

ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ НОГТЯ

Продольные гребни. Небольшие прямолинейные выступы, которые простираются от проксимальной ногтевой складки к свободному краю ногтя. В ряде случаев они могут прерываться или напоминать нить бисера (см. раздел «Бисерные ногти»). Полагают, что основная причина их появления — нарушение микроциркуляции в ногтевом ложе, что и приводит к возникновению продольных борозд и гребней на поверхности ногтевой пластины. На обратной стороне ногтя имеются естественные продольные борозды и гребешки, соответствующие гребням и бороздам ногтевого ложа, что обеспечивает их плотное соединение. При трофических нарушениях содержание воды в ногтевой пластинке уменьшается и на поверхности ногтя становятся заметны продольные борозды и гребни, соответствующие бороздам и гребням ногтевого ложа. Множественные продольные борозды и гребни встречаются при атеросклерозе верхних и нижних конечностей, ишемической болезни сердца, облитерирующем эндартериите, болезни и синдроме Рейно, псориазе, склеродермии. Нередко продольная исчерченность ногтевых пластинок является проявлением процесса старения (рис. 10).



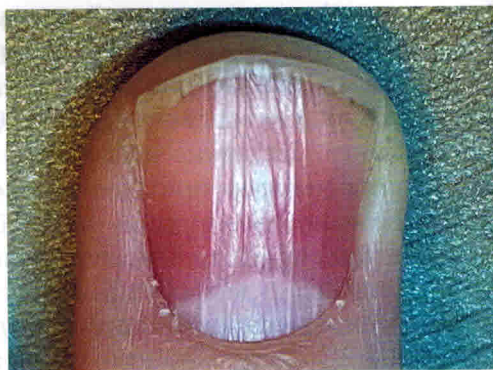
а



б



в



г

Рис. 10. Продольные гребни на пальцах кистей — различные варианты поражения (а–г)

Бисерные ногти. Вид ониходистрофии, при которой тонкие гребни, идущие в продольном направлении от проксимальной ногтевой складки до свободного края, имеют вид цепочки бисера. Это физиологический признак старения (рис. 11).

Продольные борозды и гребни. Параллельные продольные канавки, нередко разделенные между собой гребнями, которые простираются от проксимальной ногтевой складки к свободному краю ногтя (рис. 12). Их возникновение может быть связано со следующими состояниями или заболеваниями:

- при старении (физиологическое состояние);
- при некоторых патологических состояниях (таких как КПЛ, ревматоидный артрит, болезнь Дарье), при атеросклерозе верхних и нижних конечностей, ишемической болезни сердца, облитерирующем эндартериите, болезни и синдроме Рейно, псориазе, склеродермии);
- при онихорексисе, представляющем собой ряд узких продольных параллельных борозд, которые имеют вид царапин от острого предмета на поверхности ногтя, при этом характерно расщепление свободного края ногтевой пластинки по ходу этих борозд;



Рис. 11. Продольные гребни в виде цепочки бисера



а



б

Рис. 12. Продольные борозды и гребни: а, б — на фоне хронической травмы



Рис. 12. Окончание. Продольные борозды и гребни: *а* — на фоне псориаза; *б* — физиологические

- при опухолях, расположенных в проксимальной области ногтевой складки, которые могут оказывать давление на матрицу ногтя и вызывать образование широкой, глубокой продольной борозды или канала, который исчезает после устранения причины;
- при срединной каналиформной дистрофии ногтей.

Срединная каналиформная дистрофия ногтей [срединная дистрофия Хейллера (Heller)]. На поверхности ногтевой пластинки (в ее центральной части) появляется глубокая каналиформная борозда шириной 4–5 мм, берущая начало у кутикулы ногтя и постепенно продвигающаяся к его свободному краю. Поражаются, как правило, ногтевые пластины больших пальцев кистей, нередко симметрично. Возможно поражение других пальцев (рис. 13). Срединная каналиформная дистрофия ногтей может быть ассоциирована с поперечными трещинами (имеющими характерный вид перевернутой ели). Причины этой дистрофии остаются неизвестными. В некоторых случаях она

