

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ЗАХВОРЮВАНЬ НІГТІВ:
ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ
ДОСЛІДЖЕННЯ**

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ
ЗА МАТЕРІАЛАМИ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
з міжнародною участю**

*присвяченої 140- річчю кафедри дерматології,
венерології і СНІДУ ХНМУ*

м.Харків, 21-22 листопада 2023 р

За редакцією проф. А.М.Дашука

Харків
2023

ББК 55.83

УДК:616.5 + 616.97 + 687.55 + 614.2

А 46

Редакційна колегія: проф. В.А.Капустник, чл.-кор. НАМН України, проф. В.М.Лісовий, проф. Ю.В.Андрашко, доц. О.Д.Александрук, проф. С.А. Бондар, проф. А.М.Дашук (відп. редактор), проф. О.І.Денисенко, доц. Є.І.Добржанська (секретар), проф. А.Д.Дюдюк, проф. Л.Д.Калюжна, проф. В.Г.Кравченко, проф. Я.Ф.Кутасевич, проф. М.М.Лебедюк, проф. О.І.Літус, проф. Г.І.Макуріна, проф. В.В.М'ясоєдов, доц. Л.В.Рощенюк, чл.-кор НАМН України, проф. В.І.Степаненко, проф. Т.В.Святенко, проф. О.О.Сизон

Адреса редакційної колегії: Україна, 61002, Харків, узвіз Куликівський, 15, кафедра дерматології, венерології та СНІДу, тел. (057) 700-41-33, e-mail: kafedradermahnmu@gmail.com

У збірнику наукових праць за матеріалами наукової конференції з міжнародною участю кафедри дерматовенерології та СНІДу Харківського національного медичного університету висвітлено становлення кафедри та її розвиток. Розглянуто питання етіопатогенезу, клініки, діагностики та лікування низки шкірних та венеричних хвороб.

Для науковців, фахівців та студентів медичних ВУЗів.

А 45 Актуальні питання захворювань нігтів: теоретичні та практичні дослідження: Збірник наукових праць. – Х.: ЕСТЕТ ПРІНТ, 2023. – 130 с.

ISBN 978-617-95214-6-1

Редакційна колегія не завжди поділяє думки і погляди авторів.

Відповідальність за зміст, підбір і викладення фактів у статтях несуть автори.

Відповідно до Закону України «Про авторське право і суміжні права» під час використання наукових ідей і матеріалів цього збірника посилання на авторів і видання є обов'язковим.

ISBN 978-617-95214-6-1

ББК 55.83

© Харківський
національний
медичний університет,
2023

II. ШКІРНІ ХВОРОБИ

УДК: 616.596-002-036-07-085

УРАЖЕННЯ НІГТІВ: КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ

Дашук А.М., Добржанська Є.І., Дашук А.А.

Харківський національний медичний університет

Ключові слова: нігтьова пластина, ураження нігтів, пароніхія, оніхомікоз, оніхолізіс, клініка, діагностика, лікування

Нігтьовий апарат складається з кількох компонентів. Нігтьова пластина тверда, напівпрозора. Згин нігтя включає шкіру, що оточує бічні та проксимальні сторони нігтьової пластини. Проксимальна складка нігтів лежить над матрицею. Його кератиновий шар поширюється на проксимальну нігтьову пластину, утворюючи кутикулу. Капілярні петлі на кінчику проксимальної складки нігтів, як правило, маленькі і їх не видно, але вони стають виразними при таких захворюваннях, як системний червоний вовчак і склеродермія.

Матричний епітелій синтезує 90% нігтьової платини. Лунула (білий півмісяць), що видно через нігтьову пластину, є дистальним відділом матриці нігтя. Ложе для нігтів тягнеться від дистального матриксу нігтя до гіпоніхія. Ложе для нігтів складається з паралельних поздовжніх валиків з невеликими кровоносними судинами біля основи. Кровотеча, спричинена травмою або захворюванням судин, таким як вовчак, відбувається в глибині цих борозн, викликаючи картину крововиливу у вигляді уламка, що проглядається через нігтьову пластину. Гіпоніхій – це короткий відрізок шкіри, позбавлений нігтьового покриву, він починається біля дистального ложа нігтя і закінчується в дистальному жолобку.

Нігті ростуть безперервно, але швидкість їх зростання зменшується як з віком, так і з поганою циркуляцією крові. Нігті на руках ростуть швидше ніж нігті на ногах, швидкість росту 0,5-2 мм на тиждень. Наростання нігтя від матриці до вільного краю займає приблизно 5,5 місяців, але в заміну нігтя на пальці ніг - приблизно 12-18 місяців. Зниження швидкості поділу матриксних клітин відбувається при ряді системних та інфекційних захворювань, таких як скарлатина, що викликає стоншення нігтьової пластини.

