

7. Rowlands C.G., Danby F.W. Histopathology of psoriasis treated with zinc pyrithione. *Am. J. Dermatopathol.* 2000, v. 22 (3), p. 272–276.
8. Dinning A.J., AL: Adham I.S.I., Eastwood I.M. et al. Pyrithione biocides as inhibitors of bacterial ATP synthesis. *Journal of Applied Microbiology*, 1998, v. 85, p. 141–146.
9. Rogers J.S., Moore A.E., Meldrum H., Harding C.R. Increased scalp skin lipids in response to antifungal treatment containing zinc pyrithione. *Arch. Dermatol. Res.*, 2003, v. 295, p. 127–129.
10. Лати О.В., Белоусова И.Э., Самцов А.В. Иммуногистологические особенности применения препарата скин-кап в сравнении с наружными стероидами у больных atopическим дерматитом. *Вестник дерматологии и венерологии.* – 2005. – № 1. – С. 46–50.
10. Latiy O.V., Belousova I.E., Samtsov A.V. Immunohistological features of the use of the drug Skin-Cap in comparison with external steroids in patients with atopic dermatitis. *Bulletin of dermatology and venereology.* – 2005. – № 1. – P. 46–50. (In Russ.).
11. Фассахов Р.С., Пампура А.Н., Коростовцев Д.С. и соавт. Скин-кап в терапии atopического дерматита у детей (по результатам Российского многоцентрового исследования КАДЕТ). *Рос. Аллергол. Журн.* – 2007. – № 2. – С. 75–81.
11. Fassakhov R.S., Pampura A.N., Korostovtsev D.S. et al. Skin-Cap in the therapy of atopic dermatitis in children (according to the results of the Russian multicenter study KADET). *Rus. Allergol. Zhurn.* – 2007. – № 2. – P. 75–81. (In Russ.).
12. Петровский Ф.И., Коростовцев Д.С. Активированный цинка пиритион при atopическом дерматите у детей: механизм действия, клиническая эффективность. *Педиатрическая фармакология.* 2009;6(2):67–71.
12. Petrovsky F.I., Korostovtsev D.S. Activated zinc pyrithione in atopic dermatitis in children: mechanism of action, clinical efficacy. *Pediatric pharmacology.* 2009;6(2):67–71. (In Russ.).
13. Костинский Г.Б., Кубанов А.А., Петровский Ф.И. Лечение легкого и средне-тяжелого папулезно-бляшечного псориаза активированным пиритионом цинка («Скин-кап») и качество жизни пациентов. *Український журнал дерматології, венерології, косметології.* 2012; 46.
13. Kostinsky GB, Kubanov AA, Petrovsky FI Treatment of mild to moderate papular plaque psoriasis with activated zinc pyrithione (Skin-cap) and patients' quality of life. *Ukrainian journal of dermatology, venereology, cosmetology.* 2012; 46. (In Russ.).
14. Знаменская Л.Ф., Горячева Т.А., Яковлева С.В., Кунгуров Н.В., Кохан М.М., Кениксфест Ю.В. Применение препарата Скин-кап (активированный пиритион цинка) в терапии хронических дерматозов. *Медицинская технология. Российский алергологический журнал.* 2010. № 1. С. 66–70.
14. Znamenskaya L.F., Goryacheva T.A., Yakovleva S.V., Kungurov N.V., Kokhan M.M., Keniksfest Yu.V. Use of the drug Skin-cap (activated zinc pyrithione) in the treatment of chronic dermatoses. *Medical technology. Russian allergological journal.* 2010. No. 1. P. 66–70. (In Russ.).
15. Sadeghian G., Ziaei H., Nilforoushzadeh M.A. Treatment of localized psoriasis with a topical formulation of zinc pyrithione. *Acta Dermatovenereol Alp Pannonica Adriat.* 2011; 20 (4): 187–190.
16. Знаменская Л.Ф., Кунгуров Н.В. Применение препарата Скин-кап (активированный пиритион цинка) в терапии хронических дерматозов. *Медицинская технология.* № ФС-2009/414 от 28 декабря 2009 г. *Медицинские технологии.* – 2010. – № 1. – С. 48–54.
16. Znamenskaya LF, Goryacheva TA, Yakovleva SV, Kungurov NV, Kokhan MM, Keniksfest YuV Use of Skin-cap (activated zinc pyrithione) in the treatment of chronic dermatoses. *Medical technology. Russian allergological journal.* 2010. No. 1. P. 66–70. (In Russ.).
17. Круглова Л.С., Ермилова М.А., Шабалин Р.А. Активированный пиритион цинка – возможность длительного контроля над псориазом. *Клиническая дерматология и венерология.* – 2012. № 10(1). С. 6771.
17. Kruglova L.S., Ermiлова M.A., Shablyi R.A. Activated zinc pyrithione – the possibility of long-term control over psoriasis. *Clinical dermatology and venereology.* – 2012. No. 10 (1). P. 67–71. (In Russ.).
18. Nestle FO, Kaplan DH, Barker J. Psoriasis. *N Engl J Med* 2009;361:496–509.
19. Levin AA, Gottlieb AB, Au SC. A comparison of psoriasis drug failure rates and reasons for discontinuation in biologics vs conventional systemic therapies. *J Drugs Dermatol.* 2014 Jul;13(7):848–53.

