

**ДЕРМАТОСКОПІЧНА ОЦІНКА
ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НІГТІВ**

Добржанська Є.І., Дащук А.А.

Харківський національний медичний університет

Ключові слова: *трахіоніхія, псоріаз, червоний плаский лишай, лишай, оніхотілломанія.*

Дермоскопія нігтів (оніхоскопія) - це новий метод обстеження, який використовується для оцінки захворювань нігтів. Оніхоскопія зазвичай використовується для оцінки меланоніхії та потенційних пухлин, але все частіше визнається як цінний інструмент обстеження запальних захворювань нігтів. Розуміння ключових дерматоскопічних особливостей захворювань нігтів може підвищити точність діагностики, покращити прогноз, зменшити потребу в інвазійних методах дослідження та оптимізувати лікування.

Трахіоніхія - це запальне захворювання нігтів, що характеризується грубою та ламкою поверхнею нігтя [1, 2, 3]. Трахіоніхія зазвичай є первинною та ідіопатичною [4]. Однак вона може виникати як вторинна реакція на дерматологічні захворювання, такі як алопеція, псоріаз, червоний плоский лишай, вульгарний іхтіоз, вітиліго та atopічний дерматит [4,5,6]. "Дистрофія двадцяти нігтів" відноситься до набутої ідіопатичної форми, що охоплює всі 20 нігтів, хоча цей термін є суперечливим, оскільки трахіоніхія може вражати будь-яку кількість нігтів [1, 3, 4]. Трахіоніхію можна поділити на непрозорий і блискучий підтипи, причому перший асоціюється з більшим запаленням [3,7]. При непрозорій трахіоніхії нігті мають вигляд "наждачного паперу" з поздовжніми рифленнями, оніхошизією (нерівномірним горизонтальним розшаруванням дистальних шарів пластини) і гіперкератотичною кутикулою [1, 4]. При блискучій трахіоніхії нігті опалові, з дрібними геометричними ямками, що відбивають світло і утворюють поздовжні гребені [1, 4].

Оніхоскопія може допомогти в діагностиці трахіоніхії. У нещодавньому оніхоскопічному аналізі 30 випадків трахіоніхії були виявлені характерні зміни в нігтьовій пластині, кутикулі та навколонігтьовій шкірі. Вони включали лущення (100%), поздовжні гребені (93%), залучення проксимальної нігтьової пластинки (93%), залучення > 50% ширини проксимальної нігтьової пластинки (90%), осколкові крововиливи (70%), точкові вирозки (33%), оніхошизію (33%) і поздовжню меланоніхію (коричнево-чорні пігментовані смуги на нігтьовій пластинці) (7%) [8]. Лунули здебільшого були непрозорими (43%) або червоними (40%). Також спостерігалися потовщені та нерівні кутикули (87%) і навколонігтьові лусочки (63%).

У дорослих трахоніхія може мати тривалий перебіг, а її косметичний вигляд може знизити якість життя пацієнтів [9]. Тому рекомендується протизапальна терапія. Місцеві кортикостероїди, мазі із сечовиною та кальципотріол/бетаметазону дипропіонат є типовими препаратами першої лінії терапії [3,4,10]. Інші варіанти лікування включають інтралезіальні ін'єкції стероїдів та системні препарати, такі як кортикостероїди, ацитретин і циклоспорин. Системна терапія може застосовуватися для пацієнтів з тяжкою або рефрактерною трахоніхією.

Псоріаз - це імуніоопосередкований запальний дерматоз. Псоріаз нігтів вражає до 50% пацієнтів з папульозно-бляшковим псоріазом [11,12]. Він є функціонально виснажливим, знижуючи якість життя пацієнтів [11,13]. Він асоціюється з вищими середніми показниками індексу площі та тяжкості псоріазу (PASI) та тривалістю захворювання, а також є незалежним прогностичним фактором розвитку псоріатичного артрити [13, 14, 15, 16, 17].

