

М. С. МОКРОУСОВ

НЕГРИБКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НОГТЕЙ

Приведены данные об этиологии, клинике и лечении некоторых дистрофий ногтей. Произведена попытка лечения дистрофий ногтей внутриматриксowymi инъекциями 5%-ной эмульсии гидрокортизона.

Заболевания ногтей негрибковой этиологии в практике дерматолога встречаются довольно часто. Они могут быть симптомом кожных, внутренних, профессиональных и других заболеваний, встречаются при нарушениях нервной, эндокринной систем, витаминного баланса, а также при специфических патологических процессах. Часто они предшествуют некоторым заболеваниям кожи и внутренних органов, являясь как бы предвестником серьезных нарушений в организме, и своевременно распознанное заболевание ногтей помогает в постановке правильного диагноза и назначении своевременного лечения.

Несмотря на это негрибковые заболевания ногтей до сих пор остаются малоизученными, и в отечественной литературе встречаются лишь единичные работы по данному вопросу. Имеются описания поражений ногтей при различных инфекционных заболеваниях (сифилис, скарлатина, лепра), кожных болезнях, профессиональных заболеваниях и др. [1, 4, 6, 7, 9—14].

Иностранные авторы [8, 17, 20, 22] среди негрибковых заболеваний ногтей различают следующие изменения ногтей: при общих, системных, инфекционных и других заболеваниях; подногтевые опухоли; профессиональные заболевания ногтей; изменения ногтей от лекарств и различных химических веществ; деформация ногтей вследствие острых и хронических травм; врожденные заболевания ногтей и др.

Таким образом, негрибковые заболевания ногтей разнообразны и охватывают широкий круг различных болезней. Особое место среди заболеваний ногтей занимают так называемые дистрофии ногтей (ониходистрофии), которые могут быть как самостоятельным заболеванием, так и клиническим симптомом при ряде кожных болезней.

Некоторые авторы [3, 5, 7, 17, 20] под дистрофией ногтей подразумевают лишь отдельные единичные заболевания. В последние годы в группу дистрофий ногтей стали включать все большее количество заболеваний, в том числе и изменения ногтей при ряде кожных болезней (экзема, псориаз, красный плоский лишай), а также известные ранее самостоятельные заболевания ногтей (онихоприфоз, онихолизис и др.) [8, 22 и др.].

Нами наблюдалось 132 больных с различными ониходистрофиями, которые подразделены на 2 группы—первичные и вторичные. К первичным отнесли изменения ногтей, связанные с внутренней и кожной патологией, являющиеся единственным признаком кожного заболевания. Вторичные дистрофии ногтей являются одним из симптомов существующего кожного заболевания, хотя и проявляются не всегда. Первичные ониходистрофии нередко предшествуют проявлениям на коже. Так, у наблюдаемых нами 5 больных (1 с красным плоским лишаем и 4 с псориазом) изолированные поражения ногтей предшествовали высыпаниям на коже и слизистых.

Приведем некоторые из наблюдаемых нами первичных ониходистрофий.

Онихогрифоз чаще всего возникает в результате хронического раздражения ногтевого ложа, трофических изменений на конечностях, какого-либо хронического заболевания или наследственных причин. У наблюдаемых нами 3 больных с приобретенным онихогрифозом данное заболевание возникло на больших пальцах ног в результате острой или хронической травмы. Ногти были утолщены, искривлены, черного цвета с зеленоватым оттенком. У одного больного с наследственным онихогрифозом и гиперкератозом ладоней и подошв наблюдалось универсальное поражение всех 20 ногтей с сильным утолщением и изогнутостью, потеря трудоспособности и затруднение в передвижении.

Онихолизис—отделение ногтевой пластинки от ногтевого ложа, начинающееся от края и прогрессирующее медленно к корню, наблюдался у 7 больных. Чаще это заболевание возникало в результате травмы, у одного больного—от воздействия химических веществ. Иногда онихолизис бывает ранним предвестником какого-либо системного заболевания (гипо- или гипертиреозидизм, диабет, скорбут и т. д.). Приводим следующее наблюдение.

Больная Г. Р., 36 лет, впервые обратилась к нам в марте 1970 г. с жалобами на отделение ногтевых пластинок со свободных концов на всех пальцах рук. В анамнезе, кроме детских инфекций, ничего не отмечалось. Тогда же было обращено внимание на небольшое увеличение щитовидной железы. Эндокринологом был установлен зоб. Проведенное противозобное лечение (антиструмин) в комплексе с витамином А привело к нормализации ногтей.

Аналогичные наблюдения приводит Л. Доскарев [8].

