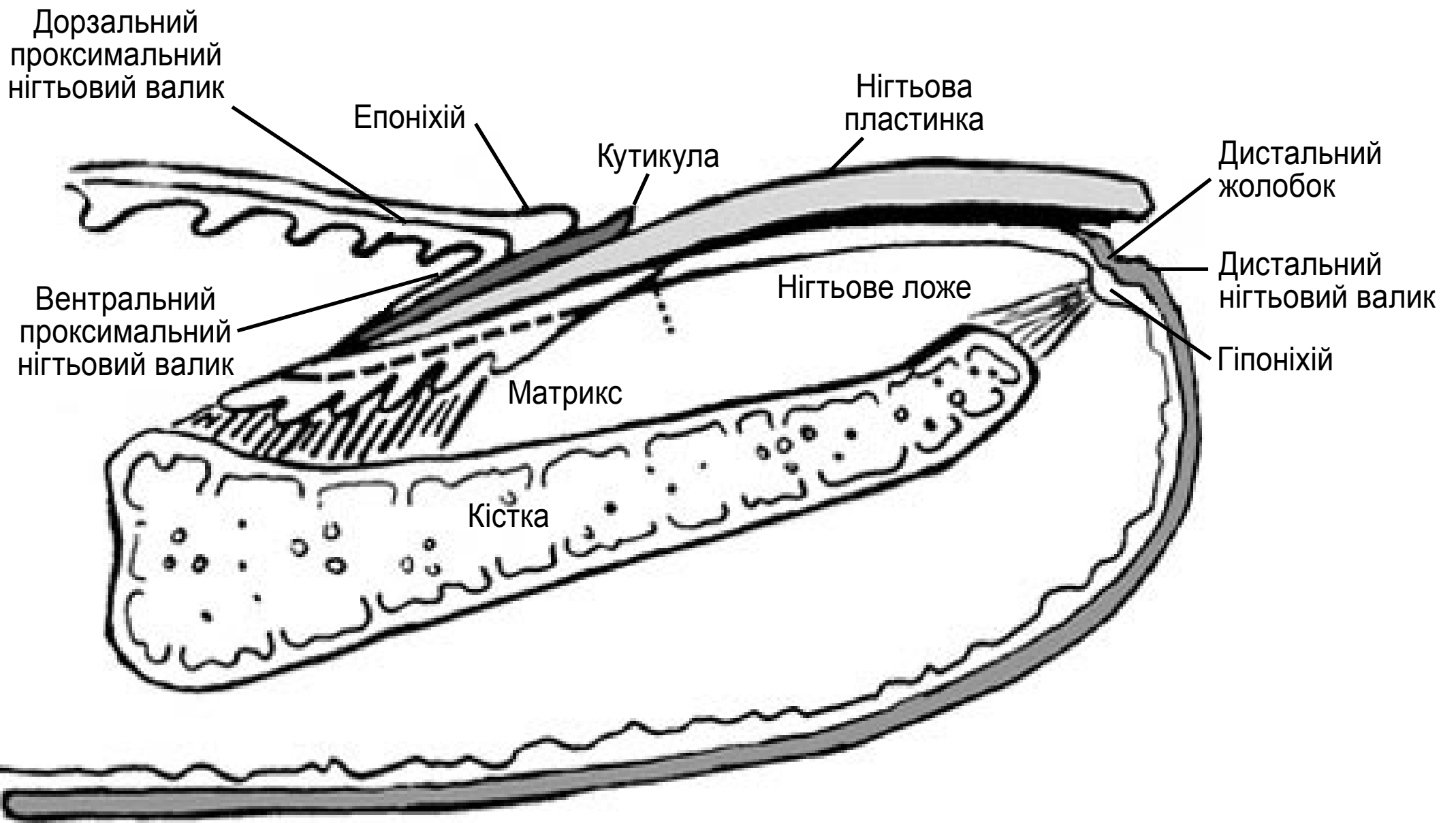




Захворювання нігтів можуть викликати значні соціальні, психологічні і фізичні негативні ефекти в ураженого індивіда. Ці захворювання можуть бути ізольовані лише ділянкою нігтів або являтися складовою частиною більшого системного захворювання, яке може спочатку проявлятися лише патологією нігтів. Представлене зображення отримане в пацієнта з хронічним слизисто-шкірним кандидозом.