Форма та прозорість нігтя значно різняться у людей. Старіння може збільшити чи зменшити товщину нігтя. Поздовжні гребені часто зустрічаються при старінні, але цей варіант іноді спостерігається у молодих. Структура нігтів може бути змінена при первинних захворюваннях шкіри, інфекціях, травмах, внутрішніх захворюваннях, вроджених синдромах та пухлинах.

Бактеріальні та вірусні інфекції

Гостра пароніхія. Швидка поява болючого, яскраво-червоного набряку проксимального та бічного валиків може статися спонтанно або може бути після травми. Поверхневі інфекції характеризуються накопиченням гнійного ексудату за кутикулою. Біль зникає, коли гнійний матеріал евакуується. Дифузний, болісний набряк передбачає глибшу інфекцію, а випадки, які не реагують на антистафілококові антибіотики, можуть вимагати дренивання та глибокого розрізу. Гостра пароніхія рідко розвивається у хронічну пароніхію.

Лікування гострої пароніхії визначається ступенем запалення. Якщо абсцес не сформувався, використання компресів із теплим розчином антисептика може бути ефективним. Комбінація місцевого антибіотика (мупіроцину або бацитрацину/неоміцину/поліміксину В) та кортикостероїду, такого як крем дипропіонату бетаметазону, є безпечною та ефективною для лікування неускладненої гострої бактеріальної пароніхії. Стійкі ураження лікують пероральними антистафілококовими антибіотиками та/або глибоким хірургічним дрениванням.

Хронічна пароніхія - це запалення проксимальних і бічних валиків нігтів, вона розвивається повільно і спочатку проявляється болем та легким набряком довкола проксимальних та бічних валиків нігтів. Люди, чиї руки постійно піддаються впливу вологи (наприклад, пекарі та стоматологи), наражаються на найбільший ризик. Як правило, багато пальців можуть уражатися. Кутикула відокремлюється від нігтьової пластини, залишаючи простір між проксимальною складкою нігтя та нігтьовою пластиною. Шкіра навколо нігтя стає блідо-червоною, болісною та припухлою. Зрідка може з'являтися невелика кількість гною з-під проксимального валику. Культуральне дослідження цього матеріалу може виявляти *Candida* або грампозитивні та грамнегативні організми. Кандида, мабуть, є лише колонізатором, а не прямою причиною захворювання. Вони зникають, коли відновлюється фізіологічний бар'єр. Нігтьова пластинка не заражена і зберігає свою цілісність, хоча її поверхня стає коричневою та рифленою. Субунгяльного потовщення, такого як при деяких грибкових інфекціях, немає. Проксимальне відділення нігтьової пластини від матриці може відбуватися як наслідок пошкодження матриці нігтя. Іноді нігтьова пластинка може мати зелене забарвлення бічних країв у результаті колонізації *Pseudomonas aeruginosa*. Процес хронічний та дуже повільно реагує на лікування.

Пацієнтам слід утримуватися від миття посуду та миття власного волосся. Гумові або пластикові рукавички необхідно використовувати, але в них накопичується волога при тривалому використанні. Руки залишаються сухими, якщо під гумовою рукавичкою одягнена бавовняна рукавичка. Стероїдні креми, що застосовуються двічі на день терміном до 3 тижнів, ефективніші, ніж системні протигрибкові

препарати. Пероральні антибіотики не проникають у цю дистальну ділянку у достатній концентрації, а різноманітність організмів надто велика, щоб реагувати на один антибіотик. Можна використовувати міконазол, суспензію циклопіроксу (оламіну) або одну-дві краплі 3% тимоли у 70% етанолі на проксимальний валик нігтя. Це слід повторювати два або три рази на день протягом кількох тижнів, доки кутикула не сформується заново. Кутикула може ніколи не сформуватися у пацієнтів із хронічним запаленням. Флуконазол (150 мг/день) протягом 1-4 тижнів може контролювати хронічне запалення. Короткі курси флуконазолу, можливо, доведеться повторювати у міру повторення інфекції.

Лікарська пароніхія. Повідомлялося, що інгібітори протеаз ламівудін та індинавір, які використовуються для лікування вірусу імунодефіциту людини, викликають пароніхію приблизно у 4% пацієнтів, які отримують ці препарати. Також можуть бути піогенні гранулоподібні ураження, стафілококова суперінфекція, оніхолізіс та сильна сухість шкіри. Зазвичай уражаються нігті великих пальців ніг. Ураження з'являються через 2-12 місяців після початку лікування. Повна регресія шкірних проявів відбувається протягом 9-12 тижнів після відміни препаратів.