Онихомадезис—спонтанное отделение ногтей от проксимального края, быстро прогрессирующее к свободному концу до полного отделения ногтевой пластинки, наблюдался у 8 детей с пиококковой паронихией, возникшей вследствие частой травмы ногтевых валиков, игры с землей и песком, нечистоплотного содержания рук. Воспалительные явления носили бурный характер, отличались резкой болезненностью и обильным выделением гноя, захватывали почти всю ногтевую фалангу. Ногтевая пластинка в области лунки размягчалась, отделялась и с ростом ногтя заменялась новой. У одного больного 53 лет онихомадезис наступил также после травмы, однако воспалительные явления были не так сильно выражены.

У 4 больных пемфигусом наблюдалось спонтанное отделение ногтевых пластинок на руках, связанное, очевидно, не столько с приемом кортикостероидов, сколько с тяжелым течением заболевания. Онихоматезис у этих больных наблюдался в кульминационном периоде кожных проявлений, кроме того, у 2 больных в анамнезе отмечалось отпадение ногтей по несколько раз в течение всего периода заболевания. Поражались, как правило, все или несколько ногтей пальцев рук. В дальнейшем отрастали нормальные ногти.

Онихошизис—расщепление ногтя на множество тонких пластинок шириной 1—2 мм, наслаивающихся один на другой, обламывание кусочков ногтя у свободного края. Онихошизис наблюдается часто как профессиональное заболевание, вызванное вредным действием щелочных растворов, а также у домашних хозяек при травме и повторяющемся смачивании и высушивании рук в основном на 2- и 3-ем пальцах. К нам часто обращались женщины с жалобами на расщепление ногтя у свободного края, связывающие данное заболевание с маникюром, стиркой белья синтетическими порошками и др. Исключение причин, вызывающих онихошизис, обыкновенно приводило к нормализации ногтей.

Лейконихия—поперечные белые полоски или пятна в массе ногтя, которые растут с ногтем и исчезают по достижению свободного края. Из наблюдаемых нами 3 больных с врожденной лейконихией поражались только ногти пальцев рук, причем у одного из них лейконихия была тотальной. У 2 больных с приобретенной лейконихией данное заболевание, очевидно, было связано с мелкими травмами.

Кроме этого, нами выделена группа собственных дистрофий ногтей, при которых, как правило, отмечалось несколько симптомов ониходистрофий, а один из них превалировал. У всех 15 больных этой группы клиника поражений ногтей сводилась к следующему: у 5 больных ногтевые пластинки умеренно гипертрофировались, приобретая грязно-серый цвет, появлялась продольная исчерченность; в последующем, по мере расщепления и отпадения кусочков, вдоль этих трещин ногтевая пластинка становилась оскольчатой в виде отдельных уступов и рифов. У 10 больных в клинике поражения ногтей преобладал онихолизис с последующим утолщением, ломкостью, изменением цвета до грязно-черного; у 3 больных отмечалась койлонихия. В основном наблюдалась симметричность поражения ногтей, только у 3 больных отмечались изменения ногтей на несимметричных пальцах. У 7 больных были изменены ногти на руках и ногах, у 5—все ногти на руках.

Из вторичных ониходистрофий в первую очередь следует отметить псориазическую онихию. Из 48 больных псориазом ногтей у половины отмечался классический симптом наперстка. Как и Нарделли [19], мы отмечали при этом симптоме более сильную «истыканность», чем при других заболеваниях ногтей. При псориазическом онихолизисе (32 больных) часто наблюдалась просвечивающая через ногтевую пластинку красная полоска, как бы окаймляющая отделившуюся от ложа часть ногтя [4]. Кроме этого, отмечалось различие в характере пиперкера-

тоза: у 20 больных подногтевые роговые массы имели мягкую консистенцию, крошились, приводя к разрушению ногтя; у 28 больных подногтевые роговые массы имели твердую консистенцию, и ноготь был резко утолщенным.

Изолированный псориаз ногтей (3 больных) характеризовался наперсткообразной «истыканностью» в начале заболевания, небольшим утолщением ногтей, желтоватым цветом, онихолизисом, наличием множественных подногтевых кровоизлияний в виде черных точек и продольных полосок длиной 1—3 мм темно-красного или черного цвета. У одной больной наблюдалось утолщение конечных межфаланговых суставов пальцев рук, у другой диагноз изолированного псориаза ногтей был поставлен на основании характерных точечных вдавлений на всех ногтях пальцев рук.

