

Псоріатична оніходистрофія як медико-соціальна проблема

Галникіна С. О.[†], Болотюк М. В.[‡]

[†] Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського

[‡] Подільський науково-медичний центр

ПСОРИАТИЧЕСКАЯ ОНИХОДИСТРОФИЯ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА Галныкина С. А., Болотюк М. В.

Рассмотрены разные аспекты псориаической ониходистрофии как медико-социальной проблемы. Описаны варианты клинических форм данной нозологии, индекс *NAPSI*, дифференциальная диагностика, а также методы лечения данного заболевания.

PSORIATIC ONIHODISTROFIA AS A HEALTH AND SOCIAL PROBLEM Halnykina S. A., Bolotyuk M. V.

The various aspects of psoriatic onihodistrofia (psoriasis of the nails) as a health and social problem are considered. The clinical forms of the disease, index *NAPSI*, differential diagnosis and methods of the treatment of the disease are described.

Псоріатична хвороба – одна з найпоширеніших серед хронічних дерматозів. За даними різних дослідників, на псоріаз страждає від 2 до 5 % мешканців Земної кулі [1]. Соціальна значущість псоріазу обумовлена, насамперед, впливом захворювання на якість життя хворих, формуванням психосоматичних порушень, що в результаті призводить до обмеження життєдіяльності та соціальної дезадаптації.

Одночасно з висипкою на шкірі та волосистій частині голови, у хворих на псоріаз спостерігаються ураження нігтів, що є одним із частих та характерних проявів захворювання.

За даними різних авторів, у 30-70 % пацієнтів відзначаються зміни нігтьових пластинок – псоріатична оніходистрофія [2, 3]. Кількість звертань пацієнтів за лікувальною допомогою з приводу змінених нігтьових пластинок насамперед пов'язана з тим, що захворювання нігтів негативно впливають на якість життя, спричиняють у хворих психологічні, емоційні і навіть функціональні проблеми.

До клінічних проявів псоріазу, які часто трапляються, належить ураження нігтьових пластин на руках і ногах [4, 5]. Проблема ураження нігтів при псоріазі відома давно. Дослідниками вже в ХІХ столітті була відзначена виняткова складність розпізнавання, і, особливо, лікування псоріазу нігтів. За оцінками різних авторів,

псоріатична оніходистрофія виникає в 15-45 % випадків і часто поєднується з артропатіями, особливо у ділянці дистальних міжфалангових суглобів кистей [6-8].

Сьогодні не підлягає сумніву факт, що псоріатична оніходистрофія може бути не лише першим проявом псоріазу у пацієнта, але й протягом довгих років залишатися єдиним маркером цього захворювання. За даними ряду авторів, частіше ураження нігтів спостерігається при тяжкому перебігу захворювання, проте трапляється і при легкому його перебігу [2, 9]. У той же час загальноновизнаним є факт ізольованого ураження нігтів, як прояву артропатичної хвороби [2, 4, 10, 11].

Подібність між псоріатичною оніходистрофією і дистальним міжфаланговим артритом привела ряд дослідників до гіпотези про наявність загальної причини: порушення (з тієї чи іншої причини) капілярної циркуляції [12]. Так, при псоріатичному артриті нігті уражені у 75-80 % пацієнтів і лише у 5-7 % – з шкірними проявами [2, 8].

У жінок псоріатична оніходистрофія трапляється дещо частіше, ніж у чоловіків. У дітей цю патологію нерідко помилково діагностують, як кандидозну онімію; це пов'язано з тим, що зміни нігтів у дітей зазвичай виникають раніше, ніж типова псоріатична висипка на шкірі [13, 14]. Згідно з сучасними поглядами, в основі

всіх псоріатичних оніхій лежить розвиток папул і їх подальша еволюція [15-17]. Мінімальні зміни, які констатуються практично у будь-якого хворого на псоріаз, представлені легким помутнінням поверхневої пластинки (*lamina externa*), сіруватим відтінком забарвлення нігтьової пластинки і ледь помітною поздовжньою посмугованістю [18, 19].

