

# Содержание

Предисловие к изданию на русском языке .....	7
Авторы .....	8
Список сокращений и условных обозначений .....	10
<b>1. Острая паронихия (Хорхе Окампо-Гарса и Патрисия Чанг) .....</b>	<b>11</b>
<b>2. Болезнь Боуэна (Лиля Коэн и Мартин Н. Заяк).....</b>	<b>17</b>
<b>3. Ломкость ногтей (Татьяна Виллас Боас Габби).....</b>	<b>30</b>
<b>4. Хроническая паронихия (Вальтер Рефкалефски Лоурейро и Хинд М. Альмоханна).....</b>	<b>39</b>
<b>5. Экзема (Азхар Аббас Ахмед и Антонелла Тости).....</b>	<b>52</b>
<b>6. Эритронихия (Кристина Динис Борхес Фигейра де Меллу) .....</b>	<b>57</b>
<b>7. Гломусная опухоль (Эмерсон Энрике Падовезе и Сюлен Монтанье).....</b>	<b>64</b>
<b>8. Гематомы (Шери Р. Липнер) .....</b>	<b>69</b>
<b>9. Простой герпес (Матильда Йориццо) .....</b>	<b>77</b>
<b>10. Вросший ноготь (Аззам Альхалифа, Флоренс Дехавей и Бертран Ришер) ...</b>	<b>83</b>
<b>11. Красный плоский лишай (Бьянка Мария Пираччини, Аврора Алессандрини и Микела Стараче) .....</b>	<b>108</b>
<b>12. Меланома (Эккарт Ханеке) .....</b>	<b>122</b>
<b>13. Меланонихии (Нилтон Ди Чиаккио и Нилтон Джойя Ди Чиаккио) .....</b>	<b>130</b>
<b>14. Миксоидные кисты (Нилтон Джойя Ди Чиаккио и Нилтон Ди Чиаккио).....</b>	<b>138</b>
<b>15. Онихолизис (Шери Р. Липнер и Карлтон Ральф Дэниел, III) .....</b>	<b>149</b>
<b>16. Онихоматрикома (Глэйсо Тассара Таварес) .....</b>	<b>156</b>
<b>17. Онихомикоз (Роберто Арена-Гусман, Сабрина Эскандон-Перес и Эдер Р. Хуарес-Дуран).....</b>	<b>161</b>
<b>18. Онихотилломания (Сара Азарчи и Эван А. Ридер) .....</b>	<b>170</b>
<b>19. Псориаз (Стаматис Грегориу, Эфтихия Плацидаки и Димитрис Ригопулос) .....</b>	<b>180</b>
<b>20. Ретронихия (Томас Кнакстедт и Натаниэль Дж. Еллинек) .....</b>	<b>200</b>
<b>21. Плоскоклеточный рак (Адриана Гуадалупе Пенья-Ромеро и Джудит Домингес-Черит).....</b>	<b>208</b>

<b>22. Подногтевой экзостоз</b> ( <i>Леандро Фонсека Норвега</i> ) .....	215
<b>23. Трахионихия</b> ( <i>Джейкоб Григгс, Брэндон Берроуэй и Антонелла Тости</i> ) .....	222
<b>24. Клешиевидная деформация</b> ( <i>Трейси К. Влахович</i> ) .....	231
<b>25. Бородавки</b> ( <i>Сонали Нанда, Рэйчел Фэйн и Мартин Н. Заяк</i> ) .....	242
<b>26. Синдром желтых ногтей</b> ( <i>Микела Стараче, Аврора Алессандрини и Бьянка Мария Пираччини</i> ) .....	262
<b>Приложение А. Диагностические и лечебные процедуры</b> ( <i>Нилтон Джойя Ди Чиаккио, Кристина Динис Борхес Фигейра де Меллу и Нилтон Ди Чиаккио</i> ) .....	275
<b>Приложение Б. Подготовка биоптата</b> ( <i>Кертис Т. Томпсон</i> ) .....	294
<b>Предметный указатель</b> .....	309

# 1

## Острая паронихия

Хорхе Окампо-Гарса и Патрисия Чанг

### 1.1. Введение

Паронихия — это воспаление одного или нескольких ногтевых валиков (проксимального или латеральных) пальцев на руках или ногах [1]. Обычно паронихия развивается вследствие разрушения защитного барьера — полоски кожи, соединяющей ноготь и валик, что приводит к бактериальной или грибковой инфекции [2]. По продолжительности течения выделяют острую (менее 6 нед) и хроническую (более 6 нед) паронихию [3].