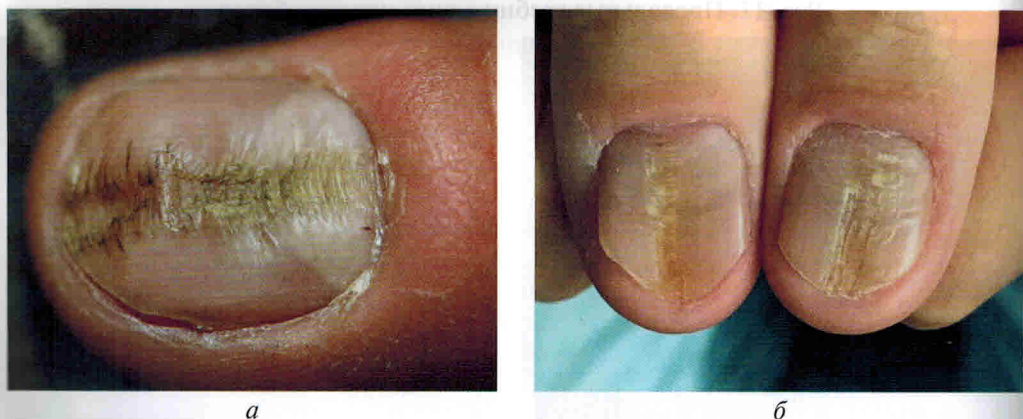


Рис. 13. Срединная каналиформная дистрофия ногтей: *а* — поражен ноготь большого пальца кисти; *б* — поражены ногти больших пальцев кистей



в

Рис. 13. Окончание. Срединная каналиформная дистрофия ногтей: в — поражены ногти всех пальцев кисти, на втором пальце — подногтевая гематома

связана с привычкой или тиком (навязчивым желанием «терebить» ногтевую пластинку соседним пальцем), с увеличенной лунулой, но в большинстве случаев остается идиопатической. Иногда после нескольких лет существования срединной каналиформной дистрофии ногтевая пластинка возвращается в нормальное состояние.

Поперечные борозды, или борозды Бо—Рейли. Ониходистрофия, характеризующаяся возникновением поперечных углублений (борозд) в ногтевой пластинке, идущих от одного бокового валика к другому. Борозды появляются вследствие временной остановки роста ногтя и являются, по словам Ж. Бо (J. Beau¹), ретроспективным индикатором целого ряда патологических состояний. При возобновлении роста ногтя борозда продвигается ближе к свободному краю. Если по расстоянию между задним валиком и бороздой можно определить примерную давность воздействия причинного фактора, то по глубине борозды Бо можно судить о тяжести предшествующего заболевания (рис. 14). Борозда Бо только на одной ногтевой пластине свидетельствует о травме ногтя или локальном воспалительном процессе (паронихии, например). Одновременное появление поперечных борозд на всех ногтевых пластинах вызывают дерматологические заболевания (атопический дерматит, экзема, псориаз), тяжелые инфекционные или соматические болезни (табл. 8). Если воздействие этиологического фактора повторяется с небольшими временными интервалами, то возникает несколько поперечных борозд, расположенных последовательно, одна за другой, в результате чего поверхность ногтевой пластины напоминает стиральную доску. Физиологические линии Бо могут возникать в 4–5-недельном возрасте у детей, а затем бесследно исчезают.

¹ Французский врач Joseph Honore Simon Beau описал данный симптом в 1846 г.



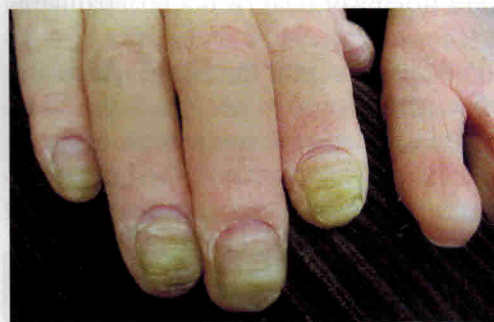
a



б



в



г



д



е

Рис. 14. Поперечные борозды: *a* — на фоне стресса; *б* — на фоне сахарного диабета (зеленый цвет обусловлен синегнойной палочкой); *в* — после вирусной инфекции; *г* — на фоне хронической экземы кистей; *д* — на фоне атопического дерматита; *е* — после воспаления околоногтевых валиков

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 клинические 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).