Статья поступила / Received
Получена после рецензирования / Revised
Принята в печать / Accepted

Сведения об авторах

Круглова Лариса Сергеевна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии, проректор по учебной работе¹. E-mail: kruglovals@mail.ru. ORCID: 0000-0002-5044-5265

Грязева Наталья Владимировна, к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии¹. E-mail: tynrik@yandex.ru. ORCID: 0000-0003-3437-5233

Успенская Полина Анатольевна, к.м.н., главный специалист по дерматовенерологии и косметологии². E-mail: ptashuk.polya@yandex.ru. ORCID: 0009-0000-5266-5758

¹ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
²Сеть «РЖД-Медицина», Россия

Автор для переписки: Грязева Наталья Владимировна. E-mail: tynrik@yandex.ru

About authors

Kruglova Larisa S., DM Sci (habil.), professor, head of Dept of Dermatovenereology and Cosmetology, vice-rector for Academic Affairs¹. E-mail: kruglovals@mail.ru. ORCID: 0000-0002-5044-5265

Gryazeva Natalya V., PhD Med, associate professor at Dept of Dermatovenereology and Cosmetology¹. E-mail: tynrik@yandex.ru. ORCID: 0000-0003-3437-5233

Uspenskaya Polina A., PhD Med, chief specialist in Dermatovenereology and Cosmetology². E-mail: ptashuk.polya@yandex.ru. ORCID: 0009-0000-5266-5758

¹Central State Medical Academy of the Administrative Department of the President of Russia, Moscow, Russia
²RZhD-Medicine Network, Russia

Corresponding author: Gryazeva Natalya V. E-mail: tynrik@yandex.ru

Для цитирования: Круглова Л.С., Грязева Н.В., Успенская П.А. Вопросы топической терапии псориаза: алгоритмы применения активированного пиритиона цинка. *Медицинский алфавит.* 2024; (25): 59–64. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-25-59-64>

For citation: Kruglova L.S., Gryazeva N.V., Uspenskaya P.A. Topical therapy for psoriasis: algorithms for the use of activated zinc pyrithione. *Medical alphabet.* 2024; (25): 59–64. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-25-59-64>



DOI: 10.33667/2078-5631-2024-25-64-68

Продольная эритрони́хия: единичные или множественные линейные красные полосы на ногтевой пластине: обзор клинических признаков и сопутствующих заболеваний

