

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	4
Список сокращений и условных обозначений	5
Введение	6
Строение ногтя	8
Общие принципы диагностики заболеваний ногтей	11
Боль в ногте	14
Симптомы поражения ногтей	17
Изменения формы ногтя	17
Изменения поверхности ногтя	26
Увеличение толщины ногтя	35
Истончение ногтевых пластин	43
Изменения ногтевого ложа и матрикса	44
Изменения цвета ногтя	52
Изменения ногтевых валиков	69
Неинфекционные дерматологические заболевания, наиболее часто вызывающие поражение ногтей	79
Красный плоский лишай ногтей	79
Псориаз ногтей	86
Ониходистрофии при спонгиозных дерматозах	104
Ониходистрофии при красном отрубевидном волосяном лишае Девержи	110
Ониходистрофии при гнездной алопеции	113
Инфекционные заболевания ногтей	118
Онихомикозы	118
Синдром «зеленого ногтя»	139
Изменения ногтей при системных заболеваниях	144
Изменения ногтей, обусловленные приемом лекарственных препаратов	148
Поражения ногтей, вызванные физическими и химическими факторами (ониходистрофии)	152
Уход за ногтями	161
Косметические процедуры	163
Заключение	166
Список литературы	167

Неинфекционные дерматологические заболевания, наиболее часто вызывающие поражение ногтей

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ НОГТЕЙ

Красный плоский лишай (КПЛ) — распространенное зудящее воспалительное заболевание неизвестной этиологии, имеющее острое или хроническое течение, поражающее преимущественно кожу и слизистые оболочки, реже ногти и волосы, которое проявляется главным образом плоскими воспалительными папулами. При КПЛ с поражением кожи и/или слизистой оболочки полости рта изменения ногтевых пластинок отмечаются в 2–20% случаев. Однако в ряде случаев поражения ногтей могут быть единственным проявлением заболевания, что существенно затрудняет диагностику. КПЛ ногтевых пластинок может быть ассоциирован с аутоиммунными заболеваниями или заболеваниями, характеризующимися нарушенным иммунным ответом (очаговой алопецией, аутоиммунным тиреоидитом, целиакией, хроническими воспалительными заболеваниями печени, псориазом, атопическим дерматитом, локализованной склеродермией, полимиалгией, синдромом Шегрена).

Чаще всего вовлечение ногтей происходит на четвертом-пятом десятилетии жизни больного, хотя иногда встречается и в детском возрасте.

Интересно, что существует много сходства между КПЛ ногтевых пластинок и КПЛ кожи волосистой части головы. Обе клинических формы могут протекать без каких-либо кожных или слизистых высыпаний, сопровождаясь разрушением и рубцеванием очагов поражения, также имеются и гистологические сходства.

Наиболее характерные изменения

Как правило, поражаются несколько ногтевых пластинок, причем наиболее выраженные изменения встречаются на больших пальцах. Клинические особенности зависят от локализации поражения ногтевого аппарата.

Поражение ногтевых валиков

Типичные фиолетово-сиреневые папулы могут появляться на коже в области проксимального и латеральных околоногтевых валиков. К тому же проксимальный околоногтевой валик может приобрести диффузное сиренево-красное окрашивание с наличием или без отечности, но с выраженной сеткой Уикхема.

Поражение матрикса ногтевых пластинок

Продольные борозды и гребни являются частым симптомом поражения ногтей при КПЛ, нередко сопровождаясь онихорексисом (рис. 52, б, е, ж, з, и).

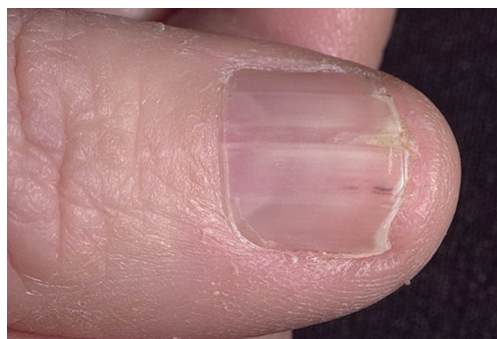
Онихорексис — расщепление ногтевой пластинки в продольном направлении от свободного края к ее проксимальному околоногтевому валику. Ногтевые пластинки при КПЛ истончаются, часто имеют продольные гребни, борозды и трещины. Истончение и онихорексис ведут к значительной



