

**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

УРАЖЕННЯ НІГТІВ ПРИ РІЗНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШКІРИ

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

Харківський національний медичний університет

Ключові слова: нігтьова пластинка, ураження нігтів, порушення нігтів, пов'язані з псоріазом, червоний плоский лишай, герпетичні ураження, клініка, діагностика, лікування

Зміни нігтів характерні для різних хронічних дерматозів, серед них чільне місце посідає псоріаз. Частота ураження нігтів при псоріазі варіює від 10 до 50%. Залучення нігтів зазвичай відбувається одночасно зі шкірою, але може проявлятися як окрема патологія. Псоріаз призводить до накопичення жовтого, лускатого кератину, який підіймає нігтьову пластину. Зазвичай це вважають за грибкову інфекцію нігтів. Псоріаз нігтьового ложа викликає відокремлення нігтя від нігтьового ложа. На відміну від рівномірного відокремлення, викликаного тиском на кінчики довгих нігтів, ніготь не завжди відривається. Відокремлення починається в дистальній канавці або під нігтьовою пластиною і може містити кілька ділянок.

Широке залучення матриксу нігтя призводить до того, що ніготь втрачає свою структурну цілісність, що призводить до його фрагментації та руйнування. Грубі зміни поверхні нігтьової пластинки та крововиливи у нігтьовому ложі є звичайним проявом.

Чітко окреслені заглиблення, подібні до наперстку на нігтьовій пластині, є найбільш поширеною знахідкою. Кількість, розподіл та глибина варіюють. Клітини нігтьової пластини відходять майже так, як клітини псоріатичної лусочки, залишаючи на поверхні нігтьової пластинки різну кількість крихтих заглиблень. Вони виходять з-під кутикули та виростають разом з нігтем.

ЛІКУВАННЯ

Псоріаз нігтів важко лікувати, але він може реагувати на різні підходи, які використовуються окремо або в комбінації. Рецидив поширений. Стан нігтів може покращитись, коли пацієнти отримують системні препарати, такі як циклоспорин, метотрексат, ацитретин або біологічні препарати.

Внутрішньовогнищеві ін'єкції в матрикс з ацетонідом триамцинолону (Кеналог) (2,5-10 мг/мл), є стандартним методом лікування псоріатичного ураження нігтів, використовується більшістю дерматологів. Триамцинолону ацетонід (0,4 мл, 10 мг/мл) вводять, слідуючи кільцевій блокаді, в кожній з чотирьох навколонигтьових ділянок: дві в матриксі нігтя і по одному в кожній бічній складці, спрямованій медіально до ложа нігтя. Цей метод використовується для досягнення доставки препарату як до матриксу нігтя, так і нігтьового ложа. За потреби другу процедуру проводять через 4 тижні.

Субунгальний гіперкератоз, ребристість та потовщення добре реагують на лікування.

Кальципотріол крем або мазь один раз на день щоденно та клобетазол один раз на день кожні вихідні протягом 6 місяців, а потім клобетазол двічі на тиждень протягом наступних 6 місяців зменшують субунгальний гіперкератоз. Мазь кальципотріолу двічі на день терміном до 5 місяців менш ефективна. Кальципотріол 0,005% і бетаметазонова мазь дипропіонату 0,064% (мазь Tacloplex, мазь Дайвобет) - це комбінація, яка може бути ефективною при щоденному нанесенні на нігті та складки.

Тазаротен 0,1% гель (Tazogac) наноситься щовечора терміном до 24 тижнів на нігті. Препарат може бути використаний під оклюзійну пов'язку. Він зменшує оніхолізіс.

Є повідомлення про випадки швидкого поліпшення перебігу ураження нігтів при псоріазі за допомогою етанерцепту та інфліксимабу. Невеликий ефект одержано від лікування ураження нігтів за допомогою фотохіміотерапії (PUVA) або топічного 5-фторурацилу (5-FU).

Пустульозний псоріаз нігтьового ложа, матриксу або навколишньої шкіри зустрічається часто і може бути болочим. Він характеризується хронічним перебігом та низькою ефективністю лікування. У тяжких випадках лікують системними ретиноїдами. Місцевий кальципотріол ефективний приблизно у 50% пацієнтів з локалізованими ураженнями, а також необхідний як підтримуюча терапія після лікування ретиноїдом. Кальципотріол 0,005% та мазь дипропіонат бетаметазону 0,064% (мазь Таклонекс, мазь Дайвобет) є комбінацією, яка може бути більш ефективною ніж один кальципотріол.

ЧЕРВОНИЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

Приблизно у 25% пацієнтів з червоним плоским лишаєм (ЧПЛ) є ураження нігтів. Матрикс, ложе та складки нігтьового апарату можуть бути залучені до патологічного процесу, деякі з яких є патогноманічними. Мінімальне запалення матриксу викликає поздовжні борозни та ребра, які є найпоширенішими ознаками зміни нігтів. Розвиток важкої та ранньої деструкції нігтьового матриксу з рубцюванням може бути у невеликої групи пацієнтів із ЧПЛ. Прилипання проксимальної складки нігтя до зміненого матрикса може виникнути після інтенсивного запалення матриксу. Пластинка нігтя, дистальна до цього вогнища, або відсутня, або стоншена. У більшості випадків ЧПЛ нігтя самообмежується або швидко регресує в процесі лікування. Пошкодження матриксу може реагувати на внутрішньовогнищеве введення триамцінолону ацетоніду (від 2,5 до 5 мг/мл), кожні 3 чи 4 тижні. Тяжкі випадки реагують на преднізон (від 20 до 40 мг/добу).

ГЕРПЕТИЧНІ УРАЖЕННЯ. У минулому стоматологи та медсестри були схильні до ризику зараження пальців вірусом простого герпесу (ВПГ). Молоді люди зазвичай страждають від ВПГ-2. ВПГ-1-інфекція кисті виникає у дітей внаслідок аутоінокуляції після герпетичного гінгвостоматиту. Ризик значно зменшився з використанням рукавичок. На вигляд і перебіг захворювання схоже на ураження інших ділянок тіла, за винятком того, що відчуються сильні болі від припухлих кінчиків пальців. Лімфангіт та лімфаденіт, вторинні по відношенню до ВПГ-інфекції кисті, є можливими ускладненнями, що виявляються при ВПГ-2-інфекції. Вірус простого герпесу у хворих на СНІД характеризується нетиповими проявами та незвичайними локалізаціями. Герпетичні інфекції пальців у цих пацієнтів можуть швидко прогресувати до повного руйнування структури нігтів.

НЕХІРУРГІЙНЕ ВИДАЛЕННЯ НІГТІВ.

Симптоматичні дистрофічні нігті можуть бути безболісно видалені за допомогою сполуки сечовини (уреапласт) або 50% мазі калій йодиду.

Мазь наноситься на 48 годин під пластир на ніготь, здорова шкіра захищається пластиром. Через 48 годин мазь знімається, роблять мильно-содову ванну на 15-20 хвилин і тупим ножем або скальпелем знімають розм'якшену нігтьову пластинку. Потім змащують протигрибковим засобом. Потім цю процедуру повторювати: мазь під пластир на 48 годин, ваночка, зняття мазі. Таких циклів треба робити від 4 до 6 разів. Після зняття нігтьової пластинки треба мазати ніготь протигрибковим засобом до повного відростання. Можна використовувати протигрибкові лаки (неодерм, екзодерм, лоцерил, батрофен, амодерм нео).

ВРОСЛИЙ НІГОТЬ

Врослі нігті на ногах досить поширені; найчастіше уражається великий палець. Ніготь проколює бічну складку і потрапляє до дерми, де діє як стороннє тіло. Перші ознаки – біль та набряк. В області ураження з'являється гній і набряк, оскільки рясна грануляційна тканина росте вздовж врослого нігтя. Врослі нігті можуть бути викликані бічним тиском погано прилеглого взуття, неправильним або надмірним обрізанням нігтьової пластини або травмою.

ЛІКУВАННЯ

Врослий ніготь без запалення. Відокремлюють дистальний передній кінчик і бічні краї нігтя, що вріс, від прилеглої м'якої тканини. Це дає негайне полегшення болю та забезпечує можливість для подальшого зростання нігтя. Можна використовувати колодій. Цей метод не застосовується до пацієнтів з інфікованим гострим запаленням бічної складки нігтя.