М. В. Щёткина,

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровск

РЕЗЮМЕ

Продольная эритронихия представляет собой красную полосу на ногтевой пластинке, которая начинается от проксимального ногтевого валика, проходит через лунку и распространяющаяся до свободного края пластинки. Эритронихия классифицируется по количеству пораженных ногтей и красных полос: тип Ia (монодактильный – одна полоса), Ib (монодактильный – раздвоенные), IIa (полидактильный – одна полоса) и IIb (полидактильный – множественные). Морфологические признаки на кончике ногтя могут включать ломкость, онихолизис. Эритронихия может быть следствием различных заболеваний, включая опухоли и другие состояния. Диагностика включает биопсию ногтевого матрикса и ложа, особенно у пациентов старше 50 лет, для исключения онкологического процесса. Лечение зависит от причины,

и включает хирургическое иссечение при дискомфорте или сильном расщеплении ногтей. Продольная эритронихия, являющаяся одним из важных клинических признаков различных заболеваний ногтевой пластинки, привлекает все большее внимание врачей-дерматологов и специалистов других медицинских областей. Она характеризуется появлением красных полос на ногтях, которые могут быть связаны с различными патологическими процессами, такими как опухоли, системные заболевания, травмы и другие состояния. В последние годы наблюдается увеличение числа клинических случаев этого явления, что подчеркивает актуальность изучения этиологических факторов, поиска оптимальных методов диагностики и лечения. Несмотря на значительный интерес к продольной эритронихии, многие аспекты этого явления до сих пор остаются малоизученными. В данном обзоре приводится анализ клинических исследований, посвященных продольной эритронихии, с целью выявления основных характеристик этого явления, факторов риска его развития, а также возможные подходы к диагностике и лечению. Настоящий обзор базируется на современных литературных данных.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: продольная эритронихия, ногтевая пластинка, онихопатология, диагностика ногтей, опухоли ногтя, биопсия ногтевого матрикса, дерматология, онкодерматология.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Longitudinal erythronychia: single or multiple linear red bands on the nail plate: a review of clinical features and associated conditions

M. V. Shchetkina

Institute for Advanced Training of Healthcare Specialists, Khabarovsk, Russia

SUMMARY

Longitudinal erythronychia presents as a red stripe running along the nail plate, originating from the base of the nail and stretching to its tip. It can vary in appearance and is categorized into different types based on the number and pattern of red stripes: type Ia (single stripe), Ib (split single stripe), IIa (single stripe affecting multiple nails), and IIb (multiple stripes affecting multiple nails). Additional symptoms may include nail brittleness and separation from the nail bed (onycholysis). Erythronychia can stem from various underlying conditions, including tumors, and diagnosis often involves a nail biopsy, especially in older patients, to rule out cancer. Treatment depends on the cause and may involve surgical removal if the condition causes discomfort or severe nail damage. Longitudinal erythronychia is gaining attention among dermatologists and other medical professionals due to its significance in diagnosing nail plate disorders. The appearance of red stripes on the nails can indicate a range of issues, from tumors to systemic diseases and injuries. Recent years have seen an uptick in reported cases, underscoring the need for research into its causes, diagnosis, and treatment. Despite increasing interest, many aspects of longitudinal erythronychia remain unclear. This review aims to examine existing clinical studies to better understand its defining features, risk factors, and diagnostic and therapeutic strategies. The review will draw from contemporary literature to provide up-to-date insights into this phenomenon.

KEYWORDS: longitudinal erythronychia, nail plate, onychopathology, nail diagnostics, nail tumors, nail matrix biopsy, dermatology, oncodermatology.

CONFLICT OF INTEREST. The author declares no conflict of interest.

Эритронихия – это термин, описывающий появление изменений красного цвета на ногтях. Продольная эритронихия проявляется линейной красной полосой на ногтевой пластинке. Она начинается в ногтевом матриксе, проходит через лунку и продолжается до дистального кончика ногтя, где отделяется от ногтевого ложа [1, 2, 3, 7, 8].

Эритронихия классифицируется (табл. 1) по количеству пораженных ногтей и количеству красных полос. Она может быть монодактильной, с одной или двумя полосами на одном пальце, или полидактильной, с одной или несколькими полосами на нескольких пальцах [1, 2, 4, 5, 6–10].