Онїхоскопія може бути використана для виявлення субклінічного псоріазу нігтів [18]. Основними дерматоскопічними ознаками псоріазу нігтів є точкові вдавлення (симптом «наперстка»), дистальний онїхоліз (відокремлення нігтьової пластини від піднігтьового ложа) та крововиливи [11, 18, 19, 20, 21]. Ознаки ураження нігтьової матриці включають точкові ураження, грубі та ламкі нігті і глибокі поперечні борозенки [11, 18, 21, 22]. Ознаками ураження нігтьового ложа та гіпонїхії є дистальний онїхолізіс з жовто-оранжевим та вм'ятим проксимальним краєм, крововиливи, «масляна» крапля, піднігтьовий гіперкератоз, червоні/чорні геморагічні точки та гіпонїхїальні капіляри, які розширені, звивисті, подовжені та нерівномірно розподілені [18, 21, 22, 23, 24, 25]. Розшарування нігтьової пластини, що формується, і розширені гіпонїхїальні капіляри свідчать про тяжкий перебіг захворювання нігтів [11, 26].

Онїхоскопія може бути корисною для моніторингу відповіді на лікування, хоча дослідження в цій галузі наразі обмежені. Iorizzo та ін. [23] повідомили, що після 3-місячного курсу застосування кальципотріолової мазі двічі на день видимих гіпонїхїальних капілярів стало менше. Hashimoto та ін. [24] відзначили, що зникнення дифузного лушення нігтьової пластини, поперечних ступінчастих виїмок, потовщених біло-жовтих нігтьових пластин та осколкових крововиливів асоціювалося з покращенням показників PASI у пацієнтів після біологічного лікування.

Лікування нігтьового псоріазу залежить від ступеня ураження нігтів. Експертний консенсус рекомендує інтралігаментарні ін'єкції стероїдів при псоріазі нігтьового матриксу, а при псоріазі нігтьового ложа - місцеві стероїди окремо або з аналогами вітаміну D [27]. Системна терапія розглядається, коли уражено більше 3 нігтів, пацієнт

має симптоматичний псоріатичний артрит або захворювання суттєво впливає на якість життя пацієнта [27]. До таких методів лікування належать ацитретин, метотрексат, циклоспорин, біологічні препарати, такі як інфліксимаб, адалімумаб, голімумаб, устекинумаб, іксекізумаб і тофацитиніб. Для досягнення максимальної ефективності лікування важливо мінімізувати травмування нігтів.

Червоний плоский лишай (ЧПЛ) - це хронічний запальний дерматоз, що характеризується появою полігональних папул з плоскою верхівкою, вкритих білуватими смужками Уїкхема, які варіабельно уражають слизові оболонки, шкіру голови та нігті [28]. Ураження нігтів спостерігається у 10% пацієнтів [29, 30]. Рання ідентифікація має вирішальне значення, оскільки ЧПЛ нігтів може спричинити значне пошкодження нігтьового матриксу, що призводить до аноніхії та проксимального птеригіуму. [21, 29, 30].

Онїхоскопія може допомогти розпізнати ранні зміни ЧПЛ нігтів. Ознаки ураження нігтьового матриксу включають грубі та ламкі нігті, точкові вдавлення, червоні або строкаті лулули, онїхорексис (вертикальні гребені нігтьової пластини), поздовжні смуги та поздовжнє розщеплення [20, 21, 22, 29]. Ознаки, що відображають ураження нігтьового ложа, включають фрагментацію нігтя, хромоніхію (зміна кольору нігтьової пластинки або піднігтьової тканини), точкові крововиливи, онїхолізіс, піднігтьовий гіперкератоз і поздовжні борозенки, що сходяться до центру нігтьового апарату [20, 21, 22, 29]. Також повідомлялося про поздовжні лінійні дисхромні (чергування синього, коричневого або чорного кольору) смуги [31].