На сьогоднішній день прийнято розрізняти три основних типи дистрофічних змін при псоріазі: псоріаз матриксу нігтя, нігтьового ложа, навколонігтьових валиків (табл. 1).

Таблиця 1 - Клінічні різновиди та ознаки псоріатичної оніходистрофії

Клінічні форми псоріатичної оніходистрофії	Ознаки
Точкові поглиблення на нігтях (<i>onychia punctata</i>), (симптом наперстка, симптом Розенау)	Наявність поодиноких або множинних точкових поглиблень з макове зерно, округлої форми, різної глибини, з чітко окресленими краями і плоским дном, переважно в проксимальній частині нігтьової пластинки; причиною цієї дистрофії є поява в ділянці матриці нігтя дуже дрібних псоріатичних папул. Ці папули за рахунок паракератозу руйнують точкові ділянки нігтя, що найбільш чітко проявляється в міру росту нігтя [1, 4, 20, 21]
Онїхолізіс (<i>onycholysis</i>)	Характеризується порушенням зв'язку нігтьової пластинки з нігтьових ложем, при збереженні цілісності останньої, стоншення речовини нігтя без попередніх запальних змін. Відокремлена від нігтьового ложа частина пластинки зазвичай зберігає нормальну консистенцію, гладку поверхню, але набуває білувато-сіруватого забарвлення. При цьому важливим діагностичним симптомом при псоріазі є наявність вузької рожевої або червоної смужки, що облямовує відокремлену від ложа частину нігтя; наявність онїхолізісу пов'язують із підвищеною травматизацією, наявністю інфекції, токсичним впливом, внаслідок чого відбувається часткове відокремлення нігтьової пластинки [22-25]
Піднігтьовий гіперкератоз (psoriatic oil spot, симптом «масляної плями», симптом Кейнінга–Гассенфлюга)	Проявляється жовтуватими або рожево-жовтими «олійними» плямами, що просвічують крізь нігтьову пластинку [5]
Піднігтьові геморагії (симптом Арієвіча–Левінталя)	Геморагічні плями першого типу, що просвічують через нігтьову пластинку, можуть бути в ділянці луночки. Вони утворюються за рахунок розширених капілярів сосочків нігтьового ложа і зникають при натисканні. Другий тип піднігтьових геморагій характеризується появою в дистальній частині нігтя штрихоподібних поздовжніх крововиливів довжиною 1-3 мм, які набувають темно-червоного або чорного забарвлення. Іноді тонкі стрілоподібні смужки в дистальній частині нігтьової пластинки справляють враження скалок; пов'язують з папіломатозом нігтьового ложа і розширенням капілярів сосочків, у результаті розриву цих капілярів і утворюються власне геморагії [26, 27]
Лейконіхія (<i>leuconychia</i>)	Утворення на поверхні нігтьової пластинки білуватих димчастих ліній, переважно на руках, рідко на ногах, особливо помітних після нанесення на ніготь олії [4, 16]
Трахіоніхія (<i>trahionihia</i>)	Поява тьмяності, нерівності, лущення нігтя в ділянці проксимального краю; при цьому пошкоджена поверхня нігтя вкрита тонкими лускатими пластинками [24, 25]
Онїхомадез (<i>onychomadesis</i>)	Характеризується відокремленням від ложа всієї нігтьової пластинки, але не з вільного краю, як при онїхолізісі, а з проксимального відділу. Зустрічається, за даними ряду авторів, відносно рідко [4, 8]
Онїхогрифоз	При одночасному ураженні матриксу нігтя і нігтьового ложа ніготь стає пухким, кришиться, ламається і поступово відривається, залишаючи лише невеликі пухкі рогові нашарування у луночках; ніготь стає опуклим, росте спочатку вгору, потім починає подовжуватися за межі верхівки пальця, загинається і нагадує кіготь хижого птаха [28]
Пароніхія	Потовщення самої нігтьової пластинки внаслідок вираженого піднігтьового гіперкератозу [4, 16, 20]
Бо-дугоподібна борозна	Починається з появи в ділянці луночки борозен. Бо-дугоподібна борозна перетинає поверхню нігтя від одного бокового валика до іншого [28]

Найчастіше при псоріазі відбувається потовщення нігтьової пластинки з деформацією і зміною кольору від брудно-жовтого, бурого до майже чорного, у зв'язку з порушенням мікроциркуляції, попереднього або супутнього гіперкератозу нігтьового ложа [19]. Це часто спричиняє ускладнення у вигляді бактеріальних або мікозних вторинних інфекцій [14].

