нігтів і шкіри, зниження місцевої температури, підвищення сухості і гіперкератозу. У свою чергу, токсичні та алергічні продукти життєдіяльності грибів за принципом зворотного зв'язку посилюють судинні порушення [7,9,10,12].

Онкологічна патологія (злоякісні новоутворення крові та внутрішніх органів) й лікування, що проводиться з цього приводу, також сприяють порушенню природної резистентності, імунологічного та метаболічного статусу і, як наслідок цього, розвитку оніхомікозів [7,9].

Неврологічні захворювання у хворих похилого віку тісно пов'язані з судинними. У пацієнтів з геміпарезом після перенесеного інсульту мікоз локалізується в першу чергу на стороні геміпарезу. Особливо часті оніхомікози при наявності ендокринної та обмінної патології у хворих старшої вікової групи. Переважно це стосується цукрового діабету і його ускладнень: ангіопатії, нейропатії, кетоацидозу [7,9,11]. За результатами багатоцентрового епідеміологічного дослідження частота оніхомикозу ступень в популяції хворих на діабет становить 26%, а серед літніх пацієнтів з цукровим діабетом - у 35,2% [13].

У природі оніхомікозу в осіб похилого та старечого віку окрім перерахованих місцевих та загальних патогенетичних факторів може грати роль поліорганність патології й пов'язана з нею поліпрагмазія. Особливо несприятлива з точки зору можливості розвитку оніхомікозу є нераціональна терапія антибіотиками, системними кортикостероїдами, цитостатиками, транквілізаторами і нестероїдними протизапальними засобами. Ліки спричиняють імуносупресію господаря, підсилюють антигенні і патогенні властивості грибів, стимулюючи адаптивні ферменти агресії і стійкість до протигрибкових препаратів.

У вітчизняній літературі розрізняють три типи оніхомікозу: нормотрофічний, гіпертрофічний і оніхолітичний, або атрофічний [14-16].

При нормотрофічному типі змінюється лише забарвлення нігтів, нігтьова пластинка довго зберігає свою конфігурацію і товщину. Однак усередині самої пластинки з'являються плями і смуги, колір яких варіює від білого до охряно-жовтого, поступово увесь ніготь змінює забарвлення, зберігаючи, однак, блиск і незмінену товщину.

При гіпертрофічному типі нігтьова пластинка помітно потовщується за рахунок розвитку піднігтьового гіперкератозу, ніготь втрачає блиск, стає тьмяним, потовщується і деформується, аж до утворення оніхогрифоза. При огляді вільного краю нігтьової пластинки спереду і з боків помітна своєрідна зазубринка. При цій формі оніхомікозу ступень хворі нерідко відчувають біль при ходьбі.

Для оніхолітичного типа характерно досить швидке відділення нігтьової пластинки від нігтьового ложа, при цьому ніготь стає тьмяним, має буро-сіре забарвлення. Оголена ділянка вкрита пухкими гіперкератотичними нашаруваннями, проксимальна частина довгий час може залишатися без істотних змін.

Сьогодні зарубіжні та вітчизняні клініцисти найчастіше пропонують використовувати таку класифікацію оніхомікозів:

• дистальний або дистально-латеральний оніхомікоз;

• білий поверхневий оніхомікоз;

• проксимальний субунгвальний оніхомікоз;

• тотальний дистрофічний оніхомікоз.

Найбільш часто оніхомікоз, обумовлений дерматофітами, представлений дистальною і латеральною формами, при яких гриб потрапляє в нігтьове ложе і нігтьову пластинку під її вільним краєм або через латеральну нігтьову складку. При цій формі спочатку спостерігається онихолізіс у вільного і бічних країв нігтя, пластинка втрачає прозорість, стає білястою або жовтою. Край нігтя кришиться і стоншується. Ніготь виглядає потовщеним за рахунок піднігтьового гіперкератозу. Патологічний процес може тривалий час протікати у вигляді крайового ураження, іноді, прогресуючи, захоплює все більші частини нігтя. Найчастіше це виглядає як білі смужки, що йдуть від краю нігтя до його проксимальної частини. Завершальною стадією захворювання є ураження всієї видимої поверхні нігтя й залучення в процес матріксу, який призводить до дистрофії нігтя.