Острая паронихия обычно возникает после поранения или незначительной травмы (маникюр, использование накладных ногтей, укол, отрыв заусенца, онихокриптоз или онихофагия) [4]. Возбудителем инфекции обычно является *Staphylococcus aureus*, реже —  $\beta$ -гемолитический стрептококк и грамотрицательные кишечные бактерии [5]. Анаэробная бактериальная инфекция и кандидоз часто ассоциируются с постоянным контактом с водой или микрофлорой полости рта [6]. Для псевдомонадной инфекции типично зеленоватое окрашивание ногтевого ложа [3].

При острой паронихии быстрее появляются краснота, отек, местное повышение температуры и боль в проксимальном или латеральных ногтевых валиках (рис. 1.1), часто с гнойным отделяемым. Иногда при паронихии формируется подногтевой абсцесс, который может вызвать временную или постоянную дистрофию ногтевой пластины [7, 8]. Нелеченая инфекция может привести к образованию грануляционной ткани в области ногтевого валика [7]. Для острой паронихии характерно поражение только одного пальца за один эпизод, весь процесс обычно развивается через 2–5 дней после травмы (рис. 1.2) [2].



**Рис. 1.1.** Острая паронихия бокового ногтевого валика



**Рис. 1.2.** Острая паронихия среднего пальца правой кисти с онихомадезисом

---

## 1.2. Как подтвердить диагноз

Диагноз острой паронихии ставится на основании осмотра ногтевых валиков и анамнеза болезни пациента. Для диагностики острой паронихии обычно не требуются визуализирующие и лабораторные исследования [2]. Микробиологический посев отделяемого часто неинформативен [3]. Проба с надавливанием на палец помогает выявить наличие и определить границы паронихиальных абсцессов. При проведении пробы пациент либо противопоставляет большой и пораженный пальцы, либо легко надавливает на дистальный отдел ладонной поверхности пораженного пальца. Побледнение в области паронихии у абсцесса [9].

## 1. Острая паронихия

Дифференциальная диагностика проводится с другими воспалительными заболеваниями околоногтевой области, такими как хроническая экзема, простой герпес, псориаз, синдром Рейтера и обыкновенная пузырчатка [4]. Повторные эпизоды острой паронихии позволяют заподозрить герпетический панариций. Он вызывается вирусом простого герпеса и проявляется единичным или сгруппированными пузырьками около ногтя. Диагноз ставится с помощью пробы Цанка или культивирования вируса [10]. Синдром Рейтера и псориаз поражают проксимальный ногтевой валик и могут имитировать острую паронихию [11].

---

### 1.3. Лечение с доказанной эффективностью

Лечение острой паронихии зависит от выраженности воспаления и наличия абсцесса. Авторам неизвестны качественные исследования, в которых сопоставлялась бы эффективность применения пероральных и местных антибиотиков при неосложненной паронихии или изучалось бы применение пероральных антибиотиков в дополнение к хирургическому лечению острой паронихии с абсцессом.

У пациентов с минимальным воспалением без образования абсцесса могут быть эффективными ванночки с теплой водой, алюминия ацетатом (жидкость Бурова) [13], уксусом [14], растворами повидон-йода [15] или хлоргексидина, принимаемые несколько раз в день (табл. 1.1, уровень доказательности E). Ванночки могут привести к шелушению.

В легких случаях можно использовать топические антибиотики, например мупироцин (уровень доказательности E), гентамицин (уровень доказательности D), бацитрацин/неомицин/полимиксин В (уровень доказательности E), фузидовую кислоту (уровень доказательности D), отдельно или в сочетании с топическими кортикостероидами. В одном нерандомизированном исследовании при острой паронихии сравнивали эффективность применения комбинации фузидовой кислоты и бетаметазона с мазью гентамицина. При этом в группе фузидовой кислоты/бетаметазона отмечено снижение степени воспаления (уровень доказательности D) [16]. При применении соединений, содержащих неомицин, повышен риск аллергических реакций (около 10%).