Оскільки ЧПЛ нігтів спричиняє незворотні рубці та втрату нігтів, необхідне негайне лікування [32]. На сьогоднішній день не існує доказових рекомендацій щодо лікування ЧПЛ нігтів. Експертний консенсус рекомендує внутрішньосуглобові та внутрішньом'язові ін'єкції стероїдів (триамцінолону ацетонід) як лікування першої лінії [33]. Пероральні ретиноїди та імунодепресанти, такі як азатіопорин, циклоспорин та мікофенолату мофетил, можуть застосовуватися як препарати другої та третьої лінії.

При онїхотиломанії онїходистрофія є результатом повторюваної самоіндукованої травми [34]. Іноді вона поєднується з іншими поведінковими розладами, пов'язаними з нігтями, включаючи онїхофагію та деформацію нігтів за звичкою [35]. Хоча онїхотілломанія є психодерматологічним станом, пов'язаним з обсесивно-компульсивним розладом, депресією та специфічними фобіями, вона призводить до запальних змін у нігтьовому валику, спричинених повторюваними маніпуляціями. Онїхотілломанія не завжди є простим діагнозом. Клінічні та гістопатологічні ознаки є варіабельними та неспецифічними, а пацієнти часто заперечують свою саморуйнівну поведінку [35, 36].

У нещодавньому дослідженні 36 випадків оніхотиломанії Maddy et al. виявили, що дерматоскопічні ознаки оніхотиломанії включають лусочки нігтьового ложа, нігтьові складки і гіпоніхію (94,4%), відсутність нігтьової пластини (83,3%), хвилясті лінії (69,4%), косо орієнтовані крововиливи (63,9%), кірочки (61,1%), пігментація нігтьового ложа (47,2%), крапчасті точки (38,9%) і меланоніхія (11,1%) [34]. Виявлення таких дерматологічних особливостей на тлі психопатології викликає підозру на оніхотілломанію.

Зміцнення довіри пацієнтів і заохочення їх до усвідомлення важливості своєї поведінки, оскільки лікарі повинні поєднувати психотерапію з фізичним лікуванням, щоб запобігти подальшому травмуванню [35]. Нещодавній мета-аналіз методів лікування розладів, пов'язаних з обдиранням шкіри, показав, що терапія, спрямована на модифікацію поведінки, була значно ефективнішою, ніж бездіяльний контроль [37]. Однак доказів того, що психофармакологічні засоби дають значні переваги порівняно з плацебо, недостатньо [37]. Якщо є явні запальні зміни в нігтях, бар'єрні креми з місцевими стероїдами або без них можуть сприяти одужанню.

Підсумовуючи усе зазначене вище, можна зробити висновок, що оніхоскопія є корисним інструментом для оцінки запальних захворювань нігтів. Розпізнавання їхніх дерматоскопічних особливостей має потенціал для покращення стандартів надання допомоги, оптимізації точності діагностики та подальшого лікування. Подальші дослідження специфічності дерматоскопічних ознак і формування загальних положень для стандартизації термінології можуть закріпити використання дерматоскопії в оцінці запальних захворювань нігтів.

Список використаних джерел:

1. Jacobsen AA, Tosti A. Trachyonychia and twenty-nail dystrophy: a comprehensive review and discussion of diagnostic accuracy. *Skin Appendage Disord* 2016; 2: 7–13.
2. Alkiewicz J. Trachyonychia. *Ann Dermatol Venereol* 1950; 10: 136–140.
3. Starace M, Alessandrini A, Bruni F, Piraccini BM. Trachyonychia: a retrospective study of 122 patients in a period of 30 years. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020; 34: 880–884.
4. Haber JS, Chairatchaneeboon M, Rubin AI. Trachyonychia: review and update on clinical aspects, histology, and therapy. *Skin Appendage Disord* 2016; 2: 109–115.
5. Tosti A, Fanti PA, Morelli R, Bardazzi F. Trachyonychia associated with alopecia areata: a clinical and pathologic study. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25: 266–270.
6. Chernoff KA, Scher RK. Nail disorders: kids are not just little people. *Clin Dermatol* 2016; 34: 736–741.