Тип продольной эритронихии чаще всего связан с определенными сопутствующими состояниями (табл. 2). Например, множественные линейные красные полосы, встречающиеся на нескольких ногтях, не характерны для продольной эритронихии, ассоциированной с подногтевыми злокачественными опухолями, но часто отмечаются у лиц с папуло-сквамозными или акантолитическими дерматозами. Кроме того, одна продольная красная полоса, затрагивающая только один палец, чаще всего связана с доброкачественным подногтевым новообразованием, таким как гломусная опухоль или онихопапиллома [1, 7, 9].

Таблица 1
Классификация эритронихий

Расположение красного цвета	Комментарии
Ногтевая пластинка	Красный цвет обычно вызван экзогенными агентами, такими как эозин, фуксин, гидрохинон (в отбеливающих кремах) и продуктами пигментации эмали ногтей.
Лунка	Лунка может быть красного цвета, также может присутствовать узкая белая полоска в дистальной части лунки. Чаще всего это наблюдается на ногтях больших пальцев. У таких пациентов также наблюдаются заболевания со стороны других органов и систем.
Ногтевое ложе	Красный цвет может быть вторичным на фоне приема химиотерапевтических препаратов, либо связан с сосудистыми опухолями.
Продольная полоса, охватывающая как лунку, так и ногтевое ложе.	Красный цвет проявляется в виде линейной полосы (продольная эритронихия), которая проходит от проксимального ногтевого валика к дистальному кончику ногтевой пластинки. Он может быть связан с акантолитическими дискератозами, дерматологическими заболеваниями, системными заболеваниями, локальными доброкачественными опухолями и местными злокачественными новообразованиями.
Поперечная полоса, затрагивающая ногтевое ложе	Красный цвет представляет собой горизонтальную полосу (поперечная эритронихия), которая проходит через ногтевое ложе между боковыми ногтевыми складками и затрагивает центральную область всех ногтевых пластин. Частонаблюдается на всех ногтях 40-летних мужчин с множественной системной атрофией в анамнезе – «первичного дегенеративного заболевания центральной нервной системы, которое в различных сочетаниях поражает экстрапиримидные, пирамидные, мозжечковые, и вегетативные системы» [6].

Боль

В одном исследовании с участием 16 пациентов боль не исследовалась как один из симптомов [7]. Однако в другом исследовании, среди лиц с монодактильной продольной эритронихией, 50% пациентов обратились за медицинской помощью из-за боли в дистальном отделе пальца [9]. У некоторых из пациентов боль была связана либо с дистальным подногтевым кератозом, на фоне эритронихии [9,11], либо с расколом ногтя в дистальной части [9].

В третьем исследовании сообщалось о связи боли со следующими доброкачественными или злокачественными новообразованиями: гломусной опухолью или плоскоклеточным раком *insitu* [9]. Боль также была основным симптомом у 40% из пяти пациентов с идиопатической полидактильной продольной эритронихией пальцев [10]. Хотя у некоторых пациентов с продольной эритронихией отмечается дискомфорт в пораженном дистальном отделе пальца, обычно продольная эритронихия протекает бессимптомно.

Таблица 2
Классификация продольных эритронихий [1,7–10]

Тип	Классификация	Количество пораженных ногтей	Количество красных полос на ногте
Ia	Монодактильная, однополосная	1	1
Ib	Монодактильная, раздвоенные полосы	1	2
IIa	Полидактильная, однополосная	>1	1
IIb	Полидактильная, – несколько полос.	>1	>1

Источник: Cohen PR. Longitudinal erythronychia: individual or multiple linear red bands of the nail plate: a review of clinical features and associated conditions. *Am J Clin Dermatol*. 2011 Aug 1;12(4):217–31. doi: 10.2165/11586910-000000000-00000. PMID: 21668031.



Рисунок 1. 70-летний мужчина с идиопатической полидактильной продольной эритронихией ногтей

Примечание: фронтальный (а) и боковой (б) виды продольной эритронихии, появившейся на ногте указательного пальца правой руки в виде бессимптомной одиночной красной полосы шириной 4 мм, которая простирается от проксимального ногтевого валика до дистального свободного конца ногтя.