Поражение ногтей при красном плоском лишае сравнительно мало освещено в литературе [2, 10, 15, 18, 21, 23 и др.]. Из наблюдаемых нами 4 больных красным плоским лишаем ногтей у 2 поражение было изолированным. Клинически вначале появлялась легкая складчатость и опрубление поверхности ногтя, в дальнейшем складчатость становилась более заметной, и ногтевая пластинка начинала расщепляться вдоль этих складок. Ногтевая кожица орасталась с ногтевой пластинкой и росла с ногтем в виде пребния, ногти становились коричневыми. У одного больного присоединившийся онихолизис и подногтевой гиперкератоз придали ногтям ложкообразную форму (койлонихия). У другого больного ногтевые пластинки на руках и ногах раскрошились и полностью разрушились. На фоне полной алопихии продолжался частичный рост ногтей в виде небольших тонких хрупких пластинок длиной 2—3 мм.

Следующей часто встречающейся ониходистрофией является экзема ногтей [17, 20, 22]. Утолщение ногтевой пластинки и характерные поперечные борозды, продвигающиеся вместе с ростом ногтя, наблюдались у 18 больных с хронической экземой. Как указывает Геллер [17], данные поперечные борозды образуются вследствие вовлечения в воспалительный процесс матрикса ногтя, причем воспаление, как правило, переходило на ноготь с соседних участков кожи. Чаще всего на ногтевой пластинке отмечалось несколько поперечных борозд как результат рецидивов хронической экземы. Не менее характерным признаком экземы ногтей являлись умеренная «истыканность», неглубокие «ямочки» на ногтевой пластинке. У 5 больных с изолированной экземой ногтей наблюдались вышеописанные симптомы, но чаще появлялись неглубокие наперсткообразные вдавления на ногте, а иногда—паронихия без сильных воспалительных проявлений, выделений гноя и исчезновения кожицы ногтя.

Лечение дистрофий ногтей проводилось в зависимости от этиологии и патогенеза заболевания. Часто по излечении основного заболевания или ликвидации вредного агента, вызвавшего ониходистрофию (онихолизис, лихорадечезис, юнихошизис), наступало улучшение. При онихогрифозе рекомендовалось хирургическое удаление ногтя вместе с матрик-

сом. Труднее поддавались лечению так называемые собственные дистрофии ногтей и вторичные ониходистрофии. Течение последних зависело в основном от хода терапии основного кожного заболевания. При дистрофии ногтей назначались витамин А, В₁, рибофлавин с никотиновой и аскорбиновой кислотой, препараты мышьяка, кортикостероиды, желатина по 5—7 г ежедневно в течение 2—3 мес. Местно у 5 больных после удаления ногтевой пластинки мочевиным пластырем длительное время применялись синалар и поликортолоновая мазь, которые оказали благоприятный эффект. В результате комплекса вышеприведенного лечения из 15 больных собственными дистрофиями ногтей у 5 наступило значительное улучшение, у 7—улучшение и у 3—изменений не наблюдалось.

Гестен [16] сообщает о лечении псориаза и красного плоского лишая ногтей инъекциями взвеси триамцинолона в матрикс ногтя. У некоторых больных через 2—6 мес. после инъекции вырастали нормальные ногти.

А. А. Антоньев, Н. Н. Васильева, А. С. Рабен [2] отмечают улучшение в течении онихии, вызванной красным плоским лишаем, после трехкратного введения в область ногтевых лож 5%-ной эмульсии гидрокортизона.

Нами произведена попытка лечения ониходистрофий инъекциями 5%-ной эмульсии гидрокортизона в матрикс ногтя у 6 больных, из которых у 2 наблюдалась изолированная экзема ногтей, у 4—псориаз ногтей с наличием прогрессивного псориаза на коже. Инъекции производились в каждый пораженный ноготь однократно, а у одного больного с псориазом ногтей—повторно. У 3 больных были поражены все ногти на руках, у 2—по 2 ногтя и у 1 больного 5 ногтей также на руках. Отдаленное наблюдение в течение 2 лет показало, что из 4 у 2 больных с псориазической онихией отмечалось улучшение, но в дальнейшем наступил рецидив. У 2 больных с изолированной экземой ногтей после инъекций появилось заметное улучшение без рецидивов. Данный метод лечения можно рекомендовать в качестве терапии ониходистрофий, особенно при изолированной экземе ногтей.

Таким образом, несмотря на то, что негрибковые заболевания ногтей встречаются довольно часто, они до сих пор мало изучены. Надеемся, что представленные нами данные помогут в изучении клиники, этиологии и лечения дистрофии ногтей.

Кафедра кожных и венерических болезней
Ереванского медицинского института
и Республиканский клинический кожно-
венерологический диспансер

Поступила 16/XI 1971 г.

