

# ОНИХОДИСТРОФІЇ ЯК СИМПТОМ ПОШИРЕНИХ ШКІРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

**Н.В. Іванюшко-Назарко**

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

**Резюме.** Представлено неінфекційні зміни нігтьових пластинок, ложа і нігтьових валиків (ониходистрофії), що виникають при різних шкірних захворюваннях. Дана докладна характеристика окремих симптомів ониходистрофій, наведено дерматози, при яких найчастіше змінюються нігтьові пластинки (псоріаз, гніздова алопеція, екзема, atopічний дерматит).

**Ключові слова:** зміни форми, поверхні, товщини і кольору нігтьових пластинок, хронічні дерматози.

**Вступ.** У дерматологічній практиці хвороби і дистрофії нігтів (ониходистрофії – ОД) зустрічаються в 10-15% випадків [7, 11, 22]. ОД представляють досить велику групу, обумовлену порушенням трофіки нігтьових пластинок, ложа і нігтьових валиків, складають різноманітні зміни форми, поверхні, товщини і кольору нігтьових пластинок [6, 7, 15]. ОД мають різні причини розвитку і клінічні прояви (підвищена ламкість, розшарування по вільному краю, лейконіхії, виражені поздовжні і поперечні борозни та ін.). Коректний аналіз зміни нігтів може надати істотну допомогу в діагностиці не тільки дерматозів, а й соматичних захворювань. Висока кількість звертань пацієнтів за лікувальною допомогою з приводу змінених нігтьових пластинок пов'язана з тим, що захворювання нігтів є вираженим косметичним дефектом, який змінює психоемоційний стан і якість життя хворого.

**Виклад основного матеріалу.** Відомо понад 30 нозологічних форм захворювань так чи інакше пов'язаних з дистрофічними змінами нігтьових пластинок. До патологічних змін нігтьових пластинок в свою чергу призводять захворювання серцево-судинної, бронхолегеневої, ендокринної систем, інток-

сикації, вживання певних ліків (каптоприл, хлорамфенікол, хлорпромазин, доксорубіцин, ізоніазид, ізотретиноїн, тетрациклін) [3, 11, 22]. Крім того, зустрічаються ОД, при яких не вдається встановити зв'язок з будь-яким захворюванням або патологічним станом. Розвиток і зростання нігтьових пластинок залежать від матриксу, що складається з швидко розмножуваних клітин, розташованих біля кореня нігтя. За рахунок оніхобластів матриці ніготь росте в довжину, а за рахунок оніхобластів нігтьового ложа – в товщину. Матриця грає найважливішу роль у формуванні і розвитку нігтьової пластинки. При її травмуванні, запальних процесах або порушення кровообігу формування нігтьової пластинки порушується, аж до повної відсутності нігтя [18, 21].

Для діагностики хвороб нігтів і ОД використовують як клінічні, так і деякі лабораторні методи (мікологічне, мікробіологічне, гістологічне дослідження) [1, 3, 7]. Вибір методик залежить від клінічних проявів в області ураженого нігтя (нігтів). Оцінюючи стан нігтя, слід звернути увагу на наступні характеристики: форма (опуклі по типу «годинникового скла», увігнуті, ракеткоподібні, врослі), поверхня (точкові вдавлення,

борозни), товщина (витончення, потовщення), колір (білий, жовтий, червоний тощо). Істотну роль в діагностиці відіграє також аналіз клінічних проявів у сфері нігтьового валика.