Врослий ніготь із запаленням. Латеральна складка нігтя знеболюється 1% або 2% лідокаїном (ксилокаїном). Ножиці для

розщеплення нігтів вставляються під врослий ніготь паралельно бічній складці нігтя. Наконечник вставляється до матриці до того часу, поки з'явиться опір, а потім клиноподібний ніготь обрізується і видаляється. Грануляційна тканина зменшується із застосуванням 0,25% розчину нітрату срібла або видаляється за допомогою кюретки. Протягом кількох днів запалену ділянку обробляють холодними примочками з антисептиком (танін, борна кислота тощо), поки набряк та запалення не зникнуть. Слід носити взуття, яке не стискає пальці ніг. Пацієнтам з рецидивними нігтями, що вросли, може знадобитися використання рідкого фенолу для постійного руйнування бічних ділянок нігтьового матриксу. Використання пероральних антибіотиків як додаткова терапія при лікуванні врослих нігтів на ногах не відіграє ролі в зменшенні часу загоєння або захворюваності після процедури.

ПІОГЕННА ГРАНУЛЬОМА. Піогенна гранульома зрідка зустрічається у бічній складці нігтя. Ця доброякісна маса судинної тканини видаляється за допомогою електрокоагуляції. Рецидиви поширені, якщо залишилася якась залишкова тканина. Періунгальна злоякісна меланома може імітувати гнійну гранульому.

НЕВУСИ І МЕЛАНОМА. Невуси можуть з'явитися в нігтьовій матриці та утворити коричневу пігментовану смугу. Зростання зазвичай безболісне і повільне, і воно може відбуватися де завгодно навколо або під нігтем. Доброякісні субунгвальні невуси рідко зустрічаються у білошкірих, тому субунгвальні невоідні ураження слід розглядати як злоякісні, доки не доведено протилежне. Біопсія нігтьової матриці при поздовжній меланоніхії здійснюється шляхом панч-біопсії. Меланоцити в нормальних нігтьових матрицях розподілені в базальному шарі та нижній половині епітелію. Тому злоякісна меланома нігтьового матриксу може виникнути з меланоцитів, розташованих у плоскому епітелії над базальним шаром.

КРИТЕРІЇ. Найбільш суттєві ознаки субунгуальної меланоми можуть бути узагальнені відповідно до критеріїв, які можуть бути класифіковані за першими літерами алфавіту, а саме ABCDEF субунгуальної меланоми. У цій системі А - вік (пік захворюваності припадає на п'яте-сьоме десятиліття життя). В - коричневий або чорний колір полоски з шириною 3 мм і більше з розмити контурами. С - зміна морфології смужки, раптове зростання, поширення або дистрофію нігтя. D – типову локалізацію: великий палець руки, вказівний палець домінуючої руки. Е – пігментація поширюється на проксимальну, латеральну чи дистальну частини нігтьового валика (симптом Хатчінсона). F – наявність меланоми або синдрому диспластичних невусів в особистом аюл сімейному анамнезі.

Симптом Хатчінсона, периунгуальне розширення коричнево-чорної пігментації з поздовжньої меланоніхії на проксимальну та латеральну складки нігтя, є важливим показником субунгальної меланоми.

Перигунгіальна гіперпігментація також виникає при хворобі Боуена нігтьового апарату. Гіперпігментація нігтьового ложа і матриксу може відбиватися через «прозорі» складки нігтя, що імітують симптом Хатчінсона.

Дерматоскопія дозволяє провести візуальний огляд під збільшенням нігтьової пластини, навколишньої шкіри та забезпечую гарну візуалізацію. Пігмент проксимального матриксу нігтя з'являється у верхній нігтьовій пластині, а пігмент, що утворюється в дистальному матриксі, з'являється в нижній частині нігтьової пластинки. Альтернативний метод полягає в тому, щоб обрізати ніготь та забарвити його по Фонтану-Масону.

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, - 278p.
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 ПРИ РІЗНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШКІРИ

Дацук А.М., Добржанська Є.І., Дацук А.А.

У цій статті розглядаються ураження нігтів при різних захворюваннях шкіри.

INJURY OF NAILS RELATED WITH SKIN DISEASES

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

This article deals with nails involvement with different skin diseases.