В тяжелых случаях или при стойком поражении может потребоваться эмпирическая пероральная антибиотикотерапия. Противостафилококковый препарат, такой как диклоксациллин (250 мг 4 раза в сутки) или цефалексин (500 мг 3 или 4 раза в сутки) — эффективная терапия первой линии (уровень доказательности E). Если доля метициллин-резистентного *S. aureus* в регионе или популяции превышает 10%, то в первую линию терапии включают такие препараты, как ко-тримоксазол [сульфаметоксазол + триметоприм] (1–2 таблетки с двойной дозировкой 2 раза в сутки), клиндамицин (300–450 мг 4 раза в сутки) или доксициклин (100 мг 2 раза в сутки), уровень до-

казательности E [17]. У пациентов с подозрением на инфицирование микрофлорой полости рта (онихофагия или сосание пальцев) следует назначать антибиотики, действующие на *S. aureus*, *Eikenella corrodens*, *Haemophilus influenzae* и анаэробные бактерии, вырабатывающие β-лактамазу, такие как амоксициллин + клавулановая кислота (875/125 мг 2 раза в сутки) (уровень доказательности E), или комбинацию доксицилина (100 мг 2 раза в сутки), или ко-тримоксазол [сульфаметоксазол + триметоприм] (1 таблетка с двойной дозировкой 2 раза в сутки), или пенициллина VK (500 мг 4 раза в сутки), или цефуроксима (500 мг 2 раза в сутки), или ципрофлоксацина (500–750 мг 2 раза в сутки), или моксифлоксацина (400 мг 1 раз в сутки); с метронидазолом (500 мг 3 раза в сутки), или клиндамицином (450 мг 3 раза в сутки) (уровень доказательности E) [10].

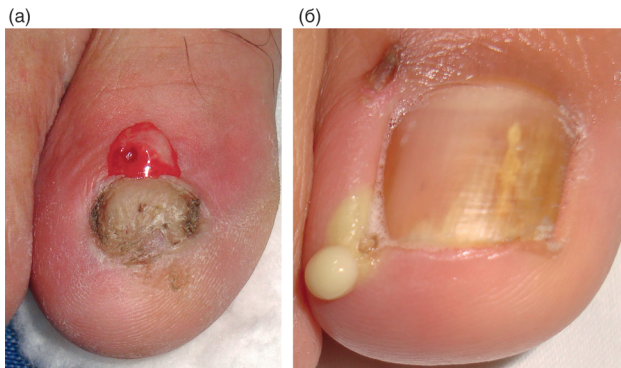
**Таблица 1.1.** Методы лечения и уровни доказательности

Лечение	Уровень доказательности
Местное лечение	
Ванночки с теплой водой, алюминия ацетатом (жидкость Бурова), уксусом, разбавленным раствором повидон-йода или хлоргексидина	E <sub>13–15</sub>
Мупироцин, крем	E <sub>16</sub>
Гентамицин	D <sub>16</sub>
Бацитрацин/неомицин/полимиксин В	E <sub>16</sub>
Фузидовая кислота, крем (отдельно или в сочетании с местным кортикостероидом)	D <sub>16</sub>
Системное лечение	
Диклосациллин и цефалексин	E <sub>17</sub>
Ко-тримоксазол [сульфаметоксазол + триметоприм]	E <sub>17</sub>
Амоксициллин + клавулановая кислота	E <sub>17</sub>
Комбинация доксицилина, или ко-тримоксазола [сульфаметоксазола + триметоприма], или пенициллина VK, или цефуроксима, или ципрофлоксацина, или моксифлоксацина; плюс метронидазол или клиндамицин	E <sub>10</sub>
Хирургическое лечение	
Дренирование абсцесса	B <sub>18</sub>
Методика Swiss roll (отведение проксимального ногтевого валика)	E <sub>19</sub>
Частичное удаление ногтевой пластины	E <sub>14</sub>

## 1. Острая паронихия

Хирургическое лечение острой паронихии показано либо при абсцессе, либо при неэффективности местного или перорального лечения, либо при обширном поражении эпонихия. Описано несколько методик хирургических операций; однако нет единого мнения или данных исследований о том, какая операция является наилучшей, и о том, необходима ли местная или системная терапия антибиотиками после дренирования абсцесса [12]. Для дренирования абсцесса в борозду ногтя и под ногтевой валик вводят лезвие скальпеля № 11 или 15 (острым краем в сторону от ногтя), элеватор для ногтя, иглу калибра 23 или 21 или небольшой кровоостанавливающий зажим до декомпрессии абсцесса (уровень доказательности В) [18]. Если не произойдет дренирования самотеком, можно массировать палец, чтобы жидкость вышла через дренажное отверстие.