З вищесказаного видно, що ураження нігтів при псоріазі надзвичайно різноманітні, а діагностика псоріатичної онїходистрофії може представляти значні труднощі, особливо при ізольованому

перебігу процесу. У цих випадках необхідно враховувати будь-які, навіть мінімальні симптоми псоріазу, уважно ставитися до анамнезу захворювання та обтяженої спадковості хворого.

Диференційний діагноз слід проводити з червоним плоским лишаям, оніхомікозом, гніздовою алопецією.

Червоний плоский лишай:

а) спільні клінічні прояви:

- повздовжня, посмугованість, іноді у вигляді гребенів;
- потемніння;

б) принципова відмінність:

- клінічно: наявність дермо-епідермальних папул діаметром 1-3 мм, яким властиві такі особливості:

- 1) полігональні контури;
- 2) пупкоподібне центральне западання;
- 3) блискуча поверхня при боковому освітленні;

4) відсутність тенденції до периферійного росту;

5) наявність сітки Уїкхема, яку видно в глибині папул після змазування водою чи олією;

б) синюшно-червоне, лілове, перламутрове забарвлення;

- патогістологічно:

- 1) нерівномірний акантом;
- 2) гіперкератоз з ділянками пара кератозу;
- 3) нерівномірний гранульоз;
- 4) вакуольна дистрофія базальних клітин епідермісу;

5) дифузний смугоподібний інфільтрат у дермі;

б) розширені кровоносні судини.

Гніздова алопеція:

а) спільні клінічні прояви: ураження нігтьового ложа – Бо-дугоподібна борозна;

б) принципова відмінність:

- клінічно: наявність вогнища у вигляді круглої плями без суб'єктивних відчуттів;

- патогістологічно:

1) епітеліальна піхва волосків відділяється від сполучнотканинних оболонок, порушується структура, цибулина деформується, сосочки атрофуються;

2) спостерігається інфільтрація лімфоцитами, дегенерація нервово-рецепторного апарату;

3) кількість волосяних фолікулів зменшується.

Оніхомікоз:

а) спільні клінічні прояви:

- оніхолізіс;
- оніхогрифоз;
- зміна кольору нігтьової пластинки;

б) принципова відмінність (лабораторно: виявлення міцелію гриба та його ідентифікація).

Тому для підтвердження діагнозу не завжди достатньо лише клінічних проявів; у деяких випадках використовують біопсію нігтьового ложа; при патогістологічному дослідженні виявляють:

- легкий та помірний гіперкератоз;
- гіпергранулематоз;
- скупчення ексудату;
- геморагії в роговому шарі епідермісу;
- папіломатозну гіперплазію;
- спонгіоз.

Для оцінки тяжкості перебігу патологічного процесу у хворих на псоріатичну оніходистрофію використовують індекс *NAPSI* (*Nail Psoriasis Severity Index*) [30].

Нігтьова пластинка візуально поділяється центральними поздовжньою та поперечною лініями на чотири рівних сектори, у кожному з яких ступінь тяжкості патологічного процесу оцінюється від 0 до 4 балів; сумарне значення для всіх нігтів на пальцях однієї руки знаходиться в межах від 0 до 80 балів.

Оцінка патологічних ознак:

- оніхолізіс;
- лейконіхія;
- трахіоніхія;
- оніхомадез;
- піднігтьовий гіперкератоз;
- піднігтьові гемарагії;
- точкові поглиблення на нігтях.

Відповідно – по системі в балах:

- 0 балів – відсутність патологічних ознак;
- 1 бал – ураження $\frac{1}{4}$ нігтя;
- 2 бали – ураження $\frac{2}{4}$ нігтя;
- 3 бали – ураження $\frac{3}{4}$ нігтя;
- 4 бали – тотальне ураження.