Згідно з даними Європейського товариства з вивчення проблем нігтів, оніхомікози становлять 50 % серед всіх захворювань нігтів і зустрічаються у 10-20 % індивідуумів в популяції [1, 11, 18]. За даними НІД МОЗ Узбекистану (2002-2004 рр.) у 326 хворих у віці 14-69 років, які звернулися зі скаргами на зміни нігтів, виявлені варіабельні клінічні прояви патології нігтьових пластинок: аноніхія і борозни Бо – по 2,8 %, атрофія – у 3,7 %, пахіоніхія і оніхомадезіс – по 4,3 %, оніхорексис – у 4,6 %, койлоніхія і лейконіхія – по 17,5 %, наперсткоподібні пошкодження – у 19,6 %, субунгвальний гіперкератоз – у 57,9 %, оніхогрифоз – у 64,1 %, оніхолізіс – у 65,9 %, «червоні» нігті – у 4,3 %, «чорні» нігті – у 6,7 %, «жовті» нігті – 65,1 %, причому явища пароніхій відзначалися у 14,4 % пацієнтів [11]. За даними інших дослідників, у пацієнтів з ОД найбільш часто виявлялися поздовжні і поперечні борозни (80 %), майже однаково часто – розшарування нігтьових пластин по вільному краю (40 %) і підвищена ламкість (35 %), лейконіхії (25 %), точкові поглиблення (25 %) [10]. Дистрофічні зміни нігтьових пластин у 83,3 % хворих ОД представлені переважно атрофічною формою, у 10 % – гіпертрофічною формою, у 6,7 % хворих – оніхолізісом [6].

ОД являють собою один із симптомів шкірних захворювань, при цьому нерідко зміни можуть навіть передувати появі висипань на шкірі (псоріаз, червоний плоский лишай, гніздова алопеція і т.д.), патології внутрішніх органів, нервової та ендокринної систем тощо [15, 16].

Псоріатична ОД відноситься до числа найпоширеніших клінічних проявів псоріазу, в розвитку якої важлива роль гіперпроліферативних, запальних, судинних та інших порушень [5, 7, 12, 23]. На даний час не підлягає сумніву, що ОД може бути не тільки першим проявом псоріазу у пацієнта, але і протягом довгих років залишатися єдиним маркером

цього захворювання. Виникає не менше ніж в 1/3 випадків, у жінок дещо частіше.

У переважній більшості хворих на псоріаз виявляються хоча б мінімальні прояви псоріатичної ОД або дані про подібні зміни нігтьових пластинок є в анамнезі. При цьому багатьма дослідженнями підтверджено, що найбільш важкі форми ОД зустрічаються у хворих на артропатичний, пустульозний псоріаз і при псоріатичній еритродермії [5, 12]. При псоріазі зустрічаються такі типи ОД: точкоподібні вдавлення (симптом «наперстка»), оніхолізіс і оніхомадезіс, піднігтьові геморагії і гіперкератоз, трахіоніхія і койлоніхія. Найбільш відомою, «класичною» формою псоріатичної ОД вважається наперсткоподібний псоріаз нігтів. Причина утворення ямок на поверхні нігтьових пластинок полягає в порушенні формування нігтя, пов'язаному з розвитком точкових дефектів в проксимальній частині матриксу. Можливо, це обумовлено паракератотичними процесами в зазначених ділянках [11, 16]. Глибина і ширина точкової ерозії залежать від ступеня ураження нігтьового матриксу, а її довжина – від тривалості ушкодження [24]. Варіабельність розташування ерозій на нігтьових пластинках дає підставу вважати, що при виникненні ямок патогенетично задіяні не тільки нігтьової матрикс, а й нігтьове ложе.

Клінічна картина псоріатичного оніхолізіса відрізняється від оніхолізіса травматичного або інфекційного походження тим, що нігтьова пластинка відділяється від ложа безболісно і поступово, без будь-яких попередніх запальних явищ, видно вузьку рожеву смужку, що оздоблює зону оніхолізіса [1, 8]. Як правило, відділення нігтя починається з дистального краю, але зустрічаються також латеральний і центральний оніхолізіс.

Оніхомадезіс спостерігається рідко і знаменує собою, як правило, більш тяжкий перебіг псоріатичного процесу. Відторгнення нігтя відбувається зазвичай також безболісно, проте часто в дуже стислі терміни. Причина оніхомадезіса – тимчасове порушення росту нігтя в поєднанні з процесами, що відбуваються в матриксі і ложі при оніхолізісі. Важливе діагностичне значення має осо-