Проксимальний оніхомікоз - рідкісна форма ураження нігтьової пластинки. При цій формі гриб-патоген зазвичай пенетрує нігтьову пластинку з боку заднього шкірного валика. Класична проксимальна форма оніхомікозу проявляється тим, що в ділянці луночки нігтя з'являється біла пляма, яка поступово просувається до вільного краю.

При тотальному оніхомікозі патологічні зміни захоплюють всю нігтьову пластинку.

Окремо виділяється білий поверхневий оніхомікоз (мікотична лейконіхія), що характеризується опалово-білими плямами, які з'являються зазвичай у заднього валика нігтя і поширюються потім на увесь ніготь. Найбільш часто така клінічна картина характерна при ураженні нігтьової пластини Т. mentagrophytes var. interdigitale [2, 13,15].

Відмінними рисами грибкової патології у осіб похилого віку є[6,9,13 ]:

* хронічне, багаторічне протягом мікотичного процесу, ураження шкіри за сухим типом без ексудативного компонента,
* виражений гіперкератоз,
* множинне тотальне ураження нігтів,
* оніхогрифоз або
* койлоніхія.

Більшість авторів спостерігали зміни переважно перших нігтьових пластин ступень. Рідше описують піднігтьові крововиливи, дистальний латеральний оніхомікоз, поверхневий білий оніхомікоз III-IV пальців ступень.

Традиційно вважалося, що дерматофіти викликають більшу частину оніхомікозів, проте останнім часом зростає питома вага цвілевих грибів, а також змішаної флори, що складається, як правило, з дерматофітів і сапрофітів, а іноді й бактерій. Особливо часто цвілеві гриби є причиною оніхомікозу у людей похилого віку. Деякі автори виявили, що причиною оніхомікозів в популяції осіб старше 65 років в 59,9% випадків були сапрофіти і лише в 23,8% - дерматофіти. Переважають гриби роду Scopulariopsis, Aspergillus, Pénicillium[5, 6, 9, 13].

У всіх хворих клінічний діагноз грибкового ураження шкіри і нігтьових пластин стоп підтверджується результатами мікологічного дослідження, що включає мікроскопію і культуральну діагностику. Слід зазначити, що, за даними вітчизняних і зарубіжних дослідників, чутливість культурального методу не перевищує 20-50% [2]. Тому в деяких випадках застосовують метод ПЛР-діагностики дерматофітів, який показав високу чутливість, яка складає близько 94%.

Лікування. Етіотропне лікування оніхомікозу буває місцевим (зовнішнім) – коли протигрибковий препарат наносять на уражений ніготь, або системним, коли препарат призначають внутрішньо, і він потрапляє в нігтьову пластину через кров. Недоліком місцевої терапії є те, що при нанесенні препарату на поверхню нігтя він не завжди досягає збудника, здатного не тільки вражати нігтьову пластіну, а й проникати в нігтьове ложе, глибокі шари дерми і навіть в кістково-мозковий канал пальців, особливо при проксимальному й тотальному оніхомікозі. Як показує практика, одне тільки місцеве лікування в більшості випадків не призводить до повного виліковування пацієнтів. Місцева терапія ефективна тільки в разі лікування поверхневої білої й дистально-латеральної форм оніхомікозу, причому лише в тому випадку, коли уражено менш, ніж 1/3 нігтьової пластинки. В якості зовнішніх протигрибкових засобів на сьогоднішній день продовжують використовуватися кератолітичні мазі й пластирі з метою механічного видалення ураженої частини нігтя й лаки для нігтів, що містять антіфунгальні засоби: традиційно використовуються суміші молочної, бензойної, саліцилової кислот, резорцину і сучасні препарати, що містять циклопірокс та аморолфін ( лаки «Лоцеріл», «Батрафен») [4, 18].

На сьогоднішній день найбільш актуальною є системна терапія оніхомікозів[3,18]. Останнім часом синтезовано протигрибкові препарати нового покоління, які дозволяють підвищити ефективність терапії, що проводиться, до 80-90%. Одним з таких препаратів є ітраконазол (орунгал, спорогал, споранокс).