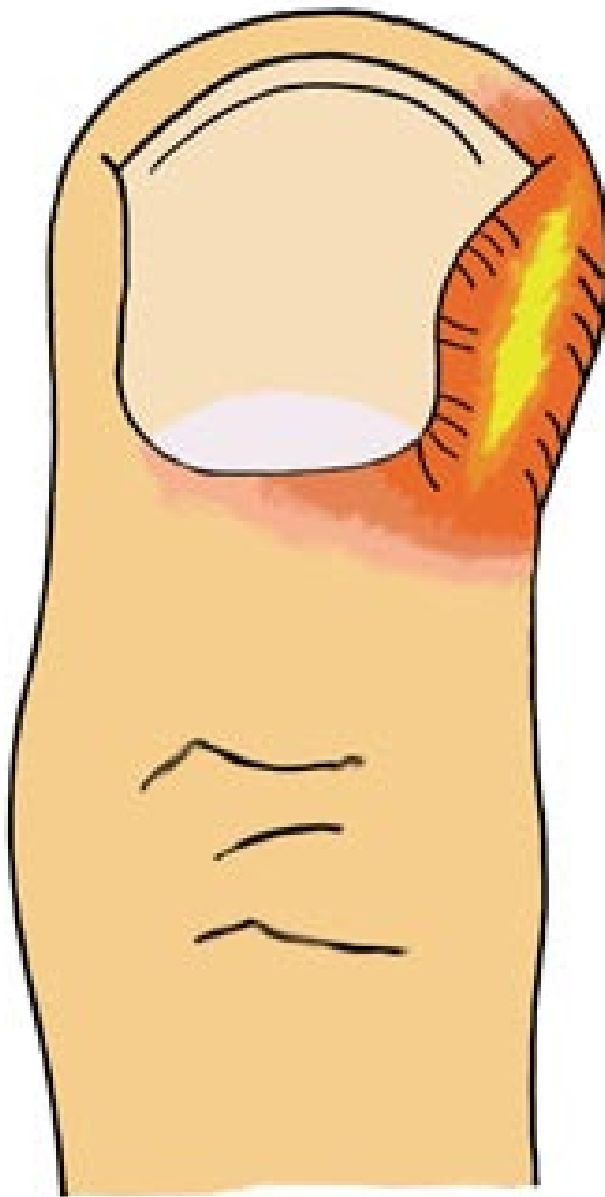
Нігтьовий комплекс складається з нігтьової пластинки, нігтьового ложа, гіпоніхію, нігтьового матриксу, нігтьових складок, кутикули, якірної частини нігтьового ложа і дистальних фалангових кісток. Нігтьова пластинка є найбільшим компонентом нігтьового комплексу. Нігтьова пластинка росте з нігтьового матриксу. Будь-який дефект у матриксі призводить до оніходистрофії нігтьової пластинки, яка росте. Проксимальний нігтьовий матрикс формує дорзальну частину нігтьової пластинки, тоді як дистальний матрикс формує вентральну частину нігтьової пластинки. Клінічне захворювання може суттєво відрізнитись, залежно від локалізації та важкості запалення ураженої одиниці нігтя.



Онїхомїкоз – це грибкова інфекція, яка залучає будь-який компонент нїгтьового комплексу. Це захворювання може викликати біль, дискомфорт і спотворення нїгтя, що може призводити до фізичних і професійних обмежень. *Trichophyton rubrum* і *T. mentagrophytes* є відповідальними за 90% усіх випадків онїхомїкозу. У більшості випадків грибок поширюється зі шкіри підошви і проникає в нїгтьове ложе через гіпонїхїй. У типових випадках онїхомїкоз є безсимптомним. Переважно пацієнти звертаються за допомогою з огляду на косметичні причини, але іноді можуть скаржитись на біль, дискомфорт і погіршення функції уражених пальців. Лікування може складатись із місцевих або оральних протигрибкових препаратів, залежно від локалізації і розповсюдження інфекції.