При обширных абсцессах или тех абсцессах, которые не прилежат непосредственно к борозде ногтя, для дренирования пораженных участков может потребоваться кожный разрез под местной анестезией (рис. 1.3, а, б). В случае поражения всего эпонихия можно выполнить операцию по методике Swiss roll (отведение проксимального ногтевого валика) (уровень доказательности Е) [19].



**Рис. 1.3:** а — дренирование проксимального ногтевого валика; б — дренирование иглой бокового ногтевого валика

Частичное удаление ногтевой пластины обычно выполняют для лечения паронихии, связанной с вросшим ногтем на пальце стопы, или у пациентов с абсцессом, распространяющимся на ногтевое ложе (уровень доказательности Е) [14].

В проспективном исследовании 46 пациентам (26 с паронихией с абсцессом, 17 с паронихией и панарицием и 3 с панарицием) выполнили разрез и дренирование без перорального применения антибиотиков. У 45 пациентов через 45 дней наблюдалось заживление без осложнений. Авторы пришли к выводу, что системные антибиотики не улучшают частоту излечения после вскрытия и дренирования кожных абсцессов (уровень доказательности В) [20].

## Использованная литература

1. Zaias N. The nail in health and disease, 2nd ed. Norwalk, CT : Appleton and Lange, 1990.
2. Shafritz A.B., Coppage J.M. Acute and chronic paronychia of the hand // J. Am. Acad. Orthop. Surg. 2014. Vol. 22, N. 3. P. 165–174.
3. Leggit J.C. Acute and chronic paronychia // Am. Fam. Physician. 2017. Vol. 96, N. 1. P. 44–51.
4. Chang P. Diagnosis using the proximal and lateral nail folds // Dermatol. Clin. 2015. Vol. 33, N. 2. P. 207–241.
5. Baran R., de Berker D.A., Holzberg M. et al. Baran & Dawber's diseases of the nails and their management. Oxford, UK : John Wiley & Sons, 2012. P. 623–625.
6. Brook I. Paronychia: a mixed infection. Microbiology and management // J. Hand Surg. 1993. Vol. 18. P. 358–359.
7. Lomax A., Thornton J., Singh D. Toenail paronychia // Foot Ankle Surg. 2016. Vol. 22, N. 4. P. 219–223.
8. Jebson P.J. Infections of the fingertip. Paronychias and felons // Hand Clin. 1998. Vol. 14, N. 4. P. 547–555.
9. Turkmen A., Warner R.M., Page R.E. Digital pressure test for paronychia // Br. J. Plast. Surg. 2004. Vol. 57, N. 1. P. 93–94.
10. Rigopoulos D., Larios G., Gregoriou S., Alevizos A. Acute and chronic paronychia // Am. Fam. Physician. 2008. Vol. 77, N. 3. P. 339–346.
11. Baran R., Barth J., Dawber R.P. Nail disorders: common presenting signs, differential diagnosis, and treatment. New York, NY : Churchill Livingstone, 1991. P. 93–100.
12. Shaw J., Body R. Best evidence topic report. Incision and drainage preferable to oral antibiotics in acute paronychia nail infection // Emerg. Med. J. 2005. Vol. 22. P. 813.
13. Daniel C.R. III. Paronychia // Dermatol. Clin. 1985. Vol. 3, N. 3. P. 461–464.
14. Jebson P.J. Infections of the fingertip: Paronychias and felons // Hand Clin. 1998. Vol. 14, N. 4. P. 547–555.
15. Stevanovic M.V. Acute infections. In: Green's Operative Hand Surgery / Eds S.W. Wolfe, W.C. Pederson, R.N. Hotchkiss, S.H. Kozin. Philadelphia, PA : Elsevier, 2011. P. 41–84.
16. Wollina U. Acute paronychia: Comparative treatment with topical antibiotic alone or in combination with corticosteroid // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2001. Vol. 15, N. 1. P. 82–84.
17. Tosti R., Ilyas A.M. Empiric antibiotics for acute infections of the hand // J. Hand Surg. Am. 2010. Vol. 35, N. 1. P. 125–128.
18. Ogunlusi J.D., Oginni L.M., Ogunlusi O.O. DAREJD simple technique of draining acute paronychia // Tech. Hand Up Extrem. Surg. 2005. Vol. 9. P. 120.
19. Pabari A., Iyer S., Khoo C.T. Swiss roll technique for treatment of paronychia // Tech. Hand Up Extrem. Surg. 2011. Vol. 15, N. 2. P. 75–77.
20. Pierrart J., Delgrande D., Mamane W. et al. Acute felon and paronychia: Antibiotics not necessary after surgical treatment. Prospective study of 46 patients // Hand Surg. Rehabil. 2016. Vol. 35. P. 40.