бливий вид ОД – піднігтьові геморагії [14]. Поява рожевих або червоних плям різної величини, неправильних обрисів, що просвічують крізь нігтьову пластинку обумовлена папіломатозом сосочків з розширеними кінцевими судинами, що підступають близько до пластинки. Інший різновид піднігтьових геморагій – просвічування крізь товщу нігтьової пластинки точкових і полосоподібних крововиливів темно-червоного, а потім чорного кольору, які формуються в результаті розриву розширених, переповнених кров'ю капілярів в сосочках нігтьового ложа. Одним з видів ОД, що часто супроводжує псоріаз, є піднігтьовий гіперкератоз (симптом «масляної плями»), що поєднується з оніхолізісом або оніхомадезісом [5]. Іноді у пацієнтів розвивається трахіоніхія, поверхня нігтя стає шорсткою і тьмяною, лунка, як правило, відсутня. У деяких випадках трахіоніхія супроводжується койлоніхією, на ранніх стадіях її розвитку відбувається сплюснення нігтьових пластин. Піднігтьові тканини можуть бути не змінені, але іноді зустрічається гіперкератоз в латеральній та (або) дистальній зоні [12, 13].

Псоріатична пароніхія зустрічається як при генералізованому пустульозному псоріазі або псоріатичній еритродермії, так і при обмежених формах псоріазу, нерідко полягає в ізольованому ураженні апарату нігтя. При псоріатичній пароніхії нігтьові валики запалені і потовщені, гіперемія і інфільтрація не обмежуються даною локалізацією, а поширюються на всю дистальну фалангу або навіть палець, особливо в стадії прогресування хвороби [2]. Дистрофічні ж зміни власне нігтьових пластинок при псоріатичній пароніхії надзвичайно варіабельні і залежать від ступеня залучення в процес матриці і нігтьового ложа.

Для екземи та атопічного дерматиту характерні гапалоніхія і койлоніхія, що виникають при хронічному перебігу періодично і неодноразово на різних пальцях – частіше кистей, рідше стоп. В результаті спостерігається картина хвилеподібної деформації нігтя, а при приєднанні кандидозної інфекції – зміни нігтя у вигляді пральної дошки, особливо в проксимальному відділі [4]. Характерна також пароніхія з гіперемією, везикуляцією, лущенням і тріщинами, які інколи ніби продовжують борозенку між нігтьовими пластинками і бічним валом, що йдуть за задній валик.

Ураження нігтів зустрічається, за даними різних авторів, у 10-66% випадків алопеції. Дистрофія нігтів досить різноманітна: точкове заглиблення, витончення і ламкість, поздовжня смугастість, койлоніхія, оніхолізіс, оніхомадезіс [9].

Виявлення точкових вдавлених в області лунки нігтьових пластинок у хворих на псоріаз, екзему, гніздову алопецію, хворобу Рейтера, червоний плоский лишай, рожевий лишай та ін. вказує на прогресуючу стадію дерматозів [9, 17]. Точкові вдавлення на нігтях можуть бути варіантом норми: у здорової людини можливе виявлення до п'яти точкових вдавлень на поверхні всіх двадцяти нігтьових пластинок. Зазвичай це буває при недостатньому захисті рук в побуті і на виробництві (контакт з м'якими засобами, мінімальна травма тощо).

Геморагічні висипання в області пароніхії можуть свідчити про дебют системного червоного вовчака, дерматоміозиту, геморагічного васкуліту.

Поперечно розташовані борозни, або борозни Бо-Райльхе, зустрічаються при загостренні деяких дерматозів (атопічний дерматит, екзема, алергічний дерматит, лімфоми шкіри низького ступеня злоякісності тощо) [8, 17]. Вважається, що лінія відповідає епизоду повної зупинки росту нігтя [14, 21]. При цьому, знаючи швидкість росту нігтьової пластинки, можна з певною точністю вказати на терміни будь-якого несприятливого впливу на матрикс нігтя.

Лейконіхія справжня частіше є ознакою дисфункції матриці нігтя, а уявна – відображає стан мікроциркуляторного русла. Білі поперечні смужки або білого кольору точки характерні для порушення дозрівання і кератинізації оніхобластів і зустрічаються при родинній доброякісній пузирчатці Гужеро-Хейлі-Хейлі, травмні нігтя. Крім того, поверхневі вогнища білого кольору в поєднанні з смугастістю нігтя характерні для білого поверхневого оніхомікозу.