Ітраконазол - синтетичний препарат групи триазолів з широким спектром протигрибкової дії. Механізм дії ітраконазолу такий самий, як в інших препаратах класу азолів. Він пригнічує утворення ергостреролу клітинних стінок гриба, виявляючи вплив на ланостериндиметилазу – фермент, залежний від цитохрому Р-450. До препарату чутливі: Trichophyton spp., Microsporum spp., Epidermophyton floccosum, Candida spp., (включаючи C. albicans, C. glabrata, C. krusei), Aspergillus spp. та інші мікроорганізми.

У осіб старшої вікової групи для лікування оніхомікозу доцільним є застосування ітраконазолу. Лікування оніхомікозу проводять за традиційною схемою пульс-терапії: ітраконазол по 200 мг 2 рази на день після їжі протягом 7 днів з подальшою 3-тижневою перервою. Курс вміщує 4 таких цикла й супроводжується дезінфекцією взуття 1 раз на місяць. Деякі лікарі вказують на необхідність пролонгації (більше 4 курсів) системної терапії оніхомікозу у хворих старечого віку,особливо при цукровому діабеті [11].

Хворі похилого та старечого віку протягом лікування оніхомікозів отримують також симптоматичну терапію, спрямовану на лікування супутніх захворювань. Тому у хворих похилого та старечого віку при лікуванні оніхомікозів на перше місце виходять проблеми фармакодинаміки і фармакокінетики антимікотіков. Численні супутні захворювання й, одержувані з цього приводу препарати, можуть порушувати всмоктування, розподіл антимікотика в організмі і прискорювати його виведення, внаслідок чого препарат не досягає нігтів і виявляється неефективним. Тому прийом ітраконазолу призначається під час їжі.

Крім того, для поліпшення периферичного кровопостачання, бажано пацієнтам призначати пентоксифілін, актовегін, ксантинолу нікотинат.

Всім хворим проводять загальноклінічні аналізи крові і сечі, біохімічні аналізи крові, глікемічний профіль до і після кожного тижневого циклу прийому ітраконазолу.

Узагальнюючи вище наведені дані можна сформулювати практичні рекомендації з лікування оніхомікозів у осіб похилого та старечого віку:

* В разі, якщо етіологія оніхомікозу встановлена, то вибір препарату визначається видом гриба.
* Якщо етіологію оніхомікозу з яких-небудь причин неможливо визначити або коли виділено декілька видів грибів, для лікування слід призначати препарат широкого спектру дії, що впливає на дерматофіти, дріжджі та плісняви, наприклад, ітраконазол.
* Дотримуватися схеми прийому препарату, що зазначена в анотації.
* Виключити одночасний з антимікотиком прийом інших препаратів.
* Не призначати антимікотик при тяжкій (або загостренні хронічної) соматичної патології: гострому інфаркті міокарда, тяжких порушеннях ритму серця, НК III ст., гострому порушенні мозкового кровообігу, тяжкої печінкової і ниркової недостатності, декомпенсованому цукровому діабеті, гострих інфекційних захворюваннях.
* Обов'язково призначати коригувальну терапію з приводу соматичної патології і бажано призначати засоби, що поліпшують периферичне кровопостачання.
* При необхідності (особливо при цукровому діабеті) збільшувати тривалість лікування до необхідної.
* При вираженому піднігтьовому гіперкератозі (особливо I нігтьових пластин ступень) системну терапію поєднувати з місцевою.
* Проводити санітарно-освітню роботу серед хворих похилого та старечого віку й обслуговуючого їх медперсоналу про природу, клінічні прояви, необхідність лікування і профілактики оніхомікозів.