# 2

## Болезнь Боуэна

Лия Коэн и Мартин Н. Заяк

### 2.1. Введение

Плоскоклеточный рак (ПКР) — второй по распространенности вид рака кожи, в частности в США ежегодно диагностируется около 700 000 случаев этого заболевания [1]. Умение распознавать наиболее распространенные заболевания ногтей важно для своевременного выявления злокачественных новообразований, самым частым из которых является ПКР [2, 3]. Болезнь Боуэна (ББ) — это внутриэпидермальный плоскоклеточный рак, или, другими словами, плоскоклеточная карцинома *in situ* [4]. Гистологически он характеризуется дисплазией всей толщи эпидермиса с распределением атипичных кератиноцитов внутри эпидермиса без нарушения целостности базальной мембраны [5]. Заболевание часто протекает бессимптомно, а клинические проявления весьма разные, поэтому ББ ногтя зачастую диагностируют поздно, в среднем через 5 лет от начала заболевания [2, 4]. В этой главе рассматриваются общие характеристики ББ ногтя, обсуждаются различные стратегии лечения и их эффективность.

ПКР — самое частое злокачественное новообразование ногтей, вдвое чаще возникающее у мужчин, в основном в возрасте от 50 до 70 лет [4]. Это вялотекущий процесс, от начала заболевания до прогрессирования ББ до инвазивного ПКР проходит приблизительно 5–10 лет [3]. Ежегодная заболеваемость кожной формой ББ в США по статистике 1980-х годов оценивалась в 15 случаев на 100 000 населения, с поправкой на количество населения европеоидной расы [6]. Однако ББ ногтя диагностируют редко [2, 3]. По этой причине заболеваемость ББ ногтя точно не установлена, и ее сложно спрогнозировать. Литературные данные о ББ ногтя ограничены и в основном представлены описаниями серий случаев. На сегодняшний день в литературе в общей сложности описано около 300 случаев ББ ногтя [2, 5, 7, 8].

У ББ и ПКР ногтей общие факторы риска: ионизирующее излучение, употребление табака, воздействие мышьяка, пестицидов, иммуносупрессия, врожденный дискератоз, травмы и инфекция, вызванная вирусом папилломы человека (HPV) [2, 4, 9–11]. Ультрафиолетовое облучение часто рассматривается как возможный фактор риска кожной формы ББ, однако ногтевая пластина является эффективным ультрафиолетовым фильтром и пропускает лишь минимальную часть попадающих на нее ультрафиолетовых лучей [12].