Таблица 3
Клинические особенности продольной эритронихии

Сломанный ноготь (по свободному краю) [1,8,10]
Онихолизис [1,7–9,12]
Осколочное кровотечение
Дистальная [1,2,7–9]
Проксимальная [7,8,10]
Расщепленный ноготь [1,8–10]
Подногтевой кератоз [1,2,7–9,11]
Тонкий ноготь [9]
V-образный дистальный насечек [2,8,9]

Продольная эритронихия проявляется в виде линейной полосы от розового до красного цвета, шириной от 1 мм до 3 мм [2], нонаблюдаются и более широкие полосы (рис. 1а).

По данным двух крупных исследований, продольная эритронихия, локализованная на одном ногте, наблюдалась у 12 мужчин и 12 женщин в возрасте от 18 до 75 лет [7, 9]. Почти у всех (96%) лиц с однопалой продольной эритронихией наблюдались одна или две красные полосы на ногте большого пальца руки (19 пациентов), ногте указательного пальца (3 пациента) или ногте третьего пальца (1 пациент). Только у одного человека была продольная эритронихия на большом пальце стопы; [7, 9] однако продольная эритронихия на ногте стопы может быть недооценена из-за толщины ногтевой пластинки. Кроме красной полосы, существует несколько сопутствующих клинических признаков, которые также могут сопровождать ее (табл. 3). [1, 2, 7–12] Наиболее часто встречается небольшой подногтевой кератоз на дистальном крае полосы. Кроме того, на дистальном конце красной полосы может наблюдаться расщепление, V-образный надрез или перелом ногтевой пластинки.

Бессимптомная монодактильная продольная эритронихия может быть случайной находкой, вызванной или идиопатическим фактором, или, чаще, связанной с доброкачественной опухолью, например, онихопапилломой.

Jellinek в своем исследовании [8] предлагает обсудить с такими пациентами возможные состояния, связанные с бессимптомной монодактильной продольной эритронихией, и предложить выбор: тщательное наблюдение или биопсию при эритронихии без установленной этиологии.

Биопсия

У большинства пациентов биопсия, проведенная для гистологического исследования, фиксируется продольным веретенообразным забором матрикса и ногтевого ложа (от лулулы до основания гипонихия), охватывая область продольной эритронихии. При наличии сопутствующего подногтевого злокачественного новообразования может потребоваться дополнительное хирургическое вмешательство [1, 7–9, 10].

Пункционная биопсия (до 3 мм) может быть использована для получения диагностических образцов у некоторых пациентов с продольной эритронихией, поскольку дефект, оставленный после такой процедуры, обычно не требует шитья.

При подозрении на продольную гломусную опухоль, связанную с эритронихией, может быть использован трансунгвальный доступ (разделение ногтевого эпителия после частичного или полного отрыва ногтевой пластины) или субэпителиальный доступ [9].

Отмечаются различные сопутствующие заболевания, связанные с эритронихией (табл. 4). [1, 2, 4, 7–41] Воспалительные дерматозы, такие как болезнь Дарье и плоский лишай, характеризуются множественными красными полосами на нескольких ногтях. Напротив, единственная красная полоса на одном ногте обычно связана с доброкачественной опухолью; реже возникает сопутствующее подногтевое злокачественное новообразование.

Монодактильная или локализованная продольная эритронихия обычно проявляется в виде одной красной полосы на одном ногте и часто встречается в сочетании