Пальці у вигляді «барабанних паличок» є клінічною знахідкою, яка характеризується бульбовидним веретеноподібним збільшенням дистальної частини пальця, при якому кут між проксимальною нігтьовою складкою і нігтьовою пластинкою зменшується до менш ніж 160 градусів. Точний патофізіологічний механізм залишається невідомим. Первинні причини барабанних паличок - пахідермоперіостоз, сімейні барабанні палички і гіпертрофічна остеоартропатія. Причини вторинного феномену утворення барабанних паличок включають захворювання легень (наприклад, рак легень, інтерстиціальне захворювання легень, кістозний фіброз (муковісцидоз)), серця (включаючи ціанотичні вроджені вади серця), ШКК (наприклад, запальні захворювання кишечника, цироз печінки, ахалазія) і шкіри (наприклад, пальмоплантарний кератоз – на зображенні), а також багато злоякісних захворювань, таких як рак щитовидної залози, хронічний мієлоїдний лейкоз та інші різноманітні стани, включаючи акромегалію і вагітність. Специфічного лікування барабанних паличок немає. Якщо вдається ефективно лікувати основний патологічний процес або стан, тоді феномен барабанних паличок може зменшуватись або й виникнути їх повне нівелювання.



Пароніхія – це інфікування м'якої тканини, яка знаходиться у складці між нігтьовою пластинкою і нігтьовим валиком (представлено на зображенні). Це найпоширеніша інфекція ділянки кисті, яка часто трапляється в індивідів, професія яких вимагає частого контакту з водою, наприклад працівники кухні. У типових випадках пацієнт скаржиться на біль і підвищену чутливість пальця. Гостра паронімія, як звичайно, розвивається після мікротравми, яка є причиною інфікування. Мікроорганізмом, який найчастіше викликає гостру паронімію, є *Staphylococcus aureus*. Хронічна паронімія розвивається після тривалої експозиції до вологого оточення, і процес може продовжуватись 6 тижнів і довше. Найпоширенішим етіологічним чинником при хронічній паронімії є *Candida albicans*. При фізикальному дослідженні уражена ділянка може виглядати еритематозною і набрякною, у запущених випадках може бути гній, а у хронічних випадках змінюється ніготь. Гостру паронімію лікують теплими ванночками і оральними антибіотиками. Хронічну паронімію лікують, тримаючи зону ураження в сухому стані і прикладаючи місцеві протигрибкові засоби. Хірургічне втручання може вимагатись у випадках гострої чи хронічної паронімії, які є рефрактерними до консервативного лікування чи при яких розвивається абсцес.



Меланоніхія – це коричнева або чорна пігментація нігтьової пластинки. Найчастіше вона виникає внаслідок підвищеної продукції меланіну меланоцитами в нігтьовому матриксі. Найчастіше меланоніхія трапляється в індивідів з чорною пігментацією шкіри і її можна виявити у практично 100% афроамериканців, які мають вік понад 50 років. Є два типи меланоніхії: дифузна і поздовжня. Розрізняють ці два типи, залежно від ступеня зміни кольору. Меланоніхія може бути спричинена багатьма різними станами, включаючи гіперплазію меланоцитів при меланомі (випадок, який представлено на зображенні), лентіго, меланоцитарний невус, фізіологічні причини (включаючи темніший тон шкіри і вагітність), локальні фактори (такі як травма, карпальний тунель і ультрафіолетове світло), системні захворювання (включаючи гіпертиреоз, хворобу Аддісона, системний червоний вовчак і дефіцит вітаміну В12), дерматологічні захворювання (такі як псоріаз, прогресуючий системний склероз і червоний вовчак), а також ятрогенно застосуванням медикаментів, особливо хімотерапевтичних засобів і антибіотиків. У типових випадках пацієнти є безсимптомними; лікування націлене на корекцію основного патологічного процесу.