Псевдомонадна інфекція. Багаторазова дія мила і води викликає мацерацію гіпоніхія та розм'якшення нігтьової пластини. Розшарування нігтьової пластини оголює вологий, мацерований простір між нігтьовою пластиною та нігтьовим ложем, який є родючою ділянкою для росту *Pseudomonas*. Нігтьова пластина набуває зеленого кольору. Є невеликий дискомфорт та запалення. Це можна сплутати із субунгіальною гематомою, але відсутність болю при інфекції *Pseudomonas* дозволяє встановити діагноз.

Грибкові інфекції нігтів

Дерматофіти: *Trichophyton rubrum* та *Trichophyton mentagrophytes* відповідальні за більшість інфекцій нігтів. Певні недерматофітні патогени нігтів (наприклад, *Scytalidium dimidiatum* та *Scytalidium hyalinum*) також можуть викликати інфекцію. Інші патогенні мікроорганізми, що не належать до дерматофітів, (деякі види *Acremonium*, *Alternaria*, *Aspergillus*, *Fusarium*, *Onychocola* та *Scopulariopsis*) можуть викликати інфекцію. *Candida albicans* іноді може бути збудником захворювання нігтів. В одному нігті може бути кілька патогенів. Захворювання може виникнути у дітей. Травма може привести до розвитку інфекції. Багато пацієнтів із ураженням нігтів мають псоріаз.

Лабораторна діагностика. Діагноз грибкової інфекції нігтів може бути встановлений як за допомогою мікроскопічного дослідження з гідроксидом калію (KOH), так і за допомогою посіву на середовище Сабуро.

Техніка збирання нігтів для культури. Спочатку протирають нігтьову пластину спиртом, щоб видалити бактерії. Фрагменти нігтьової пластини та зішкряба нігтьового ложа інокують у середовище Сабуро з антибіотиками і без них для виявлення грибкових видів. Середовище для виявлення дерматофітів містить антибіотик циклогексимід і червоний фенол в якості індикатора рН. Дерматофіти вивільняють лужні метаболіти, які перетворюють середовище з жовтого на червоне через 7-14 днів. Деякі недерматофіти, такі як *Scopulariopsis*, *Aspergillus*, *Penicillium*, чорні плісняви та дріжджі, можуть викликати зміну кольору і давати хибно-позитивну реакцію. Нігтьова пластина може бути належним чином розчинена для огляду, залишивши фрагменти разом з декількома краплями гідроксиду калію в чашці Петрі на 24 години.

Існує чотири різні типи інфекції нігтів: *T. rubrum* і *T. mentagrophytes* проникають у нігтьову пластину частіше, ніж *T. violaceum* або *T. tonsurans*. *Aspergillus*, *Cephalosporium*, *Fusarium* і *Scopulariopsis*, які зазвичай вважаються контамінантами або непатогенами, були виділені з інфікованих нігтів. Вони можуть бути виявлені при будь-якому типі інфекції нігтів, особливо при дистальному субунгіальному оніхомікозі та поверхневому білому оніхомікозі. Вони не реагують на гризеофульвін або новіші оральні протигрибкові засоби.

Дистальний субунгіальний оніхомікоз. Дистальний субунгіальний оніхомікоз є найпоширенішим проявом інвазії гриба в ніготь. Гриби проникають у гіпоніхій, дистальну ділянку нігтьового ложа. Дистальна пластина нігтя стає жовтою або білою, так як скупчення гіперкератотичних мас призводить до того, що ніготь піднімається і відокремлюється від шару, що лежить нижче. Грибок росте у речовині пластини, викликаючи його фрагментацію.

Поверхневий оніхомікоз. Це викликано поверхневою інвазією нігтьової пластини, найчастіше *T. mentagrophytes*. Поверхня нігтя м'яка, суха, розсипчаста і легко зішкрябується. Нігтьова пластина не потовщена і залишається прилиплою до нігтьового ложа.

Проксимальний субунгіальний оніхомікоз. Мікроорганізми потрапляють у задню область кутикули нігтьового валика, мігрують в матрицю нижче і, нарешті, проникають в нігтьову пластину знизу. Зараження відбувається усередині речовини нігтьової пластини, але поверхня залишається непошкодженою. Гіперкератотична маса накопичується і викликає поділ нігтя. Поперечні білі смуги починають з'являтися на проксимальній нігтьовій пластині і поширюються дистально паралельно зі зростанням нігтьової пластини. *T. rubrum* є найпоширенішою причиною, це також є найбільш поширеним збудником, який спостерігається у пацієнтів зі СНІДом.