7. Tosti A, Bardazzi F, Piraccini BM, Fanti PA. Idiopathic trachyonychia (twenty-nail dystrophy): a pathological study of 23 patients. *Br J Dermatol* 1994; 131: 866–872.
8. Jo G, Park JS, Yu DA, Ohn J, Sheu SL, Mun JH. Onychoscopy of trachyonychia: an analysis of 30 patients and comparison with onychomycosis. *Br J Dermatol* 2018; 179: 491–493.
9. Lee YB, Cheon MS, Eun YS, Cho BK, Park YG, Park HJ. Cyclosporin administration improves clinical manifestations and quality of life in patients with 20-nail dystrophy: case series and survey study. *J Dermatol* 2012; 39: 1064–1065.
10. Park JM, Cho HH, Kim WJ, Mun JH, Song M, Kim HS, et al. Efficacy and safety of calcipotriol/betamethasone dipropionate ointment for the treatment of trachyonychia: an open-label study. *Ann Dermatol* 2015; 27: 371–375.
11. Yorulmaz A, Artuz F. A study of dermoscopic features of nail psoriasis. *Postepy Dermatol Alergol* 2017; 34: 28–35.
12. Tan ES, Chong WS, Tey HL. Nail psoriasis: a review. *Am J Clin Dermatol* 2012; 13: 375–388.
13. Augustin M, Reich K, Blome C, Schafer I, Laass A, Radtke MA. Nail psoriasis in Germany: epidemiology and burden of disease. *Br J Dermatol* 2010; 163: 580–585.
14. Jones SM, Armas JB, Cohen MG, Lovell CR, Evison G, McHugh NJ. Psoriatic arthritis: outcome of disease subsets and relationship of joint disease to nail and skin disease. *Br J Rheumatol* 1994; 33: 834–839.
15. Zenke Y, Ohara Y, Kobayashi D, Arai S, Kishimoto M, Okada M, et al.. Nail findings in patients with psoriatic arthritis: a cross-sectional study with special reference to transverse grooves. *J Am Acad Dermatol* 2017; 77: 863–867.
16. McGonagle D, Ash Z, Dickie L, McDermott M, Aydin SZ. The early phase of psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 71–76.
17. Raposo I, Torres T. Nail psoriasis as a predictor of the development of psoriatic arthritis. *Actas Dermosifiliogr* 2015; 106: 452–457.
18. Yadav TA, Khopkar US. Dermoscopy to detect signs of subclinical nail involvement in chronic plaque psoriasis: a study of 68 patients. *Indian J Dermatol* 2015; 60: 272–275.
19. Golinska J, Sar-Pomian M, Rudnicka L. Dermoscopic features of psoriasis of the skin, scalp and nails – a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2019; 33: 648–660.
20. Bhat YJ, Mir MA, Keen A, Hassan I. Onychoscopy: an observational study in 237 patients from the Kashmir Valley of North India. *Dermatol Pract Concept* 2018; 8: 283–291.
21. Tosti A. *Dermoscopy of the hair and nails*. 2nd edn. Boca Raton, FL: CRC Press; 2015.