Лейконіхія справжня частіше є ознакою дисфункції матриці нігтя, а уявна – відображає стан мікроциркуляторного русла. Білі поперечні смужки або білого кольору точки характерні для порушення дозрівання і кератинізації оніхобластів і зустрічаються при родинній доброякісній пузирчатці Гужеро-Хейлі-Хейлі, травмні нігтя. Крім того, поверхневі вогнища білого кольору в поєднанні з смугастістю нігтя характерні для білого поверхневого оніхомікозу.

Ерітроніхія характерна для червоного плоского лишая, вторинного амілоїдозу, хвороби Дар'є, бульозного епідермолізу, може бути ознакою новоутворень в області нігтьового ложа (гемангіома, глобусна пухлина, енхондрома тощо) [20]. Меланоніхія спричиняється низкою інфекційних агентів (гриби-дерматофіти, дріжджоподібні гриби, протей та ін.) [19]. Темне забарвлення характерно також для меланоцитарних утворень в області нігтьового ложа (невуси, меланома) [14]. Поздовжня смуга на нігтьовій пластинці

(поздовжня меланоніхія) буває ознакою деяких етнічних особливостей, вітіліго і описана у ВІІ-інфікованих суб'єктів на тлі тривалого прийому різних медикаментів [3, 23].

**Висновки.** Часте ураження нігтьових пластинок при різних дерматозах, різноманітність клінічних проявів, зв'язок окремих симптомів ОД з загальним плином дерматозів підкреслюють важливість адекватної діагностики та знань про патології нігтьових пластинок в практиці не тільки дерматовенеролога, а й лікаря загальної практики.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Белоусова Т. А. Онихомикозы: особенности современного течения и рациональные терапевтические решения / Т. А. Белоусова // Рус. мед. журн. – 2007. – Т. 15 № 19. – С. 1383-1388.
2. Зуев А. В. Терапия онихомикозов при псориатическом поражении ногтей / А. В. Зуев, А. А. Халдин // Вестник последипломного медицинского образования. – 2005. – № 1. – С. 31-32.
3. Иванов О. Л. Поражения ногтей (онихозы) в практике врача-интерниста / О. Л. Иванов, К. М. Ломоносов, А. А. Цыкин // Терапевтический архив. – 2007. – Т. 79, № 1. – С. 77-80.
4. Клеменова И. А. Ониходистрофии в практике детской дерматовенерологии / И. А. Клеменова, Ю. В. Мишина, Н. В. Шебашова // Вестн. дерматол. и венерол. – 2008. – № 1. – С. 79-82.
5. Кондрашов Г. В. Псориатическое поражение ногтей: клинические аспекты / Г.В. Кондрашов, Н.Н. Потехаев // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. – 2005. – № 2. – С. 49-53.
6. Королькова Т. Н. Патология ногтевых пластинок в практике дерматокосметолога / Т. Н. Королькова // Натур. фармакол. и косметол. – 2005. – № 6. – С. 12-16.
7. Корсунская И.М. Дистрофии волос и ногтей. Метод. рекомендации / И.М. Корсунская, Е.В. Дворянкова, Е.И. Ефремова, Р.В. Коргунова. – М., 2007. – 28 с.

## REFERENCES

1. Belousova T. A. Onychomycosis: features of modern trends and rational therapeutic solutions // Russian Medical Journal. – 2007. – 15 (19). – S. 1383-1388. (Russian).
2. Zuev A. V., Haldin A. A. Treatment of onychomycosis in psoriatic nail lesions // Journal of Postgraduate Medical Education. – 2005. – N 1. – S. 31-32. (Russian)
3. Ivanov O. L., Lomonosov K. M., Tsyikin A. A. (2007). Nail infections (onychia) to practice internist physician // Therapeutic Archives. – 2007. – V.79, N 1. – S. 77-80. (Russian).
4. Klemenova I. A., Mishina Yu. V., Shebashova N. V. Onychodystrophy in child dermatology // Journal of Dermatology and Venereology. – 2008. – N 1. – S.79-82. (Russian).
5. Kondrashov G. V., Potekaev N.N. Psoriatic nail infections: clinical aspects // Experimental and clinical dermatocosmetology. – 2005. – N 2. – S.49-53. (Russian).
6. Korolkova, T. N. The pathology of the nail plate in practice dermatologist // Natural pharmacology and cosmetology. – 2005. – N 6. – S. 12-16. (Russian).
7. Korsunskaya I. M., Dvoryankova E. V., Efremova . I., Korgunova R.V. Dystrophy hair and nails: Method. recomend. . – Moscow, Russia: Science, 2007 – 28 s. (Russian).
8. Kurilkina V. N. Dystrophic nail changes, and onychomycosis, their interpretation and correction // Russian Journal of Skin