Մ. Ս. ՄՈՆԻՏՈՐՈՒՄ

ԵՂՈՒՆԳՆԵՐԻ ՈՉ ՍՆԿԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Ա մ փ ո փ ու մ

1969—1971 թթ. դիտվել է եղունգների տարբեր դիստրոֆիաներով 132 հիվանդ, նշելով գրականության և անձնական փորձի տվյալներից, դիտված օնիխոդիստրոֆիաները (եղունգների փոփոխությունները) բաժանել ենք առաջինայինի և երկրորդայինի:

Առաջնային օնիխոդիստրոֆիաները կապված են ներքին և մաշկային պաթոլոգիայի հետ և կարող են մաշկային պաթոլոգիայի միակ ախտանիշները հանդիսանալ, երկրորդային օնիխոդիստրոֆիաները հանդիսանում են մաշկային ախտահարման ախտանիշներից մեկը, սակայն ոչ միշտ են արտահայտվում:

Առաջնային օնիխոդիստրոֆիաներից նկարագրվում են օնիխոգրիֆոզը, օնիխոլիզիսը, օնիխոմադեզիսը, օնիխոշիզիսը, լեյկոնիխիան և եղունգների սեփական դիստրոֆիան:

Երկրորդային օնիխոդիստրոֆիաների շարքին են պատկանում եղունգների փոփոխությունները պսորիազի, էկզեմայի և կարմիր տափակ որքինի ժամանակ, 6 հիվանդների մոտ օնիխոդիստրոֆիան փորձել ենք բուժել ներարկելով հիդրոկորտիզոն եղունգների մատրիքսի շրջանում: Հիվանդներից 2-ի մոտ առկա է եղել եղունգների մեկուսացած էկզեմա, 4-ի մոտ եղունգների պսորիազը զուգակցվել է մաշկի պրոգրեսիվ պսորիազով: Ներարկումները կատարվել են միանվազ, ամեն մի ախտահարված եղունգի մատրիքսում, իսկ եղունգների պսորիազով մեկ հիվանդի մոտ կատարվել է կրկնակի ներարկում: Այս բուժումը կիրառվել է ձեռքերի եղունգների նկատմամբ. 3 հիվանդների մոտ՝ 10, 2 հիվանդների մոտ՝ 2, մեկ հիվանդի մոտ 5 եղունգների նկատմամբ: Հետագա հսկողության ժամանակ (2 տարվա ընթացքում) եղունգների պսորիազով 2 հիվանդների մոտ նկատվել է ժամանակավոր լավացում, իսկ եղունգների մեկուսացված էկզեմայով հիվանդների մոտ՝ կայուն լավացում: Բուժման այս մեթոդը խորհուրդ է տրվում կիրառել օնիխոդիստրոֆիաների բուժման, մասնավոր եղունգների մեկուսացված էկզեմայի բուժման ժամանակ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Андреев В. Г. Сборник трудов Курского медицинского института, т. XI. Курск, 1956, стр. 435.
2. Антоньев А. А., Васильева Н. Н. и Рабен А. С. Вопросы лепрологии и дерматологии, 1964, 2, стр. 231.
3. Аравийский А. Н., Бульвахтер Л. А. В кн.: Вопросы общей патологии, клиники и лечения дерматозов. Л., 1958, стр. 181.
4. Ариевич А. М. Вестник дерматологии и венерологии, 1964, 3, стр. 14.
5. Бейлин Б. С. Советская психоневрология, 1933, 6, стр. 132.
6. Вартапетов А. Я. В кн.: Патогенез и терапия дерматозов. Львов, 1966, стр. 201.
7. Вексель М. В. Труды Узбекского института венерологии и дерматологии, т. 2. Ташкент, 1936, стр. 198.
8. Дскарев Л. Дерматология и венерология, 1969, VIII, 2, стр. 77.

9. Дьячков Н. Н. Русский журнал кожных и венерических болезней, 1905, 9, стр. 222.
10. Куколева Л. И. Советская медицина, 1969, 12, стр. 119.
11. Миракянц Е. И. Венерология и дерматология, 1931, 8, стр. 32.
12. Овакимян Т. А. Дисс. канд. Ереван, 1970.
13. Оганесян Е. Н. Дисс. докт. М., 1970.
14. Прокупчик А. Е. Венерология и дерматология, 1926, 6, стр. 928.
15. Cornellug C. E., Shelley W. B. Arch. Dermatol., 1967, 96, 4, 434.
16. Yegteln W. Arch. Dermatol., 1962, 86, 4, 419.
17. Heller J. Die Krankheit der Nägel. Hdb. der Haut u. Yegchlehtgkr. Berlin, 1927, 13, 2.
18. Male O. Hautarzt, 1970, 21, 10, 445.
19. Nardelli J. Hautarzt, 1958, 3, 138.
20. Pardo-Castelo V. and Pardo O. A. Diseases of the Nails. Ed. 3. Springfield, 1960.
21. Samman P. D. Brit. J. Derm., 1961, 73, 7, 288.
22. Samman P. D. The Nails in Disease. London, 1965.
23. Zalas N. Arch. Derm., 1970, 101, 3, 264.