Полагают, что до 60% случаев ПКР ногтей вызывает папилломавирус [4], в клинической практике были выделены серотипы 2, 6, 11, 16, 18, 26, 31, 34, 35, 56, 58 и 73. В частности, HPV16 был обнаружен более чем в 50 случаях ББ ногтей [8, 13–16] и присутствует в 75% протестированных случаев [17]. Сильная связь с HPV свидетельствует о том, что в развитии ПКР и ББ ногтя важную роль играет генитально-пальцевая передача инфекции [16, 18]. Почти у трети пациентов, у которых развился ПКР ногтя, в анамнезе имеется документально подтвержденное заболевание половых органов, связанное с HPV, включая остроконечные кондиломы, дисплазию и рак шейки матки или аногенитальный рак [4]. Между возникновением HPV-инфекции половых органов и связанного с HPV заболевания ногтей проходит приблизительно 12 лет [4]. Следует отметить, что иммунный статус не коррелирует с агрессивным течением или множественными проявлениями связанного с папилломавирусом ПКР ногтя [4]. ПКР ногтя чаще всего поражает один палец, обычно большой. Реже наблюдается поражение второго, третьего или сразу нескольких пальцев [9, 19, 20]. ББ и ПКР пальца чаще всего возникают в боковых ногтевых валиках или дистальной борозде и со временем разрастаются и распространяются на ногтевое ложе и матрикс [21–23]. ББ ногтя характеризуется медленным и бессимптомным течением на протяжении многих лет или десятилетий, прежде чем трансформируется в инвазивный ПКР [2]. Прогрессирование в инвазивный ПКР, которое происходит в 3–5% случаев, может протекать бессимптомно или сопровождаться болью, изъязвлением, кровотечением или развитием узелка [24]. ББ ногтя протекает более агрессивно, чем кожная форма ББ, при ней чаще обнаруживаются гистологические признаки инвазивного ПКР [25]. Несмотря на более агрессивные проявления, ББ ногтя реже метастазирует, чем ПКР кожи других локализаций [25]. Например, поражение лимфатических узлов у пациентов с подногтевым ПКР отмечается менее чем в 2% случаев [21].

ББ ногтя может развиваться в любой части ногтевой области или околоногтевых тканей. Клинические проявления разнообразны и включают гиперкератоз, веррукозные (бородавчатые) разрастания, эрозии или язвы, мокнутие, шелушение, околоногтевой отек, онихолизис или паронихию. Чаще всего ББ обнаруживается в латеральных ногтевых валиках и выглядит как полоса гиперкератоза или веррукозного поражения, которую со стороны ногтя сопровождает онихолизис, а иногда и краевая полоса меланони-

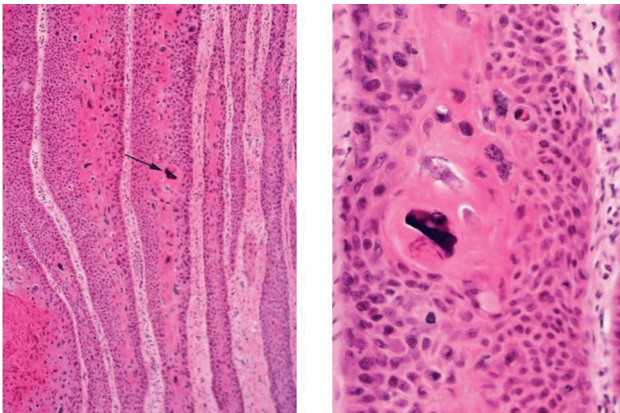
## 2. Болезнь Боуэна

хии (рис. 2.1) [4, 5]. Поражение подногтевых тканей — наиболее частая причина обращения пациентов [20, 26]. Поражение матрикса сопровождается нарушением структуры ногтевой пластины, а также утратой прозрачности и блеска ногтей [3]. В случаях ПКР, связанных с HPV56, и у темнокожих пациентов ББ может проявляться в виде нарушений пигментации и приводить к меланонихии [3].



**Рис. 2.1.** Болезнь Боуэна ногтевой области (любезно предоставлено Martin N. Zaiac, MD)

Гистологически ББ свойственны классические характеристики карциномы *in situ*, включая потерю однородной стратификации во всех слоях эпидермиса без поражения базальной мембраны или дермы. Можно увидеть дискератоз, скопления крупных клеток с гиперхромными ядрами, атипичные митозы и, возможно, даже перинуклеарную вакуолизацию, указывающую на HPV-инфекцию (рис. 2.2) [3]. Микроинвазия чрезвычайно распространена при длительном течении ББ [21].