8. Курилкина В. Н. Дистрофические изменения ногтей и онихомикозы, их трактовка и коррекция / В. Н. Курилкина // Рос. журн. кожн. и вен. болезн. – 2001. – № 4. – С. 71-72.
9. Облысение. Дифференциальный анализ: методы терапии / Под ред. Е.В. Соколовского. – СПб., 2003.
10. Перламутров Ю. Н. Влияние кальция на качество волос и ногтей / Ю. Н. Перламутров, А. М. Соловьев, О. В. Молчанова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2006. – № 4. – С. 43-45.
11. Рахматов Т. П. Современные аспекты онихопатий / Т.П. Рахматов // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2007. – № 3. – С. 82-87.
12. Свирид С.Г. Клиническое значение псориагической онихопатии / С.Г. Свирид, И.Б. Руденко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2004. – № 4. – С. 20-21.
13. Суколина О. Г. Оценка тяжести поражения ногтей при псориазе с использованием NAPSИ / О. Г. Суколина // Рос. журн. кожн. и вен. болезн. – 2007. – № 5. – С. 83-85.
14. Хабиб О.Н. Заболевания ногтей / О.Н. Хабиб // Consilium provisorum. – 2002. – Т. 2, № 9.
15. Яковлев А.Б. Онїходистрофії (лекції) / А.Б. Яковлев, Г.И. Суколин // Рос. журн. кожн. и вен. болезн. – 2005. – № 4. – С. 53-58.
16. Baran R. Diseases of the nail and their management / R. Baran, R.P.R. Dawber, D.A.R.de Berker, E. Haneke. – Oxford: Blackwell Scientific Publication: 3rd ed., 2001.
17. Fawcett R.S. Nail abnormalities: clue to systemic diseases / R.S. Fawcett, S. Linford, I. Stulberg // Am. Farm. Physician. – 2004. – Vol. 69, N 3. – P. 1417-1423.
18. Kitamori K. Weakness in intercellular association of keratinocytes in severely brittle nails / K. Kitamori, M. Kobayasi, H. Akamatsu et al. // Arch. Histol. Cytol. – 2006. – Vol. 69, N 5. – P. 323-328.
19. Lee S.W. Fungal melanonychia / S.W. Lee, Y.C. Kim, D.K. Kim et al. // J. Dermatol. – 2004. – Vol.31, N 11. – P. 904-909.
20. Perna C. Eccrine porocarcinoma (malignant eccrine poroma) / C. Perna, J. Cuevas, J.A. and Venereal Diseases. – 2001. – N 4. – S. 71-72. (Russian).
9. Sokolovskiy E.V. Baldness. Differential analysis methods of therapy. – St. Petersburg, 2003. (Russia).
10. Perlamutrov Yu. N., Solovev A. M., Molchanova O. V. Effect of calcium on the quality of hair and nails // Journal of Dermatology and Venereology. – 2006. – N 4. – S. 43-45. (Russian).
11. Rahmatov T. P. Modern aspects onihopathy // Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology. Cosmetology. – 2007. – N 3. – S. 82-87. (Russian).
12. Svirid S. G., Rudenko I.B. The clinical significance of psoriatic onihopathy // Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, cosmetology. – 2004. – 4. – S. 20-21. (Russian).
13. Sukolina O. G. Assessment of the severity of nail involvement in psoriasis using NAPSИ // Russian Journal of Skin and Venereal Diseases. – 2007. – N 5. – S. 83-85. (Russian).
14. Habib O.N. Nail Diseases // Consilium provisorum. – 2002. – V.2, N 9. (Russian).
15. Yakovlev A. B., Sukolin G. I. Onihodistrofii (lectures) // Russian Journal of Skin and Venereal Diseases. – 2005. – N 4. – S. 53-58.
16. Baran R., Dawber R. P. R., de Berker D. A. R., Haneke E. Diseases of the nail and their management. – Oxford: Blackwell Scientific Publication, 2001.
17. Fawcett R.S., Linford S., Stulberg I. Nail abnormalities: clue to systemic diseases // Farm. Physician. – 2004. – V.69, N 3. P. 1417-1423.
18. Kitamori K., Kobayasi M., Akamatsu H. Weakness in intercellular association of keratinocytes in severely brittle nails // Arch. Histol. Cytol. – 2006. – V. 69, N 5. – P. 323-328.
19. Lee S.W., Kim Y.C., Kim D.K. Fungal melanonychia. // J. Dermatol. – 2004. – V. 31. N 11. – S. 904-909.
20. Perna C., Cuevas J., Jimenez-Heffernan J.A. Eccrine porocarcinoma (malignant eccrine poroma) // Am. J. Surg. Pathol. – 2008. – V.32, N 2. – P.272-274.
21. Prais D., Uorev G., Merlob P. Prevalence and new phenotypic and radiologic findings in congenital onychodysplasia of the index