Кандидозний оніхомікоз. Інфекція нігтьової пластинки, спричинена *C. albicans*, спостерігається майже виключно при хронічному кандидозі слизових оболонок. Це зазвичай включає всі нігті. Нігтьова пластина потовщується і стає жовто-коричневою. Лінійні, жовті або темно-коричневі смуги з'являються на дистальному кінці і проксимально ростуть в деяких зразках. Всі або майже всі нігтьові пластини можуть виглядати жовтими, в цих областях ніготь можна відокремити від ложа, що лежить нижче.

Генетична схильність. Оніхомікоз спричинений *Trichophyton rubrum* часто зустрічається у кількох членів однієї сім'ї у різних поколіннях. Інфекція рідко зустрічається в осіб, які одружуються з інфікованими членами сімей. Схильні люди можуть заразитися інфекцією *T. rubrum* у дитинстві від своїх інфікованих батьків. Інфекція залишається безсимптомною та локалізується на стопах. Можливий розвиток ураження нігтів після травми нігтя.

Оніхомікоз фізично та психологічно впливає на життя пацієнтів. Він здатний негативно впливати на якість життя за допомогою соціальної стигми та порушення повсякденної діяльності. Проблеми - це збентеження, функціональні проблеми на роботі, зниження соціальної активності, страх поширення інфекції серед оточуючих і значна частота виникнення болю. Оніхомікоз може заважати стояти, ходити та займатися спортом. Пов'язані з цим фізичні порушення можуть призвести до парестезії, болю, дискомфорту та втрати спритності рук. Пацієнти також можуть страждати від втрати самооцінки та соціальної взаємодії.

Лікування

Оральні агенти: тербінафін, азоли проникають у кератинізуючу тканину. Рівні, досягнуті у нігтьовій пластині, перевищують рівні у плазмі. Терапевтичні рівні в нігтях зберігаються протягом щонайменше 1 місяця після припинення терапії. Тербінафін має кращі показники лікування та рідкі рецидиви. Тербінафіну (250 мг/день протягом 12 тижнів) значно ефективніше, ніж уривчастий курс ітраконазолу (400 мг/день протягом 1 тижня кожні 4 тижні протягом 12 тижнів) при лікуванні оніхомікозу нігтів на пальцях ніг. Тербінафін ефективніший, ніж уривчасті схеми прийому тербінафіну, і він також безпечний. Гризеофульвін менш ефективний, ніж нові протигрибкові засоби.

Успішна елімінація гриба може призвести до аномалій розвитку нігтя, а залишкові зміни можуть бути не пов'язані з інфекцією, а бути результатом пошкодження нігтя через тривале захворювання (наприклад, оніхолізіс). Клінічні та мікологічні критерії важливі для встановлення як діагнозу, так і для лікування оніхомікозу. У важких випадках оніхомікозу до 10% поверхні нігтя може залишатися ненормальним на вигляд, навіть якщо мікологія вказує на відсутність

грибкової інфекції. Потрібно від 12 до 18 місяців для новосформованої пластини нігтя стоп і від 4 до 6 місяців для нігтів кистей, щоб замінити хворий ніготь. Відразу після завершення терапії ніготь зазвичай не очищається від інфекції. Може бути проксимальна ділянка нормального нігтя, що представляє новостворену нігтьову пластину, позбавлену інфекції. Видимий кліренс інфекції відбудеться після завершення процесу обертання нігтьової пластини. Якщо мікологічні дослідження дають негативні результати, їх слід повторити. Клінічні прояви інших порушень нігтів, таких як псоріаз, червоний плоский лишай можуть імітувати симптоми оніхомікозу, але можуть бути діагностовані за допомогою біопсії нігтьової пластини.

Тривале використання місцевого протигрибкового засобу, що застосовується на пальцях ніг, після клінічної реакції оніхомікозу на пероральний засіб може запобігти повторному зараженню нігтів. Використання місцевого протигрибкового крему протягом 1 року після клінічного лікування оніхомікозу запобігло реінфекції протягом 12-місячного періоду спостереження. Розумне нанесення крему тербінафіну двічі на тиждень у ділянці нігтя, між пальцями ніг та на підйовах було б розумною профілактичною програмою. Травма кінчиків нігтів від щільно прилеглого взуття може бути єдиним фактором, що сприяє інвазії гіф в область гіпоніхія, що призводить до дистального субунгального оніхомікозу.