22. Nakamura RC, Costa MC. Dermatoscopic findings in the most frequent onychopathies: descriptive analysis of 500 cases. *Int J Dermatol* 2012; 51: 483–485.
23. Iorizzo M, Dahdah M, Vincenzi C, Tosti A. Videodermoscopy of the hyponychium in nail bed psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2008; 58: 714–715.
24. Hashimoto Y, Uyama M, Takada Y, Yoshida K, Ishiko A. Dermoscopic features of nail psoriasis treated with biologics. *J Dermatol* 2017; 44: 538–541.
25. Piraccini BM, Alessandrini A, Starace M. Onychoscopy: dermoscopy of the nails. *Dermatol Clin* 2018; 36: 431–438.
26. Piraccini BM, Bruni F, Starace M. Dermoscopy of non-skin cancer nail disorders. *Dermatol Ther* 2012; 25: 594–602.
27. Rigopoulos D, Baran R, Chiheb S, Daniel CR, 3rd, Di Chiacchio N, Gregoriou S, et al.. Recommendations for the definition, evaluation, and treatment of nail psoriasis in adult patients with no or mild skin psoriasis: a dermatologist and nail expert group consensus. *J Am Acad Dermatol* 2019; 81: 228–240.
28. Friedman P, Sabban EC, Marcucci C, Peralta R, Cabo H. Dermoscopic findings in different clinical variants of lichen planus. Is dermoscopy useful? *Dermatol Pract Concept* 2015; 5: 51–55.
29. Nakamura R, Broce AA, Palencia DP, Ortiz NI, Leverone A. Dermatoscopy of nail lichen planus. *Int J Dermatol* 2013; 52: 684–687.
30. Goettmann S, Zaraa I, Moulouguet I. Nail lichen planus: epidemiological, clinical, pathological, therapeutic and prognosis study of 67 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012; 26: 1304–1309.
31. Grover C, Kharghoria G, Bhattacharya SN. Linear nail bed dyschromia: a distinctive dermoscopic feature of nail lichen planus. *Clin Exp Dermatol* 2019; 44: 697–699.
32. Lipner SR. Nail lichen planus: a true nail emergency. *J Am Acad Dermatol* 2019; 80: 177–178.
33. Iorizzo M, Tosti A, Starace M, Baran R, Daniel CR, 3rd, Di Chiacchio N, et al.. Isolated nail lichen planus: an expert consensus on treatment of the classical form. *J Am Acad Dermatol* 2020; 83: 1717–1723.
34. Maddy AJ, Tosti A. Dermoscopic features of onychotillomania: a study of 36 cases. *J Am Acad Dermatol* 2018; 79: 702–705.
35. Rieder EA, Tosti A. Onychotillomania: an underrecognized disorder. *J Am Acad Dermatol* 2016; 75: 1245–1250.
36. Sidiropoulou P, Sgouros D, Theodoropoulos K, Katoulis A, Rigopoulos D. Onychotillomania: a chameleon-like disorder: case report and review of literature. *Skin Appendage Disord* 2019; 5: 104–107.
37. Schumer MC, Bartley CA, Bloch MH. Systematic review of pharmacological and behavioral treatments for skin picking disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2016; 36: 147–152.

ДЕРМАТОСКОПІЧНА ОЦІНКА ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НІГТІВ

Добржанська Є.І., Дашук А.А.

Дермоскопія нігтів (оніхоскопія) - цінний діагностичний інструмент, який є неінвазивною методикою, може підвищити точність діагностики та пришвидшити лікування. У огляді висвітлено ключові дерматоскопічні особливості деяких запальних захворювань нігтів, включаючи трахіоніхію, псоріаз нігтів, червоний плаский лишай та оніхотілломанію. Оскільки оніхоскопія є відносно новою методикою, подальші дослідження та стандартизація термінології є необхідними для зміцнення ролі дерматоскопії в оцінці запальних захворювань нігтів.

DERMATOSCOPIC ASSESSMENT OF INFLAMMATORY NAIL DISEASES

Dobrzhanska E.I., Dashchuk A.A.

Dermoscopy of the nails (onychoscopy) is a valuable diagnostic tool that is non-invasive and can improve diagnostic accuracy and speed up treatment. This review highlights the key dermatoscopic features of several inflammatory nail conditions, including trachyonychia, nail psoriasis, tinea versicolor, and onychotillomania. As onychoscopy is a relatively new technique, further research and standardisation of terminology is needed to strengthen the role of dermatoscopy in the evaluation of inflammatory nail diseases.