

## Ониходистрофии



Заболевания и дефекты ногтевых пластинок встречаются часто и проявляются весьма разнообразно. Патологическое изменение ногтей может быть вызвано действием множества факторов. Из внешних факторов следует выделить различные микроорганизмы (грибы, бактерии), химические агенты и механическое воздействие. Из внутренних – нарушение кровообращения, нейрорегуляции, иммунологические и токсические факторы. Ноготь растет в течение всей жизни, постоянно обновляется и способен восстанавливать сам себя, за исключением матрикса (ростковой зоны). Повреждение матрикса приводит к необратимым изменениям всего ногтевого аппарата. Средняя скорость роста составляет 0,1-0,12 мм в сутки. Замедляет рост ногтей чрезмерно строгая диета, недостаток витаминов и минералов, заболевания внутренних органов, возраст.

При обследовании ногтей следует обращать внимание на цвет и прозрачность, толщину ногтевой пластинки, характер ее поверхности, прочность, целостность, связь с окружающими структурами.

Нормальный ноготь имеет розовый цвет. Дисхромии (изменение цвета ногтей) могут быть врожденные, наследственные и приобретенные. Наиболее часто встречаются лейконихии – участки белого цвета в ногтях, образующиеся при дисфункции матрикса. Структура ногтевой пластинки при этом остается

нормальной. Примером могут служить ногти Терри, когда большая часть ногтя выглядит белесой и матовой с ободком покраснения. Встречается у пожилых людей и при таких тяжелых заболеваниях, как цирроз печени, застойная сердечная недостаточность и инсулиннезависимый сахарный диабет. Ногти Линдсея (половина на половину) являются наиболее постоянным индикатором хронической почечной недостаточности. Проксимальная (ближняя к пальцу) часть ногтевых пластинок кистей имеет белую окраску, а дистальная (краевая) часть – отчетливый коричневый цвет за счет отложения меланина.

Причинами меланонихии (гиперпигментации ногтей) могут быть травмы, опухоли, грибковые поражения и воздействие лекарственных средств (резорцин и фенолфталеин, зиновудин и др.).

Средняя толщина свободного края ногтевой пластинки у мужчин составляет 0,384 мм, у женщин – 0,346 мм. Патологическое изменение толщины ногтя может быть следствием как утолщения собственно ногтевой пластинки, так и гипертрофии (утолщение) эпителия ногтевого ложа (подногтевой гиперкератоз). Онихогрифоз – удлинение, утолщение и искривление ногтей в виде птичьего когтя, особенно часто поражаются большие пальцы стоп. Причиной патологического состояния чаще всего служит нарушение микроциркуляции (кровообращения).

Гапалонихия или ломкие ногти – аномально мягкие и тонкие, ломкие ногти. Причины очень разнообразные, это может быть врожденная предрасположенность, дефицит серы, витаминов А и В, кальция, хронический артрит, гипотиреоз, периферические нейропатии и ангиопатии, истощение, контакт с химическими веществами, травмы матрицы и неправильный маникюр.

Нормальная ногтевая пластинка имеет слегка выпуклую форму, что предохраняет от удара мягкие ткани. Изменения формы ногтей встречаются довольно часто. Койлонихия – ложкообразная вогнутость ногтей. Может быть врожденной или приобретенной (при травмах, эндокринных, инфекционных заболеваниях) и характерна для железодефицитной анемии. Ногти Гиппократата

и изменение пальцев в виде барабанных палочек характеризуются булабовидным утолщением ногтевых фаланг, усилением выпуклости ногтевых пластинок в средней части. Они наблюдаются при заболеваниях легких, а также при сердечно - сосудистой недостаточности. Пахионихия представляет собой башенноподобное утолщение роговой массы под непораженной ногтевой пластинкой. Ноготь меняет окраску, теряет прозрачность. Может являться проявлением врожденных заболеваний (ихтиоз, фолликулярный кератоз), псориаза, экземы. Платонихия – плоская, без выпуклости или вогнутости ногтевая пластинка, чаще носит врожденный характер.

Поверхность здоровых ногтей всегда гладкая и блестящая, иногда просматриваются борозды, направленные параллельно ногтю и ограничивающиеся с боков слегка возвышающимися гребешками. Причиной возникновения поперечной борозды (борозда Бо) может служить острое инфекционное заболевание, инфаркт миокарда, шок, высокая лихорадка, интоксикация, травма, тяжелое нервное потрясение. Точечная онихия или наперстковидная дистрофия ногтей часто встречается при дерматозах, особенно при псориазе и системных заболеваниях. Каналообразная дистрофия ногтей проявляется образованием желобка или трещины с утолщенными краями, который проходит посередине ногтя во всю длину. Одной из причин ее возникновения может быть привычка постоянно тереть, тереть свои ногти. Шлифованные или полированные ногти являются признаком наличия у больного зуда.

Здоровый ноготь плотно прилегает к ногтевому ложу. Частичное или полное отслоение называется онихолизис. Различают следующие виды: травматический онихолизис, при кожных заболеваниях, при эндокринных нарушениях, при грибковых и бактериальных инфекциях. Онихомадезис – тотальное отслоение ногтевой пластинки, начинающееся с проксимального края ногтевого ложа, встречается при травмах, инфекционных болезнях (скарлатина), гнездной алопеции, эритродермии, фототоксических реакциях.

Лечение ониходистрофий надо начинать с тщательного поиска причины их возникновения и ее устранения. Помимо этого назначают средства и методы, улучшающие микроциркуляцию в конечностях (ангиопротекторы, физиотерапевтические процедуры, массаж). Рекомендованы витаминно – микроэлементные препараты.

Местная терапия ониходистрофий включает в себя достаточно широкий спектр как терапевтических, так и косметических препаратов. В случаях выраженной деформации, с эстетической целью, приходится прибегать к косметической коррекции ногтевых пластин.

Пациентам рекомендуют адекватный уход за ногтями и щадящий режим: необходимо избегать контакта с агрессивными жидкостями, поверхностно-активными средствами в быту и на производстве, использовать защитные перчатки.

В заключение хочется подчеркнуть, что лечение ониходистрофий должно учитывать индивидуальные особенности каждого пациента, быть комплексным и длительным, поэтому правильное лечение может назначить только врач дерматолог.

*Материал подготовила врач дерматовенеролог ГАУЗ ТО «Областной кожно-венерологический диспансер» Казанцева Ксения Ивановна 19.03.2018.*