Про дистальний оніхолізіс говорять, коли є спонтанна сепарація нігтьової пластинки, яка починається з дистального вільного краю і прогресує проксимально. Найпоширенішим чинником є локальне подразнення, наприклад, надмірне спилювання нігтя чи надмірна експозиція до хімікатів при манікюрах. Оніхолізіс також асоціюється з багатьма системними розладами, а саме системним червоним вовчаком, гіпертиреозом, залізодефіцитною анемією, первинними дерматологічними захворюваннями (такими як atopічний дерматит і псоріаз), неоплазмами (включаючи плоскоклітинну карциному і карциному легені), а також медикаментами (особливо фторхінолонами і доксицикліном), інфекціями і вродженими етіологіями. У типових випадках пацієнти не скаржаться на біль чи дискомфорт, крім тих випадків, коли приєднується інфекція. Лікування включає контроль або елімінацію будь-яких факторів ризику і обрізання від'єднаної нігтьової пластинки, щоб запобігти додатковому її відшаруванню і дати змогу нормально замінитись при рості нігтя.



Піднігтьові гематоми є поширеними пошкодженнями нігтьового ложа, які викликані тупою або гострою травмою нігтя. Багате судинне кровопостачання нігтьового ложа робить його схильним до крововиливу. Пацієнти з незначними гематомами в типових випадках є безсимптомними. Однак великі гематоми можуть викликати достатньо сильний пульсуючий біль, щоб спонукати пацієнтів шукати медичну допомогу. Лікування включає трєфінацію, при якій отвір просверлюється або пропалюється через тіло нігтя, щоб ослабити тиск, або видалення нігтя.



Про оніхокриптоз говорять, коли ніготь на пальці ноги вростає всередину; у типових випадках цей процес виявляють на великому пальці ноги. Зовнішня компресія нігтя на пальці ноги, як правило від тісного взуття, чинить постійний тиск на ніготь. Якщо ніготь обрізаний занадто коротко і нігтьовий валик подразнений, або виникла його penetрація, тоді може виникнути колонізація бактеріями або грибками. Поширеними знахідками є запалення, набряк, еритема і біль; може розвинути абсцес або целюліт. Лікування раннього запалення фокусується на уникненні носіння тісного взуття, видаленні вклиненої ділянки нігтьової пластинки і навчанні пацієнта правильному догляду за своїми нігтями, включаючи обрізання нігтя із створенням квадратної його форми. Лікування у більш запущених випадках включає часткове або повне видалення нігтя. Антибіотикотерапія в типових випадках не потрібна, крім ситуацій, коли пацієнт є діабетиком, має скомпрометовану імунну систему або в наявності суттєві ознаки целюліту.



Спадковий оніхоартроз – це автономно-домінантний стан, який характеризується дисплазією нігтів (показано на зображенні), аплазією-гіпоплазією наколінника, артродисплазією ліктів і наявністю рогів на клубовій кістці. Нігті можуть бути відсутні, гіпопластичні або дистрофічні з гребенями, ямками і/або трикутними лунками. У типових випадках аномалії симетричні і найбільше уражені великі пальці на руках, і важкість ураження прогресивно зменшується у напрямку до маленького пальця. Аномалії вже є очевидними при народженні. Пацієнти також можуть страждати від протеїнурії, глаукоми, розладу із дефіцитом уваги/гіперактивністю, рецидивуючих підвивихів і синдрому подразненої кишки. Лікування націлене на зменшення болю, фізикальну терапію і контроль ниркової недостатності. Щодо аномалії нігтів специфічної терапії немає.



Псоріатичне ураження нігтів – це деформація нігтьового комплексу, етіологія якого не є чітко визначеною. У типових випадках воно виникає в пацієнтів із клінічно очевидним псоріазом і рідко є єдиною шкірною знахідкою. Клінічні прояви є дуже мінливими і залежать від тої ділянки нігтьового комплексу, яка уражена. Знахідки можуть включати наявність ямок, ліній Бея (Beau) (поперечні лінії в нігті, викликані інтермітуючими зупинками його росту), піднігтьового гіперкератозу, оніхолізису, кришення нігтьової пластинки, крововиливів у вигляді скалок і точкових лунок. Діагноз виставляють на підставі клінічних знахідок або біопсії нігтя. Лікування фокусується на функціональних і психологічних аспектах захворювання, оскільки ефективного лікування немає. Варіанти лікування включають кортикостероїди, псорален плюс ультрафіолетове світло і хіміотерапевтичні середники.