а



б

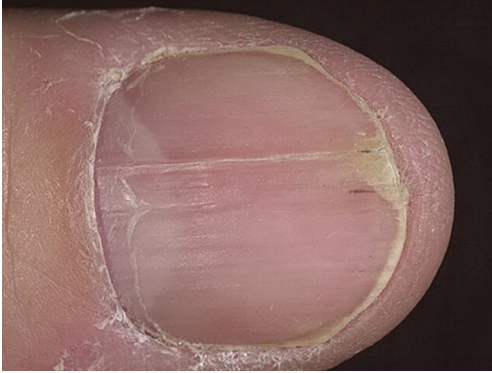


в



г

Рис. 52. Красный плоский лишай ногтей: а — онихорексис; б — продольные борозды; в — полосовидные кровоизлияния, расщепление дистального края ногтя; г — трахионихия



д



е



ж



з



и

Рис. 52. Окончание. Красный плоский лишай ногтей: *д, е* — продольные гребни, симптом «палатки», *ж* — продольные гребни, дистальный онихорексис ногтевой пластинки среднего пальца; *з* — продольные гребни, онихорексис, койлонихия; *и* — продольные гребни и борозды, линии Бо

деформации ногтевой пластины. Эти изменения являются следствием воспаления в ногтевом матриксе и в ногтевом ложе очагового либо диффузного характера. Тотальное вовлечение матрикса в патологический процесс может привести к полной утрате ногтевой пластинки с формированием дорсального птеригиума (рис. 52, а–в, з).

Дорсальный птеригиум — крыловидное разрастание рубцовой ткани из проксимального околоногтевого валика, патогномоничный симптом для КПЛ ногтевой пластинки. Дорсальный птеригиум — это признак деструкции ногтевого матрикса вследствие воспаления, вовлекающего и матрикс, и вышележащий ногтевой валик. Эти две структуры сливаются и рубцуются, что приводит к V-образному расширению проксимальной ногтевой складки (до ногтевого ложа). Если рубец затрагивает медиальную часть матрицы, то ноготь расщепляется на две части. Термин «птеригиум» происходит от греческого слова «крыло» и описывает внешний вид ногтя, где два «крыла» ногтевой пластинки разделены прожилкой рубцовой ткани. На одном и том же ногте могут присутствовать несколько птеригиумов. Развитие данной патологии не связано с длительностью заболевания, и обычно поражаются ногтевые пластинки только I или II пальца. Расширение птеригиума происходит при прогрессирующем течении КПЛ с дальнейшим рубцеванием ногтевого матрикса.

Покраснение лунулы (точечное или диффузное) отмечают примерно у 25% больных КПЛ с поражением ногтевых пластинок (пестрая лунула). Это признак воспаления дистального отдела матрикса. Могут наблюдаться продольные красные полосы в пределах ногтевой пластинки (продольная эритронихия).

Транзиторная меланонихия может быть результатом активации матричных меланоцитов.

Трахинихия — дистрофия двадцати ногтей, характеризующаяся их повышенной ломкостью с чрезмерным количеством продольных гребней и полос (ногти по типу «наждачной бумаги»). Это редкая находка при КПЛ с поражением ногтей, встречающаяся в основном у детей, имеет благоприятный прогноз (рис. 52, г).

При классическом и буллезном КПЛ в области ногтевых пластинок стоп имеются продольные трещины (борозды) и дистальные расщепления вместе с утолщением ногтевой пластины. При этом ногти могут приобретать желтое окрашивание, имитируя синдром «желтых ногтей», но, в отличие от последнего, в данной ситуации будут присутствовать другие типичные признаки плоского лишая.

Поражение ногтевого ложа

При поражении КПЛ ногтевого ложа появляются онихолизис и более или менее выраженный подногтевой гиперкератоз самостоятельно или в сочетании друг с другом.

Онихолизис — нарушение связи ногтевой пластинки с ногтевым ложем при сохранении целостности ногтя. Отделение начинается с дистального свободного края по направлению к проксимальному валику. Это может привести к полной отслойке ногтя.

Характерной находкой при плоском лишае ногтевого ложа является симптом «палатки», при котором ногтевая пластинка расщепляется, приподнимается в продольном направлении, а боковые края наклоняются. Этот симптом нередко сочетается с онихорексисом (рис. 52, д, е).

Подногтевой гиперкератоз связан с гиперплазией гипонихия в результате хронического воспаления. Сочетается с утолщением ногтей (более 1 мм на ногах, более 0,5 мм на руках) и утратой их прозрачности.