**Рис. 2.2.** Гистологическое исследование материала, полученного во время операции по Мосу (Mohs) (любезно предоставлено Martin N. Zaiac, MD)

## 2.2. Как подтвердить диагноз

Для ББ характерно бессимптомное вялотекущее течение, поэтому многих пациентов нестораживает наличие новообразования. При обнаружении на осмотре дифференциальная диагностика ББ ногтя проводится с вирусными бородавками, паронихией, экземой, деформацией ногтей, онихомикозом, онихопапилломой, онихоматрикомой и другими доброкачественными новообразованиями [9, 19, 20]. Поскольку ошибочный диагноз ставится очень часто, до выполнения биопсии нередко предпринимаются многократные попытки лечения [2]. Сообщается, что средняя задержка до постановки диагноза ББ ногтевой области составляет 4,9–6 лет [2, 7, 8].

Строение органа ногтя затрудняет патогистологическую диагностику ПКР и ББ. В образце, полученном с помощью инцизионной биопсии, может быть выявлена только карцинома *in situ*, что не исключает возможности одновременного существования инвазивной составляющей [2, 27]. В настоящее время принято предполагать наличие микроинвазивного компонента во всех случаях ББ ногтя и подходить к лечению болезни в соответствии с этим принципом [2, 27].

## 2.3. Лечение с доказанной эффективностью

Лечение опухолей ногтя всегда требует особой тактики из-за уникального анатомического строения ногтя каждого пациента. Приводимая ниже схема лечения, как правило, рекомендуется лишь пациентам пожилого возраста с множественными сопутствующими заболеваниями и плохим заживлением ран в анамнезе. При выборе лечения необходимо учитывать многие факторы, включая достоверные данные о его пользе, сложность методики или время, необходимое для проведения процедуры, заживление ран, косметический результат, доступность и стоимость. В частности, если необходим доступ к ногтевому ложу или матриксу в случае подногтевого новообразования, то потребуются частичное или полное удаление ногтевой пластины [22]. Британская ассоциация дерматологов разработала клинические рекомендации по ведению пациентов с кожной формой ББ [24]. В них сообщается, что не существует универсального и наиболее эффективного метода лечения кожной формы ББ. Однако использование некоторых методов обосновано более высоким уровнем доказательности.

Рассмотрим приемлемые методы лечения кожной формы ББ и их применение при ББ ногтя, поскольку для последней формы заболевания литературные данные ограничены. Методы лечения обычно подразделяются на хирургические, нехирургические деструктивные и нехирургические (табл. 2.1). Хирургическое лечение включает хирургическое иссечение и ми-

## 2. Болезнь Боуэна

крографическую операцию по Мосу (MMS). Деструктивное лечение включает выскабливание, прижигание или фульгурацию, а также криотерапию. Нехирургическое лечение включает в себя ряд вариантов, включая местное лечение фторурацилом и имихимодом, фотодинамическую терапию, абляционную лазерную и лучевую терапию.

**Таблица 2.1.** Методы лечения и уровни доказательности

Лечение	Уровень доказательности
<i>Нехирургические методы лечения</i>	
5-фторурацил <sup>69*</sup>	E <sub>24, 30–33</sub>
Имихимод	E <sub>33, 35</sub>
Фотодинамическая терапия	E <sub>22, 29, 31, 33, 36–38</sub>
Абляционный лазер	E <sub>39–41</sub>
Лучевая терапия	E <sub>34, 40, 42, 44–47</sub>
Выскабливание, прижигание или фульгурация	E <sub>24</sub>
Криотерапия	E <sub>29, 30</sub>
<i>Хирургические методы лечения</i>	
Хирургическое иссечение	C <sub>3, 24, 28</sub>
Микрографическая операция по Мосу	C <sub>22</sub>

\*Не зарегистрирован в Российской Федерации.

### 2.3.1. Хирургическое лечение

#### 2.3.1.1. Хирургическое иссечение (уровень доказательности C)

Диагноз ББ ногтя должен вызвать настороженность относительно наличия в пределах той же опухоли участка с инвазивными свойствами. По этой причине рассматривается необходимость хирургического удаления. Местное иссечение небольших поражений с адекватными краями хирургической раны (приблизительно 4–6 мм) обычно является достаточным и предпочтительнее ампутации дистальной фаланги [24]. Эти дефекты затем заживают вторичным натяжением, в некоторых случаях проводится трансплантация ткани или пересадка лоскута на ножке [3, 24]. Побочные эффекты хирургического удаления — боль, плохое заживление раны, инфицирование и кровотечение.