Таблица 4

Состояния, связанные с продольной эритронихией

Монодактильная продольная эритронихия
Доброкачественные опухоли
Гломусная опухоль [1,7–9,13,14]
Онихопапиллома [7–9,14,15]
Бородавчатая дискератома (подногтевая) [1,7,14,16,17]
Злокачественные новообразования
Злокачественные новообразования
Плоскоклеточный рак [7,9,18–20]
Другие состояния
Идиопатическая эритронихия [9,11]
Начальная стадия системных состояний, связанных с полидактильной продольной эритронихией [9]
Послеоперационный рубец [9,13]
Полидактильная продольная эритронихия
Акантолитический дискератотический эпидермальный невус [1,23–25]
Акантолитический буллезный эпидермолит [1,26]
Верруциформный акрокератоз Хопфа [1,4,27–30]
Амилоидоз [1,7,8,31–36]
Болезнь Дарье (фолликулярный кератоз) [1,2,5,7–9]
Болезнь «трансплантат против хозяина» [8,31,37–39]
Идиопатическая полидактильная продольная эритронихия пальцев [1,10]
Плоский лишай [1,2,7–9,40]
Псевдобульбарный синдром [41]

с онихопапилломой. У пациентов с монодактильной продольной эритронихией также наблюдались другие доброкачественные новообразования, такие как гломусные опухоли. Реже под пораженным ногтем обнаруживают плоскоклеточный рак *insitu* или злокачественную меланому. Монодактильная продольная эритронихия также была связана с другими дерматологическими, системными или послеоперационными состояниями.

Редко наблюдается однопалая продольная эритронихия в виде раздвоенных или парных красных полос на одном ногте. У 75-летнего мужчины с продольной эритронихией, связанной с онихопапилломой, в течение 2 лет наблюдались две красные линейные полосы, каждая шириной 1,5 мм, простирающиеся от матрикса до свободного края большого пальца; «на свободном крае под ногтем периодически обнаруживался небольшой кератоз», а дистальные 20% обеих продольных полос содержали осколочные кровоизлияния [9].

Гломусные опухоли и онихопапилломы являются наиболее распространенными доброкачественными новообразованиями, связанными с монодактильной продольной эритронихией. Другие локализованные продольные доброкачественные поражения, о которых сообщалось в связи с эритронихией, включают акантолитический дискератотический эпидермальный невус и подногтевую бородавчатую дискератому [42, 43].

Гломусная опухоль – доброкачественное новообразование, происходящее из нейромиеоартериального гломусного тела. Гломусные тельца регулируют кожное кровообращение и присутствуют по всему телу; однако они сконцентрированы на кончиках пальцев и особенно под ногтями. Следовательно, подногтевое расположение является наиболее распространенной локализацией гломусных опухолей [42–44].

Онихопапиллома. Онихопапиллома (ногтевого ложа), папиллома, образующая ноготь, является наиболее распространенной причиной локализованной монодактильной продольной эритронихии [7, 9, 14]. Клинически онихопапиллома характеризуется продольной эритронихией (обычно проявляется в виде одиночной линейной красной полосы, поражающей только один ноготь) с сопутствующим дистальным подногтевым кератозом [7, 9, 11]. Редко на одном ногте наблюдаются раздвоенные или парные красные полосы. Наблюдается у пациентов с монодактильной продольной эритронихией, ассоциированной с онихопапилломой [8, 9].

Монодактильная продольная эритронихия часто является клиническим проявлением злокачественной меланомы, плоскоклеточной карциномы [45–48]

Одиночная красная полоса на ногте может быть признаком воспалительного дерматоза, прежде чем появятся дополнительные красные полосы на других ногтях. Гемиплегия также может проявляться линейной красной полосой на большом пальце парализованной верхней конечности. Одной из распространенных причин является послеоперационный шрам.

Полидактильная продольная эритронихия обычно проявляется в виде множественных красных полос на нескольких ногтях. Реже полидактильная продольная эритронихия может наблюдаться либо при аутосомно-доминантном буллезном, либо при гиперкератотическом генодерматозе.

Красный плоский лишай – папуло-сквамозное заболевание неизвестной этиологии. Дистрофия ногтей может возникнуть у 10% пациентов, стойкая дистрофия – у 4% людей. Местом поражения ногтя может быть проксимальный ногтевой валик, ногтевой матрикс или ногтевое ложе. Общие проявления включают истончение, продольные бороздки и трещины ногтевой пластины; рубцевание матрицы ногтя приводит к птеригии [8, 40]. Псевдобульбарный синдром. Лечение продольной эритронихии зависит от этиологии.