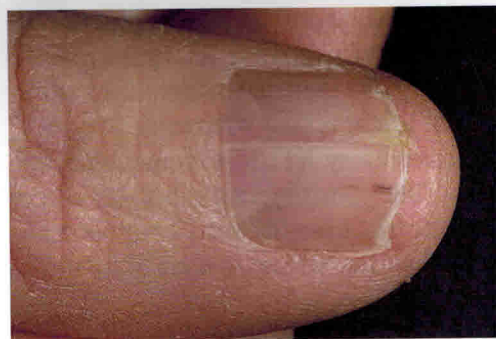
Онихорексис — расщепление ногтевой пластинки в продольном направлении от свободного края к ее проксимальному околоногтевому валику. Ногтевые пластинки при КПЛ истончаются, часто имеют продольные гребни, борозды и трещины. Истончение и онихоорексис ведут к значительной



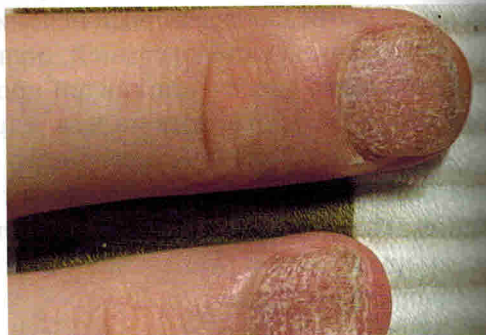
а



б

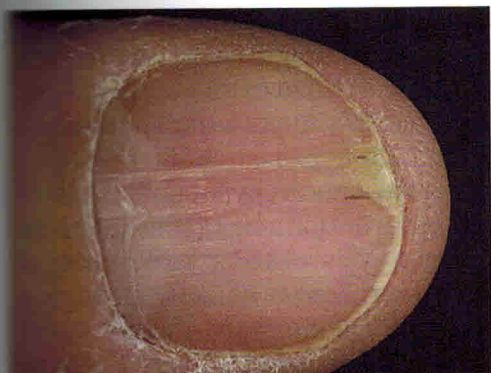


в

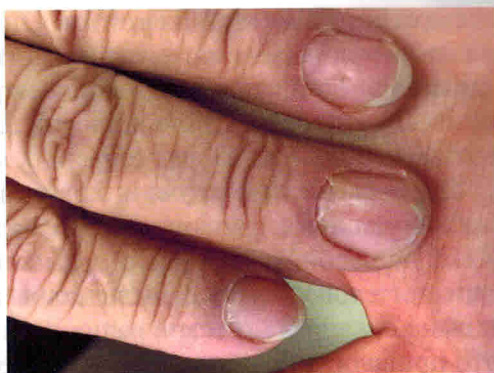


г

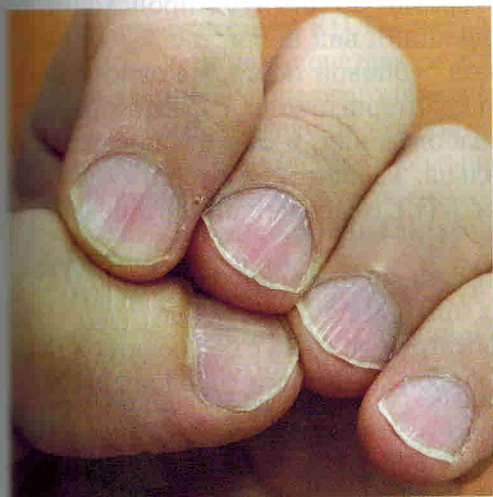
Рис. 52. Красный плоский лишай ногтей: а — онихоорексис; б — продольные борозды; в — полосовидные кровоизлияния, расщепление дистального края ногтя; г — трахионихия



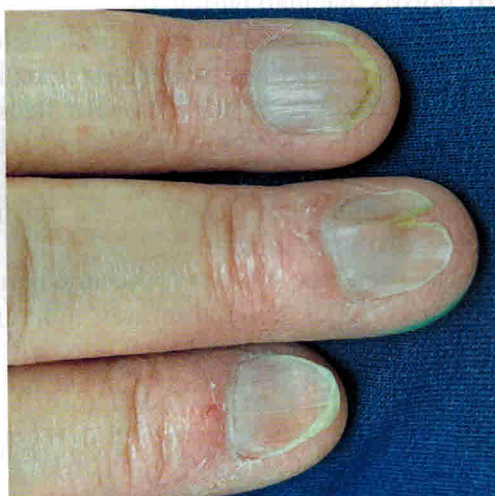
д



е



ж



з



и

Рис. 52. Окончание. Красный плоский лишай ногтей: *д, е* — продольные гребни, симптом «палатки», *ж* — продольные гребни, дистальный ониходексис ногтевой пластинки среднего пальца; *з* — продольные гребни, ониходексис, 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, патогномичный 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.