Взуття або черевики, які створюють замкнуту, вологу та теплу атмосферу, сприяють розвитку грибкової інфекції. Необхідно захищати ноги у громадських душах, басейнах тощо.

Ітраконазол має спорідненість до ферментів цитохрому P-450 і тому має потенціал для взаємодії.

Необхідно перевіряти функцію печінки і робити загальний аналіз крові та сечі через кожні 10 днів під час лікування тербінафіном.

Дослідження проведені після прийому тербінафіну та ітраконазолу показали, що через 5 років 23% пацієнтів, які отримували тербінафін та 53% пацієнтів, які отримували ітраконазол, зазнавали рецидиву або реінфекції після досягнення негативного мікологічного дослідження на гриби через 1 рік. Проведені через 5 років спостереження показали, що 13% хворих, які отримували ітраконазол і 46% тербінафін, не мали рецидиву. Пацієнти, які отримували ітраконазол або тербінафін, у яких спостерігається рецидив оніхомікозу, можуть потребувати повторного лікування.

Необхідно проводити механічне зрізання нігтів. Видалення зараженого нігтя може прискорити лікування інфекції.

Оніхолізіс - це безболісне відшарування нігтя від нігтьового ложа і є звичайним явищем. Зазвичай починається в дистальному відділі і відбувається нерегулярно і проксимально, в результаті чого частина або більша частина пластини відокремлюється. Неприкріплена

частина нігтя непрозора із білим, жовтим або зеленим відтінком. Причини оніхолізісу включають псоріаз, травму, інфекції *Candida* або *Pseudomonas*, внутрішні введення лікарських засобів, фотохіміотерапію PUVA, контакт з хімічними речовинами, мацерацію внаслідок тривалого занурення та алергічний контактний дерматит. Відомо, що оніхолізіс пов'язаний із захворюванням щитоподібної залози (особливо з гіпертиреозом). Коли інших ознак шкірного захворювання немає, оніхолізіс найчастіше спостерігається в жінок із довгими нігтями.

Необхідно уникати впливу контактних подразників. Дріжджі зазвичай ростуть у проміжку між нігтем та нігтьовим ложем. Використовують міконазол. Короткий курс флуконазолу (наприклад, 150 мг на день протягом 5-7 днів), можливо, доведеться повторювати під час зростання нігтя.

Оніхолізіс може бути викликаний впливом ультрафіолетового випромінювання. Фотооніхолізіс може відбуватися під час застосування тетрациклінових антибіотиків та цитотоксичних препаратів. Зміни нігтів при використанні доцетакселу реєструються у 30-40% пацієнтів. Тривалий щотижневий вплив таксанів та антрациклінів викликає у деяких пацієнтів оніхолізіс, який може бути викликаний впливом сонячного світла. Пацієнти, які одержують ці препарати, повинні захищати свої нігті від сонячного світла.

Гризти нігті - це своєрідний невроз, який зазвичай починається у дитинстві та триває роками. Один або всі нігті можна гризти до самої лулули. Нігтьова пластина висічена зубами та відкушена від нігтьового ложа. Тонкі смужки шкіри на бічній та проксимальних валиках пальця також можуть бути видалені. Пацієнти знають про свою звичку, але здаються безсилями її контролювати. Фарбування нігтьової пластини препаратом (Sally Hansen Nail Biter), може призводити до значного збільшення довжини нігтя.

Піднігтьова гематома

Субунгіальна гематома може бути викликана травмою нігтьової пластини, що спричиняє негайну кровотечу та біль. Кількість крові може бути достатньою, щоб викликати відділення та втрату нігтьової пластини. Лазер на діоксиді вуглецю можна використовуватись для розплавлення нігтя у центрі знебарвленої ділянки та декомпресії гематоми.

Гіпертрофія нігтів

Грубе потовщення нігтьової пластини може відбуватися при носінні тісного взуття або інших форм хронічної травми. Взуття притискає нігтьову пластину та завдає біль. Ніготь може бути видалений, а матриця нігтя остаточно зруйнована фенолом, щоб ніготь не відростав.

Білі плями чи смуги

Білі плями (*leukonychia punctata*) на нігтьовій пластині, дуже поширене явище, можливо, є результатом маніпуляцій з кутикулою або іншими легкими формами травми. Плями чи смуги можуть з'явитися на лунулі, нігтьовій пластині і згодом зникнути або зрости разом з нігтем. Псоріаз матриксу середнього нігтя також може викликати цю зміну.