Для підрахунку індексу *NAPSI* кожної кінцівки (права/ліва кисті та стопи) використовують форму запису, яка представлена в табл. 2.

Підрахунок індексу здійснюється шляхом звичайного підсумовування всіх балів, 0 балів – мінімальне значення та 80 балів – максимальне. Чим більший показник, тим більш тяжкий перебіг патологічного процесу:

- індекс *NAPSI* до 20 балів вказує на легкий ступінь патологічного процесу;

Таблиця 2 - Розрахунок індексу *NAPSI* для кожної кисті та стопи

Клінічні симптоми	I палець	II палець	III палець	IV палець	V палець	Сумарна кількість балів
	Бали					
Онїхолізіс	0-4	0-4	0-4	0-4	0-4	0-20
Трахіоніхія	0-4	0-4	0-4	0-4	0-4	0-20
Лейконіхія	0-4	0-4	0-4	0-4	0-4	0-20
Онїхомадез	0-4	0-4	0-4	0-4	0-4	0-20
Точкові поглиблення	0-4	0-4	0-4	0-4	0-4	0-20
Піднігтьовий гіперкератоз	0-4	0-4	0-4	0-4	0-4	0-20
Піднігтьові геморагії	0-4	0-4	0-4	0-4	0-4	0-20
Індекс <i>NAPSI</i> (бали)						0-80

- від 20 до 40 балів – на середній;
- більше 40 – на тяжкий перебіг.

Оскільки пріоритети при лікуванні псоріазу направлені на усунення шкірних симптомів хвороби, лікуванню нігтів, на наш погляд, приділяється невиправдано мало уваги. За значної поширеності захворювання, не можна задовольнятися вивченням патогенезом і скромними результатами лікування. З огляду на певні психологічні труднощі, які спостерігаються у пацієнтів зі зміненими нігтьовими пластинками, терапія даної патології на сьогодні є актуальною медико-соціальною проблемою.

На сьогоднішній день виділяють такі **методи лікування псоріатичної онїходистрофії**:

- місцева терапія (топічні кортикостероїди);
- внутрішньовогнищеве введення кортикостероїдів;
- топічні аналоги вітаміну *D*;

ЛІТЕРАТУРА

1. Скрипкин Ю. К., Бутов Ю. С. Клиническая дерматовенерология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. 2. – С. 212-233.
2. Корсунская И. М., Яковлев А. Б., Дворянкова Е. В. Ониходистрофия: Учебное пособие. – М., 2003. – 56 с.
3. Короткий Н. Г., Таганов А. В., Тихомиров А. А. Современная наружная терапия дерматозов. - Тверь, 2001. – 528 с.
4. Зуев А. В., Салихова А. Р. Опыт применения ламизила при сочетании онихомикоза стоп с псориазом ногтей // Вестн. дерматол. и венерол. – 1998. – № 4. – С. 59-60.
5. Рахматов А. Б., Рахматов Т. П. Клиническая характеристика ониходистрофий у больных

- ретиноїди;
- Антралін;
- 5-фторурацил;
- ПУВА-терапія;
- біологічна терапія;
- лазерна терапія.

Усі існуючі методи терапії псоріатичної онїходистрофії є недостатньо ефективними, часто дорогі, потребують тривалого використання, іноді токсичні і загалом не є надійними. Успіхи в лікуванні псоріазу нігтів більшість фахівців оцінюють, як доволі незадовільні [29].

Висновок. Частота, розповсюженість, різноманітність клінічних проявів, труднощі обрання ефективної методики лікування псоріатичного ураження нігтів спонукають до більш глибокого вивчення проблеми, а також пошуку новітніх методів терапії цієї патології.

- псориазом // Вопросы практического здравоохранения в дерматовенерологии. - Алмата, 2003. - С. 57-58.
6. Королькова Т. Н. Патология ногтевых пластинок в практике дерматокосметолога // Натуральная фармакология и косметология. – 2005. – № 6. – С. 12-16.
7. Рахматов А. Б., Рахматов Т. П. Наружные методы лечения ониходистрофий // Актуальные проблемы дерматологии и венерологии. – Самарканд, 2004. – С. 71-74.
8. Суколина О. Г. Оценка тяжести поражения ногтей при псориазе с использованием Napsi // Росс. журн. кож. и вен. бол. – 2007. – № 5. - С. 83-85.