Трахионихия — 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, с).

При классическом и буллезном КПЛ в области ногтевых пластинок могут иметься 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.

Поражения ногтей, вызванные физическими и химическими факторами (ониходистрофии)

Острая механическая травма или воздействие химических веществ вызывают повреждение ногтевой пластины, но наиболее распространенной формой является хроническая травма, возникающая под влиянием повторяющихся микротравм или повторных контактов с невысокими концентрациями повреждающего агента. Чаще такого рода поражения ногтей встречаются у женщин, регулярно делающих маникюр и педикюр (рис. 75). Изменению состояния ногтей при маникюре способствует чистка, полировка ногтевой пластинки с излишним давлением инструмента на матрицу, чрезмерное отодвигание заднего валика, обрезание эпонихия, постоянное нанесение лака для ногтей, воздействие ультрафиолетового излучения (при полимеризации геля лака), а также ношение накладных ногтей. Особенно часто в последнее время



а



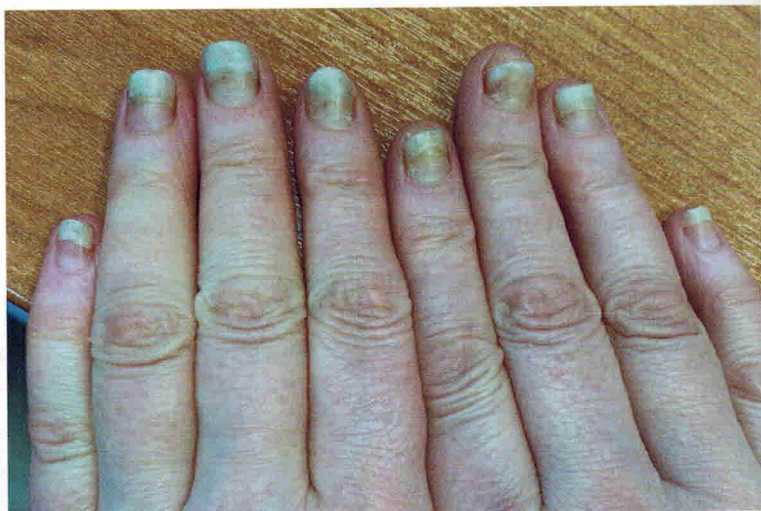
б

Рис. 75. Ониходистрофия: *а* — травма маникюрными ножницами; *б* — паронихия с поражением матрикса вследствие внесенной инфекции при маникюре

встречаются ониходистрофии на фоне использования гель-лака (рис. 76). Наиболее частым симптомом повреждения ногтей при маникюре (педикюре) является онихолизис.

Возможные причины появления онихолизиса при использовании гель-лака:

- травмирование или сдавливание ногтевой пластины;
- ожог в УФ-лампе во время полимеризации;
- создание зауженных, длинных, неестественных форм ногтей;
- неправильно выполненный маникюр из-за неопытности мастера;



а



б

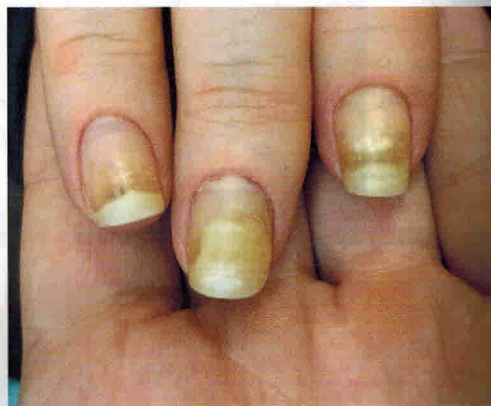
Рис. 76. Ониходистрофия на фоне использования гель-лака (а, б)