Другие поражения ногтевого аппарата

Язвенно-буллезный КПЛ — редкий вариант заболевания, когда поражения ногтевых пластинок сочетаются с пузырями и эрозиями на коже подошв и иногда ладоней. Чаще всего поражаются ногти первых пальцев стоп, но также могут быть вовлечены ногтевые пластинки кистей. В области ногтевого ложа может присутствовать большая эрозия, ассоциированная с выраженным воспалением и возможным появлением эрозий окружающих тканей. Это болезненное состояние приводит к постоянной анонихии (отсутствию ногтевой пластинки).

«**Идиопатическая атрофия ногтей**» считается редкой и чрезвычайно тяжелой разновидностью КПЛ ногтей и наблюдается чаще всего у африканских и азиатских пациентов. Клинически она проявляется быстрой прогрессирующей атрофией и потерей ногтевых пластинок с или без птеригиума. Данное состояние не сопровождается какими-либо субъективными симптомами, часто наблюдается в отсутствие других кожных проявлений КПЛ.

Срединная каналиформная дистрофия Хейллера характеризуется появлением на ногтях широкой продольной каналиформной борозды шириной 3–4 мм, расположенной в центральной части ногтевой пластинки. Она берет свое начало у кутикулы ногтя, постепенно продвигается к свободному краю и разделяет поверхность ногтя на две одинаковые части. В некоторых случаях продольные борозды бывают и несколько большей ширины, однако с меньшей глубиной. На дне этой борозды наблюдаются пластинчатое шелушение и поперечные трещины.

Дифференциальная диагностика

- Старение ногтей.
- Радиодерматит.
- Псориаз.
- Линейный лишай.
- Птеригиум, вызванный синдромом Стивенса—Джонсона, тяжелой бактериальной инфекцией, травмой матрикса или нарушением периферической микроциркуляции.

- Синдром «желтых ногтей».
- Системный амилоидоз.
- Лихеноидная реакция (как реакция на лекарства, сплавы металлов и др.).

Диагноз

При наличии характерных высыпаний на коже и/или слизистых оболочках полости рта (половых органов) диагноз КПЛ ногтевых пластинок не вызывает затруднений, однако если болезнь ограничена поражением только ногтей, то точный диагноз поставить сложно. К наиболее специфичным признакам поражения ногтей при КПЛ относят дорсальный птеригиум, ломкость ногтей с продольными гребнями и бороздами (трещинами) и дистальным расщеплением. Часто биопсия, особенно выполненная на ранних этапах болезни, важна для начала своевременного лечения. Данное заболевание может привести к рубцеванию матрикса, и поэтому ранняя диагностика имеет решающее значение для сохранения ногтевой пластинки.

Диагностика

Если ониходистрофия является единственным проявлением заболевания, то показана биопсия ногтя.

Гистопатология

Гистологически КПЛ характеризуется появлением пилообразных эпителиальных ретикулярных гребней, компактным ортокератозом, клиновидным гипергранулезом, нерегулярным акантозом, повреждением базального слоя эпидермиса, полосовидным воспалительным инфильтратом в верхней части дермы и, как правило, выраженным спонгиозом матрикса и эпидермиса ногтевого ложа. В инфильтрате преобладают лимфоциты с небольшим количеством макрофагов, эозинофилов и плазматических клеток. Меланофаги часто обнаруживаются в верхних слоях дермы, прилегающих к поврежденным базальным клеткам. Продольные гребни, борозды и трахионихия обычно обусловлены вовлечением проксимальной части матрицы. Очаги гипергранулеза матрикса продуцируют нерегулярный кератин, что приводит к неровностям ногтевой пластины, таким как гребни или атрофия. Гипергранулез в ногтевом ложе продуцирует кератин, который не прилипает к кератину ногтевой пластины, вызывая подногтевой гиперкератоз и/или онихолизис. Было показано, что выраженные дегенеративные изменения базального слоя ногтевого ложа могут приводить к изолированному буллезному плоскому лишаяю ногтей. Продольная меланонихия редко встречается при КПЛ и, вероятно, обусловлена активацией меланоцитов воспалительным процессом.

Лечение

Лечение при КПЛ ногтей обязательно, чтобы избежать разрушения матрикса с образованием дорсального птеригиума и потери ногтевых пластин.

Идиопатическая атрофия ногтей не требует никакого лечения, так как является необратимым состоянием.

Трахихонихия при КПЛ ногтей всегда доброкачественна и терапии не требует.

Лечение КПЛ ногтевых пластинок часто направлено на подавление имеющейся воспалительной реакции. Легкие формы КПЛ могут регрессировать самостоятельно, и поэтому в подобных случаях лечение часто не требуется. Если вовлечена кожа или слизистые оболочки, адекватное системное лечение также может улучшить состояние ногтевых пластинок. Однако более тяжелое воспаление и потенциальное поражение ногтей следует лечить более агрессивно, чтобы предотвратить их необратимую атрофию.