Відшарування нігтьової пластини

Розщеплення на шари або відшарування дистальної нігтьової пластинки може нагадувати або бути аналогічним до відшарування сухої шкіри. Ця зміна нігтів зустрічається приблизно у 20% дорослого населення. Повторне занурення у воду та часте використання засобів для зняття лаку збільшують ймовірність ламкості нігтів, особливо у жінок. Місцеві заходи з регідратації нігтьової пластини повинні покращити перебіг процесу. Зволожуючий крем можна наносити після того, як нігті змочені у воді. Захист за допомогою гумових рукавичок одягнених поверх бавовняних, нанесення масла безпосередньо на нігтьову пластину забезпечують значне покращення. Емаль для нігтів може уповільнити випаровування води з нігтьової пластини. Її слід видаляти та повторно наносити не частіше одного разу на тиждень. Пацієнти з ламкими нігтями, які отримують вітамін В-комплекс з біотином (2,5 мг/день), можуть погладшати і збільшити товщину нігтьової пластини до 20%. Доза 10 мг кремнію щодня, формою якої є холін-стабілізована орто-кремнієва кислота має аналогічну дію.

Серединна каналіформна дистрофія нігтів.

Ця деформація є поширеним явищем і викликається прикушуванням або вищипуванням ділянки проксимальної складки нігтя великого пальця вказівним пальцем. Дефект, що виходить, складається з поздовжньої смуги горизонтальних заглиблень, які часто мають жовте забарвлення. Смуга тягнеться від проксимального згину до кінчика нігтя. Це не слід плутати з патологією нігтів, що виникає при хронічній пароніхії або при хронічному екзематозному запаленні проксимального валика. Клініка хронічного запалення має вигляд округлих хвиль, на відміну близько розташованих гострих борозенок, що виникають при постійних маніпуляціях. Деякі пацієнти не знають про свою звичку, а інші, які визнаються у травмуванні нігтів, можуть не розуміти, що вони створили цей дефект. Пацієнти, які припиняють маніпулювання, здатні відростити відносно нормальні нігті. Однак є ті, хто не може зупинитись. З психіатричного погляду часто незрозуміло, як класифікувати звичні розлади. Різноманітність поведінки ускладнює діагностичний процес. У деяких випадках це може бути класифіковано як obsesивно-компульсивний розлад. В інших випадках поведінка є автоматичною і має подібність до трихотілломанії, яка може бути пов'язана з obsesивно-компульсивними розладами. Obsesивно-компульсивний розлад іноді реагує на інгібітор зворотного захоплення

серотоніну флуоксетин і пацієнти зі звичною деформацією можуть реагувати на ці ліки.

Лінії Бо

Являють собою поперечні поглиблення всіх нігтів, які з'являються в основі лунули через кілька тижнів після того, як стресова подія тимчасово перервала формування нігтя. Лінії прогресують дистально з нормальним зростанням нігтя і зрештою зникають на вільному краю. Вони розвиваються у відповідь на багато захворювань, таких як сифіліс, цукровий діабет, міокардит, захворювання периферичних судин і дефіцит цинку, а також захворювання, що супроводжуються високою температурою, такі як скарлатина, кір, епідемічний паротит і пневмонія.

Синдром жовтих нігтів

Синдром жовтого нігтя - це рідкісний набутий стан, що визначається наявністю жовтих нігтів, пов'язаних з лімфедемою та/або хронічними респіраторними проявами. Хронічні респіраторні прояви включають плевральні випоти, бронхоектазію, хронічний синусит та рецидивну пневмонію. Мимовільна поява жовтих нігтів відбувається до, під час або після певних респіраторних захворювань та захворювань, пов'язаних з лімфедемою. Пацієнти зазначають, що зростання нігтів уповільнюється і, мабуть, зупиняється. Нігтьова пластина може стати надмірно вигнутою, і вона стає темно-жовтою. Поверхня залишається гладкою або набуває поперечних гребенів, що вказує на зміни у швидкості зростання; нігті ростуть у два рази повільніше. Може статися часткове чи повне відділення нігтьової пластини. Нігті ростуть дуже повільно, зі швидкістю від 0,1 до 0,25 мм/тиждень, порівняно з 0,5-2 мм/тиждень для нормальних нігтів у дорослих. Нігті, які ростуть повільно, часто стають товстішими. Лімфатичні порушення, пов'язані із синдромом жовтого нігтя, мабуть, є вторинними і мають переважно функціональний характер, а не внаслідок структурних змін. У пацієнтів зі СНІДом відмічено жовтувату пігментацію нігтів. Нігті можуть спонтанно покращуватися, навіть якщо супутнє захворювання не покращується. Може допомогти пероральний прийом вітаміну Е у дозуванні до 800 міжнародних одиниць на день терміном до 18 місяців. Жовті нігті, оброблені 5%-ним розчином вітаміну Е (що містить DL-токоферол у диметилсульфоксиді) по дві краплі двічі на день на нігтьову пластину, показали помітне клінічне поліпшення та збільшення швидкості росту нігтів. Жовті нігті покращуються приблизно у половини пацієнтів, часто без спеціальної терапії.