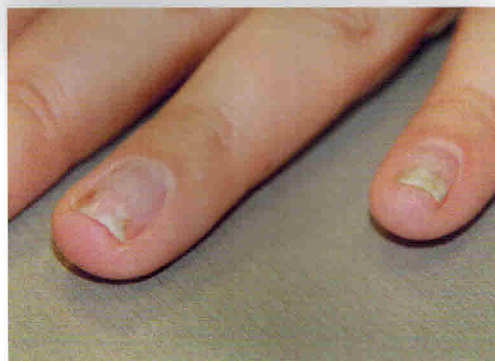
б



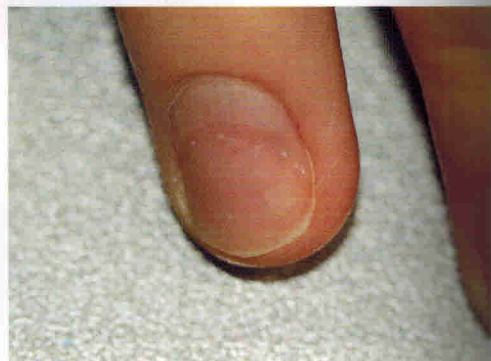
в



д

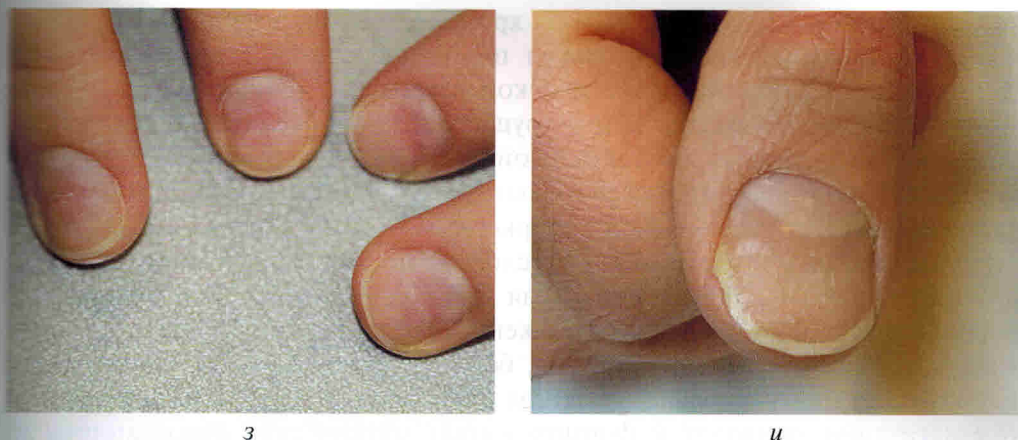


е



ж

Рис. 76. Продолжение. Ониходистрофия на фоне использования гель-лака (в-ж)



з

и

Рис. 76. Окончание. Ониходистрофия: з — на фоне использования гель-лака; и — вследствие хронического химического повреждения

- применение гель-лака сомнительного качества;
- использование просроченной продукции;
- длительное ношение маникюра с применением акрила и биогеля, так как адгезия акрилового ногтя к ногтевой пластине сильнее, чем адгезия ногтевой пластины к ногтевому ложу;
- ношение гель-лака более 3 нед (способствует образованию в нем карманов-отслоек);
- использование плохо продезинфицированного инструментария в салоне [может привести к заражению микотической или бактериальной (стрептококковой или стафилококковой) инфекцией с отслойкой ногтя];
- аллергия на гель-лак;
- беременность или прием гормональных препаратов.

Особенно тяжелое поражение ногтевых пластинок наблюдается, если маникюр делают самостоятельно (непрофессионально). Ногтевые пластинки в этом случае становятся тусклыми, истонченными, возникают поперечные, реже продольные борозды, периодичность появления которых совпадает с производимыми манипуляциями. Острая механическая травма ногтевой пластинки может приводить к формированию подногтевой гематомы, которую необходимо отличать от меланомы (рис. 77, 78). Указания на имеющуюся травму ногтя в анамнезе не всегда достаточно, чтобы отличить гематому от меланомы. Клинически для гематомы характерны:

- 1) нарастание пигментации с течением времени;
- 2) появление поперечной борозды над проксимальным краем гематомы;
- 3) отсутствие продвижения пигмента проксимальнее этой линии.

В этой ситуации выручает онихоскопия, проводимая с помощью дерматоскопа, которая позволяет дифференцировать гематому от пигмента при меланонихии или меланоме. В сомнительных случаях показана биопсия.