Общие рекомендации

- Регулярно коротко стричь ногти.
- Лечить присоединившуюся инфекцию.
- Избегать воздействия раздражителей (раздражителей).

Местная терапия

- Глюкокортикоиды являются первой линией терапии. Мощные фторированные глюкокортикоиды назначают местно с окклюзией (под полиэтилен). Возможно интрафокальное введение триамцинолона в случае дополнительного лечения некоторых ногтевых пластинок. Разбавленный изотоническим раствором натрия хлорида триамцинолон в дозе 3–5 мг/мл можно применять внутриочагово ежемесячно. Места инъекций должны находиться в латеральной части ногтевой фаланги в области матрицы и ногтевого ложа так, чтобы раствор мог диффундировать к центру пальца, чтобы омыть нижнюю поверхность перечисленных структур. Инъекции показаны при поражении не более трех ногтей.
- Аналоги витамина D (кальцитриол) под окклюзионную повязку.
- Масляные маски: иланг-иланг, розмарин, эвкалипт, масло чайного дерева.

Системная терапия

- Пероральные или внутримышечные глюкокортикоиды эффективны и показаны для предотвращения деструкции ногтей.
- Преднизолон чаще назначают внутрь в дозе от 0,3 до 1 мг/кг в сутки в течение 4–6 нед с его постепенной отменой. Около двух третей пациентов отвечают на системное лечение глюкокортикоидами независимо от возраста и тяжести заболевания.
- Нередко глюкокортикоиды комбинируют с антималярийными препаратами (гидроксихлорохином, хлорохином). Чаще используют гидроксихлорохин в дозе от 200 до 400 мг в сутки (оптимально 6,5 мг/кг в сутки) в течение 5 дней, делая затем перерыв в приеме на 2 дня, курсы лечения повторяют в течение 1–2 мес (иногда до 12 мес). Обязателен контроль

зрения перед началом терапии и в течение каждого месяца приема препарата из-за опасности ретинопатии.

- Могут назначаться ретиноиды (ацитретин) в дозе 30 мг/кг в сутки в течение 8 нед. Необходимо контролировать побочные эффекты, связанные с сухостью слизистых оболочек, повышением уровня холестерина и триглицеридов, гепато- и нефротоксичностью.
- В ряде случаев эффективными оказались эфиры фумаровой кислоты, азатиоприн внутрь (при эрозивной форме КПЛ ногтей у взрослых), циклоспорин (5 мг/кг при поражении ладоней, подошв и ногтевых пластинок), этанерцепт.

Прогноз

Плохой прогноз при идиопатической атрофии ногтей, которая часто диагностируется, когда большая часть матрикса уже разрушена, и терапия может только остановить прогрессирование рубцевания внутри ногтя, и буллезном варианте КПЛ ногтей, при котором рубцы и полная потеря ногтей являются исходом заболевания. Прогноз различных форм КПЛ ногтей зависит от степени вовлечения матрикса, возникающего рубцевания и образования птеригиума. В случае поражения двадцати ногтей и развития трахионихии рубцовая деформация ногтей не происходит, изменения ногтей носят стойкий характер, однако в ряде случаев возможно самопроизвольное разрешение.

ПСОРИАЗ НОГТЕЙ

Псориаз — хроническое аутоиммунное воспалительное, генетически детерминированное заболевание с неполной пенетрантностью генов, поражающее кожу, ногти и суставы, характеризующее усилением пролиферативной активности кератиноцитов с нарушением процессов кератинизации. Частота поражения ногтевых пластинок при псориазе составляет от 10 до 82%. У 5–10% больных происходят характерные изменения ногтей до появления псориазных высыпаний на коже. На сегодняшний день неясно, коррелирует ли тяжесть поражения ногтевых пластинок с тяжестью кожного процесса, на этот счет имеются противоречивые данные. Высокая частота вовлечения в патологический процесс ногтевых пластинок при псориазе объясняется тем, что они подвергаются постоянной, хоть и малозаметной травматизации. Первые упоминания о поражении ногтевого аппарата при псориазе в 1809 г. оставил R. Willan в своем руководстве по кожным заболеваниям. Псориазная ониходистрофия может предшествовать кожным высыпаниям, при этом средний возраст начала поражения ногтей составил 36 лет, что на 11,5 года позже среднего возраста появления кожных симптомов псориаза.