9. Федоров С. М. Псориаз: клинические и терапевтические аспекты // РМЖ. – 2001. – Т. 9, № 11 – С. 447-452.
10. Хобейш М. М., Мошкалова И. А., Соколовский Е. В. Пузырные дерматозы. Псориаз. Современные методы лечения. - СПб. : СОТИС, 1999. – С. 70-134.
11. Lebowitz A. New developments in the treatment of psoriasis // Arch. Dermatol. – 2002. – Vol. 138, No 5. – P. 686-688.
12. Адашкевич В. П., Базеко Н. П. Псориаз. – 2007. – 192 с.
13. Тамразова О. Б., Корсунская И. М., Дворянкова Е. В. Опыт лечения ониходистрофий // Труды 1 Рос. конгресса дерматовенерологов. – СПб, 2003. – Т. 1. – 296 с.
14. Яковлев А. Б., Суколин Г. И. Ониходистрофии // Росс. журн. кожн. и вен. бол. - 2005. – № 4. – С. 53-59.
15. Демина Е. О. Новые возможности профилактики и лечения кожных заболеваний // РМЖ, 2008. – Т. 12, № 8. – С. 561-566.
16. Рахматов А. Б., Рахматов Т. П. Характер ониходистрофий при различных дерматозах // Укр. журн. дерматол., венерол. и косметол. – 2005. – № 3. – 150 с.
17. Frans R. Psoriasis update // Dermatol. Nurs. – 2001. – Vol. 13, No 3. – P. 231-232.
18. Gupta A. K., Stern R. S., Swanson N. A. Psoriasis // J. Amer. Acad. Dermatol. – 1988. – Vol. 19, No 1. – P. 67-76.
19. Волнухин В. А., Самсонов В. А., Кравцова И. В. и др. Эффективность лечения больных псориазом ПУВА-ваннами // Вестн. дерматол. и венерол. – 2006. – № 5. – С. 56-61.
20. Рахматов А. Б., Убайдуллаев З. Х., Рахматов Т. П. Характер «качества жизни» пациентов с заболеваниями ногтей // Актуальные проблемы дерматологии и венерологии. - Карши, 2005. – С. 246-248.
21. Цыкин А. А., Ломоносов К. М., Кузнецова Л. Д. Новый метод лечения заболеваний ногтей // Росс. журн. кож. и вен. бол. – 2007. – № 2. – С. 74-78.
22. Суворова К. Н. Лечение псориаза // Рус. мед. журн. – 1996. – № 4. – С. 55-57.
23. Fitzpatrick T., Eisen A., Wolff K. et al. Dermatology in General Medicine. – NY.: McGraw-Hill., 1993. – P. 258-269.
24. Baran R., Barth J., Dawber R. Nail disorders // Int. J. Dermatol. – 1991. – Vol. 12, No 2. – P. 22-27.
25. Baran R., Hay R., Perrin C. Superficial white onychomycosis revisited//J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol., 2004. –Vol. 18. – P. 569-571.
26. Elewski B. E.. Onychomycosis: Pathogenesis, Diagnosis, and Management //Clinical Microbiology Reviews. - 1998. –Vol. 11. – P. 415-429.
27. Fisher F. W., Cook N. B. Fundamentals of diagnostic mycology. - Philadelphia: W. B. Saunders, 1998. – P. 352.
28. Перламутров Ю. Н., Соловьев А. М., Молчанов О. В. Влияние кальция на качество волос и ногтей // Вестн. дерматол. и венерол. - 2006. – № 4. – С. 43-45.
29. Цыкин А. А., Ломоносов К. М., Кузнецова Л. Д. Новый метод лечения заболеваний ногтей // Росс. журн. кож. и вен. бол. - 2007. – № 2. – С. 74-78.
30. Адашкевич В. П. Диагностические индексы в дерматологии. - М., 2004. – 160 с.