Список літератури:

1.Скрипкин Ю.К. Мифунгар в терапии микозов/ Ю.К. Скрипкин, А.А. Кубанова, П.Г. Богуш, В.М. Лещенко, В.И.Кулагин, ГМ Лещенко//Вестник дерматологии и венерологии. —2001. —№4

2.Сергеев Ю.В., Сергеев А.Ю. Онихомикозы. Грибковые инфекции ногтей./ Ю.В. Сергеев, А. Ю. Сергеев.– М.:ГЭОТАР МЕДИЦИНА,1998.   
3.Сергеев А.Ю. Системная терапия онихомикозов (пособие для врачей). /Сергеев А.Ю. – М., 2000.  
4.Бурова С.А. Современные походы к местной терапии онихомикозов: опыт применения лака для ногтей батрафена./ С.А. Бурова //Российский журнал кожних и венерических болезней. —2002. —№5.—С.54-56

5.Gupta AK, Konnikov N, MacDonald P. at al. Prevalence and epidemiology of toenail onychomycosis subjects: a multicentre survey/ A.K. Gupta, N. Konnikov, P. MacDonald at al. // Br J Dermatol. 1998 Oct 139(4):665-71.

6.Gupta AK. Onychomycosis in the elderly./ Gupta AK// Drugs Aging 2000 Jun 16:397-407.

7.Levy LA. Epidemiology of onychomycosis in special-risk populations./ Levy LA. // Am Podiatr Med J 1997 Dec 87:546-50

8.Fenske NA, Lober CW. Structural and functional changes of normal aging skin. / N.A. Fenske, C.W. Lober. // J Am Acad Dermatol 1986 Oct 15:571-85.

9.Шелюженко A.A., Браиловский А.Я. Кожные болезни у лиц пожилого и старческого возраста. / A. A. Шелюженко, А. Я. Браиловский.- Киев: Здоровье.- 1982.- 198с.

10.Tosti A, Piraccini BM, Mariani R. et al. Are local and systemic conditions important for the development of onychomycosis/ A Tosti, BM Piraccini, R Mariani et al. //Eur J Dermatol 1998 Jan-Feb 8:41-4.

11.Evans SL, Nixon BP, Lee I. The prevalence and nature of podiatric problems in elderly diabetic patients./ SL Evans, BP Nixon, I. Lee I. // J Am Geriatr Soc 1991 Mar 39:241-5.

12.Helfand A.E. Nail and hyperkeratotic problems in the elderly foot./ A.E Helfand // Am Fam Physician 1989 Feb 39:101-10.

13.Pierard G. Onychomycosis and other superficial fungal infections of the foot in the elderly: a pan-European survey./ Pierard G //Dermatology 2000 202:3 220-224.

14.Шеклаков Н.Д. Болезни ногтей / Н.Д. Шеклаков. – М. – 1975. .– 216 с.  
15. Кубанова А.А., Потекаев Н.С., Потекаев Н.Н./ Руководство по практической микологии. – М.: Финансовый издательский дом «Деловой экспресс», 2001.   
16. Кожные и венерические болезни: Справочник / Под ред. О.Л. Иванова. – М.: Медицина,1997.–С.166–167.   
17.Goldstein AO, Smith KM, Ives TJ, Goldstein B. Mycotic infections. Effective management of conditions involming the skin, hair, and nails./ AO Goldstein, KM Smith, TJ Ives, B Goldstein //Geriatric 2000 May 55:40-2, 51-2.

18.Дерматовенерология. / [под ред. А.А. Кубановой]. – М.: ДЭКС-Пресс,2010. – 428 с. – (Клинические рекомендации / Российское общество дермато-

венерологов)

**ЖСОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ОСОБЕННОСТЯХ ОНИХОМИКОЗОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

*Черникова Л.И.*

*Харьковский национальный медицинский университет*

***Резюме***. Статья посвящена описанию особенностей клинических проявлений, диагностики и лечения онихомикозов у лиц пожилого возраста.

***Ключевые слова***: *онихомикозы, пожилой возраст, клиника, диагностика, лечение,собенности*

**MODERN CONCEPTS OF THE PECULIARITIES OF ONYCHOMYCOSES in the elderly**

*L.I. Chernikova*

*Kharkov National Medical University*

***Summary.*** The article is devoted to the description of the features of clinical manifestations, diagnostics and treatment of onychomycosеs in the elderly.

***Key words***: *onychomycosеs, elderly age, clinical signs, diagnostics, treatment, peculiarities*