Jimenez-Heffernan et al. // Am. J. Surg. Pathol. – 2008. – Vol. 32, N 2. – P. 272-274.

21. Prais D. Prevalence and new phenotypic and radiologic findings in congenital onychodysplasia of the index finger / D. Prais, G. Uorev, P. Merlob // *Pediatr. Dermatol.* – 2004. – Vol. 21, N 3. – P. 201-204.

22. Sinh G. Nail changes and disorders among the elderly / G. Sinh, N.S. Haneef, A. Uday // *Indian. J. Dermatol. Venereol. Leprol.* – 2005. – Vol. 71, N 6 – P. 386-392.

23. Tosti A. Common nail disorders in woman / A. Tosti // *JEADV.* – 2004. – Vol. 18, N 2. – P. 92-94.

24. Tosti A. Occupational trachyonychia due to psoriasis: report of a case successfully treated with oral acitretin / A. Tosti // *Contact. Derm.* – 2006. – Vol. 54, N 5. – P. 123-127.

finger // *Pediatr. Dermatol.* – 2004. – V.21, N 3. – P. 201-204.

22. Sinh G., Haneef N.S., Uday A. Nail changes and disorders among the elderly. // *Indian. J. Dermatol. Venereol. Leprol.* – 2005. – V.71, N 6. – P. 386-392.

23. Tosti A. Common nail disorders in woman // *JEADV.* – 2004. – V.18, N2. – P. 92-94.

24. Tosti A. Occupational trachyonychia due to psoriasis: report of a case successfully treated with oral acitretin // *Contact. Derm.* – 2006. – V.54, N 5. – P. 123-127.

## ОНИХОДИСТРОФИИ КАК СИМПТОМ РАСПРОСТРАНЕННЫХ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Иванюшко-Назарко Н.В.*

*Львовский национальный медицинский университет имени Данилы Галицкого*

**Резюме.** Представлены неинфекционные изменения ногтевых пластинок, ложа и ногтевых валиков (ониходистрофии), возникающие при различных кожных заболеваниях. Дана подробная характеристика отдельных симптомов ониходистрофий, указаны дерматозы, при которых наиболее часто изменяются ногтевые пластинки (псориаз, гнездная алопеция, экзема, атопический дерматит).

**Ключевые слова:** изменения формы, поверхности, толщины и цвета ногтевых пластинок, хронические дерматозы.

### Про автора:

Иванюшко-Назарко Наталія Василівна – кандидат медичних наук, асистент кафедри сімейної медицини та дерматології, венерології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, nnazarko@ukr.net

## ONYCHODYSTROPHY AS A SYMPTOM OF COMMON SKIN DISEASES

*Ivanyushko-Nazarko N.V.*

*Danylo Halytsky Lviv National Medical University*

**Abstract.** The uninfectious changes of nail plates are presented, lodge and nail rollers (onychodystrophy), arising up at different skin diseases. The detailed description of separate symptoms of onychodystrophy is given, dermatosis at which nail plates change often are transferred (psoriasis, alopecia areata, eczema, atopic dermatitis).

**Key words:** changes of form, surface, thickness and color of nail plates, chronic dermatosis.