- **Онихопапиллома.** Биопсия для установления диагноза и иссечение опухоли могут одновременно устранить и продольную эритронихию, и опухоль (эффективность составляет 85%) [49].
- **Гломусная опухоль.** Полное удаление подногтевой гломусной опухоли может не только определить причину продольной эритронихии, но и привести к разрешению симптомов, связанных с опухолью [50].

Плоскоклеточный рак *insitu*. Местное иссечение: обычно достаточное для полного удаления рака (эффективность составляет 95%). Техника Мооса: обеспечивает микроскопический контроль краев резекции (эффективность составляет 97%). **Плоскоклеточный рак:** более обширные поражения, может потребоваться более обширное иссечение, иногда с ампутацией пальца (эффективность зависит от стадии). **Злокачественная меланома *insitu*** иссечение всего ногтевого аппарата (эффективность составляет 98%). **Системные заболевания** – терапия основного заболевания.

Новые методы лечения включают следующее.

- **Лазерная терапия.** Может быть эффективна при лечении онихопапиллом и некоторых случаях плоскоклеточного рака *insitu* (исследования ограничены).
- **Фотодинамическая терапия.** Используется для лечения некоторых случаев плоскоклеточного рака *insitu* (исследования ограничены).

Выводы

В результате обзора литературы, представленных в статье, можно сделать следующие выводы. Продольная эритронихия является важным клиническим признаком, обусловленным различными факторами, такими как доброкачественные и злокачественные опухоли, системные заболевания и другие состояния. Статистические данные подтверждают, что большинство случаев продольной эритронихии наблюдается у пациентов с монодактильной формой, особенно на больших пальцах рук.

Учитывая это, важно уделить внимание сопутствующим симптомам, таким как боль в дистальной части пальца, которая может быть связана с различными доброкачественными и злокачественными процессами. Классификация эритронихии по количеству пораженных ногтей и числу красных полос помогает лучше понять характер и возможную этиологию данного явления. Таким образом, раннее выявление и диагностика продольной эритронихии имеют важное значение для определения соответствующего лечения и прогноза заболевания.