Ложкоподібні нігті (койлоніхія)

Бокове піднесення та центральне поглиблення нігтьової пластини призводять до того, що ніготь має форму ложки - це називається койлоніхія. Такі зміни видно у нормальних дітей і вони можуть

зберігатися протягом усього життя без будь-яких пов'язаних із цим патологій. Мимовільне виникнення ложкоподібних нігтів відбувається при залізодефіцитній анемії та у 50% пацієнтів з ідіопатичним гемохроматозом. Ніготь відростає нормальним, коли усунуто анемію.

Вроджені аномалії

Численні вроджені синдроми пов'язані із змінами нігтів. Ці синдроми мають аутосомно-домінантний шлях успадкування. Серед них розрізняють жовті, дуже товсті нігтьові ложа з піднятими нігтями, долонний та підошовний гіперкератоз та біле кератотичне потовщення язика. У деяких пацієнтів зуби прорізалися при народженні.

Пухлини

Повідомляється, що обмежена кількість пухлин виникає навколо та під нігтями.

Найбільш поширеною є періунгальна бородавка. Бородавки найчастіше зустрічаються у дітей, які кусають нігті. Бородавки на бічній складці нігтьової пластини і на кінчику пальця можуть бути глибоко під нігтем. Поздовжня канавка нігтя може бути результатом бородавок, розташованих над матрицею нігтя. Бородавки є епідермальні новоутворення, але, будучи масивними, вони можуть руйнувати основну матрицю шляхом зміщення.

Слизові кісти (вогнищевий муциноз) - це справжні кісти, а вогнищева накопичення муцину, позбавлені кістозної слизової оболонки. Ці м'які, куполоподібні, напівпрозорі, рожево-білі структури зустрічаються на дорсальній поверхні дистальної фаланги людей середнього та похилого віку. Ці структури містять прозору, в'язку, схожу на желе речовину, що виділяється при розрізанні кісти. Є два типи: кісти на проксимальній складці нігтя не пов'язані із суглобовим простором або сухожильною оболонкою. Вони є результатом локальної проліферації фібробластів. Кісти, розташовані на дорсально-латеральній частині пальця в дистальному міжфаланговому суглобі, викликані грижею сухожильних оболонок або суглобових накладок і пов'язані з гангліозними та синовіальними кістами. Просте хірургічне висічення, внутрішньовогнищеві ін'єкції стероїдів та видалення кровотоку з кісти з подальшою електрокоагуляцією та вишкрібанням мають високу частоту рецидивів. Кріохірургія з використанням методу відкритого розпилення або кріозонду призводить до 75% вилікування. Місцевий анестетик вводиться до лікування. Покришка кісти видаляється ножицями, а желатиновий матеріал видаляється, щоб полегшити замерзання основи ураження. Застосовується кріозонд КДЗ з наконечником того ж розміру, що й кіста. Час заморожування становить від 30 до 40 секунд. Оброблена ділянка стає набряковою та ексудативною, в більшості випадків розвивається пухир. Загоєння завершується через 4-6 тижнів.

Література:

1. Дашук А.М. Шкірні хвороби. Харків. ТОВ "ЕСТЕТ ПРІНТ", 2019, - 139с.
2. Babar K Rao / Moschella & Hurley`s Dermatology (2 vols.)// 4th edition. Jaypee Brothers Medical Publishers, 2020, - 1900 p.
3. Dermatology / Jean L. Bologna, Julie V. Schaffer, Lorenzo Cerroni//4th edition. Elsevier, 2017, - 2880 p.
4. Lebwohl Mark G., Heymann Warren R. et al (eds.) Treatment of Skin Disease: Comprehensive Therapeutic Strategies/ 6th edition. Elsevier, 2022, - 936 p.
5. Sarkar Rashmi et al. Concise Dermatology/ CRC Press, 2021, - 278 p.
6. Fitzparick`s Dermatology / Sewon Kang, Masayuki Amagai, Anna L. Bruckner, Alexander H. Enk, David J. Margolis, Amy J. McMichael, Jeffrey S. Orringer// 9th edition. McGraw Hill, 2019, – 4120 p.

УРАЖЕННЯ НІГТІВ: КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ

Дашук А.М., Добржанська Є.І., Дашук А.А.

Структура нігтів може бути змінена при первинних захворюваннях шкіри, інфекціях, травмах, внутрішніх захворюваннях, вроджених синдромах та пухлинах. У цій статті розглядається клініка, діагностика та лікування уражень нігтів.

NAIL DAMAGE: CLINIC, DIAGNOSTICS, TREATMENT

Dashchuk A.M., Dobrzhanska E.I., Dashchuk A.A.

The structure of the nails can be changed in case of primary skin diseases, infections, trauma, internal diseases, congenital syndromes and tumors. This article describes clinic, diagnosis and treatment of nail lesions.

Зміст:

I. Загальні відомості

Капустник В.А., Дащук А.М.

**ДО 140-РІЧЧЯ КАФЕДРИ ДЕРМАТОЛОГІЇ,
ВЕНЕРОЛОГІЇ І СНІДУ ХАРКІВСЬКОГО
НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ** 3

II. Шкірні хвороби

Дащук А.М., Добржанська Є.І., Дащук А.А.

**УРАЖЕННЯ НІГТІВ: КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА,
ЛІКУВАННЯ** 9

Дащук А.М., Добржанська Є.І., Дащук А.А.

**УРАЖЕННЯ НІГТІВ ПРИ РІЗНИХ
ЗАХВОРЮВАННЯХ ШКІРИ** 20

Добржанська Є.І., Дащук А.М., Дащук А.А.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ОНІХОДИСТРОФІЙ 25

Дюдюк А.Д., Поліон Н.М., Тітов Г.І.,

Гладких Н.О., Салей О.А.

**СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ЕТІОЛОГІЮ,
ЕПІДЕМІОЛОГІЇ, МЕТОДИ ТЕРАПІЇ
ХВОРИХ НА ОНІХОМІКОЗ** 30

Коваленко А.Ю., Міхневич О.В.

**НАПРЯМКИ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З
ТЕЛОГЕНОВОЮ АЛОПЕЦІЄЮ** 39

Кравченко В.Г.¹, Кравченко А.В.²

**ІЗОЛЬОВАНИЙ АСПЕРГИЛЬОЗ ШКІРИ І
НІГТІВ, ЗУМОВЛЕНИЙ ПРОФЕСІЙНОЮ
ДІЯЛЬНІСТЮ ПАЦІЄНТА. СИМПТОМ
«ЗАСУШЕНОГО ЛИСТЯ» ЗА АСПЕРГИЛЬОЗУ НІГТІВ** 46

Литинська Т.О., Раздайбедін С.М., Демченко О.В.

ПАРАПСОРІАЗ. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ 54

Макуріна Г.І., Літвінова В.А.

**ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА
ВУЛЬГАРНУ ПУХИРЧАТКУ** 64

<i>Макурина Г.І., Чернеда Л.О.</i> ПРОБЛЕМИ ТА УСПІХІВ ЛІКУВАННІ ХВОРОБИ ДЕВЕРЖИ	70
<i>Поліон Н.М., Дюдюк А.Д., Тітов Г.І., Гладких Н.О., Бойко О.В</i> ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ АНТИФУНГАЛЬНИХ ЗАСОБІВ	77
<i>Рижкова Н.О., Штиров І.М., Вінніков А.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ОНІХОМІКОЗІВ У ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ	88
<i>Святенко Т.В.¹, Статкевич О.Л.²</i> ЗМІШАНА ПЕРВИННА РУБЦОВА АЛОПЕЦІЯ. ДЕКАЛЬВУЮЧИЙ ФОЛІКУЛІТ КЕНКО З УТВОРЕННЯМ КЕЛОЇДНИХ РУБЦІВ ПОТИЛИЦІ: КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ	94
<i>Степаненко Р.Л., Федоренко О.Є., Степаненко В.І., Свирид С.Г., Іванов С.В.</i> СПЕКТР ЛІПІДІВ ВОДНО-ЛІПІДНОЇ МАНТІЇ ШКІРИ У ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ	100
<i>Степаненко В.І., Федоренко О.Є., Степаненко Р.Л., Іванов С.В., Свирид С.Г.</i> ПОКАЗНИКИ РІВНЯ ЛІПІДІВ КРОВІ У ХВОРИХ НА РІЗНІ СЕЗОННІ ТИПИ ПЕРЕБІГУ ПСОРИАЗУ	110
<i>Marta Szafarczyk-Różycka</i> NAIL DYSTROPHY: SYMPTOMS, DIAGNOSIS AND TREATMENT	119
<i>III. Інфекції при яких уражаються інші органи і системи Карaban О.М., Малий В.П., Куцевляк С.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ ЛЕГІОНЕЛЬОЗАХ	122
ЗМІСТ	128