Список литературы / References

1. Drozhzhina M., Bobro V., Derpaluk E. Darier's follicular dyskeratosis. Experience of successful therapy // *Vestnik dermatologii i venerologii*. – 2024. – V. 100.
2. Шахнович А. А., Круглова А. С., Стрелкович Т. И. Современные представления об ониходистрофиях: этиология, патогенез, клиника и лечение // *Вестник эстетической медицины*. – 2013. – Т. 12. – №. 4. – С. 77–83.
Shakhnovich A. A., Kruglova A. S., Strelkovich T. I. Modern concepts of onychodystrophies: etiology, pathogenesis, clinical picture and treatment // *Vestnik esteticheskoy meditsiny*. – 2013. – V. 12. – №. 4. – P. 77–83. (In Russ.).
3. Cohen P. R. Red lunula: case report and literature review // *Journal of the American Academy of Dermatology*. – 1992. – V. 26. – P. 292–4.
4. Baran R., Dawber R. P. R., Richert B. Physical signs // *Baran and Dawber's diseases of the nails and their management*. – 3rd ed. – Osney Mead: Blackwell Science, 2001. – P. 48–103.
5. Cohen P. R. The lunula // *Journal of the American Academy of Dermatology*. – 1996. – V. 34. – P. 943–53.
6. Siragusa M. et al. Peculiar dyschromic changes of finger nails in a patient with multiple system atrophy // *International Journal of Dermatology*. – 1998. – V. 37. – P. 156–60.
7. Baran R., Perrin C. Longitudinal erythronychia with distal subungual keratosis: onychopapilloma of the nail bed and Bowen's disease // *British Journal of Dermatology*. – 2000. – V. 143. – P. 132–5.
8. Jellinek N. J. Longitudinal erythronychia: suggestions for evaluation and management // *Journal of the American Academy of Dermatology*. – 2011. – V. 64. – P. 167–74.
9. de Berker D. A., Perrin C., Baran R. Localized longitudinal erythronychia: diagnostic significance and physical explanation // *Archives of Dermatology*. – 2004. – V. 140. – P. 1253–7.
10. Baran R. et al. Idiopathic polydactylous longitudinal erythronychia: a newly described entity // *British Journal of Dermatology*. – 2006. – V. 155. – P. 219–21.
11. Gee B. C., Milard P. R., Dawber R. P. R. Onychopapilloma is not a distinct clinicopathological entity // *British Journal of Dermatology*. – 2002. – V. 146. – P. 156.
12. Harwood M. et al. Melanoma and squamous cell carcinoma on different nails of the same hand // *Journal of the American Academy of Dermatology*. – 2008. – V. 58. – P. 323–6.
13. Abimelec P., Dumontier C. Basic and advanced nail surgery: part 2. Indications and complications // *Nails: diagnosis, therapy, surgery*. – 3rd ed. – Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005. – P. 291–308.
14. Baran R. et al. Tumours of the nail apparatus and adjacent tissues // *Baran and Dawber's diseases of the nails and their management*. – 3rd ed. – Osney Mead: Blackwell Science, 2001. – P. 515–630.
15. Baran R., Perrin C. Localized multinucleate distal subungual keratosis // *British Journal of Dermatology*. – 1995. – V. 133. – P. 77–82.
16. Higashi N. Focal acantholytic dyskeratosis // *Hifu*. – 1990. – V. 32. – P. 507–10.
17. Baran R., Perrin C. Focal subungual warty dyskeratoma // *Dermatology*. – 1997. – V. 195. – P. 278–80.
18. Cogrel O., Beylot-Barry M., Doutre M. S. Subungual squamous cell carcinoma revealed by longitudinal erythronychia // *Annales de Dermatologie et de Venerologie*. – 2008. – V. 135. – P. 883–5.
19. Reuter G. et al. Maladie de Bowen unguele a type d'erythronychie longitudinale: aspect dermoscopique et etude virologique // *Annales de Dermatologie et de Venerologie*. – 2005. – V. 132. – P. 569.
20. Dalle S. et al. Squamous cell carcinoma of the nail apparatus: clinicopathological study of 35 cases // *British Journal of Dermatology*. – 2007. – V. 156. – P. 871–4.
21. Siragusa M. et al. Skin pathology findings in a cohort of 1500 adult and elderly subjects // *International Journal of Dermatology*. – 1999. – V. 38. – P. 361–6.
22. Siragusa M. et al. Nail pathology in patients with hemiplegia // *British Journal of Dermatology*. – 2001. – V. 144. – P. 557–60.
23. Munro C. S., Cox N. H. An acantholytic dyskeratotic epidermal naevus with other features of Darier's disease on the same side of the body // *British Journal of Dermatology*. – 1992. – V. 127. – P. 168–71.
24. Cambiaghi S. et al. Acantholytic dyskeratotic epidermal nevus as a mosaic form of Darier's disease // *Journal of the American Academy of Dermatology*. – 1995. – V. 32. – P. 284–6.
25. Venencie P. Y., Dallet A. Acantholytic dyskeratotic epidermal nevus: a mosaic form of Darier's disease? // *Annales de Dermatologie et de Venerologie*. – 1999. – V. 126. – P. 829–30.
26. Hoffman M. D., Fleming M. G., Pearson R. W. Acantholytic epidermolysis bullosa // *Archives of Dermatology*. – 1995. – V. 131. – P. 586–9.
27. Dhitavat J. et al. Acrokeratosis verruciformis of Hopf is caused by mutation in ATP2A2: evidence that it is allelic to Darier's disease // *Journal of Investigative Dermatology*. – 2003. – V. 120. – P. 229–32.
28. Juhlin L., Baran R. Hereditary and congenital nail disorders // *Baran and Dawber's diseases of the nails and their management*. – 3rd ed. – Osney Mead: Blackwell Science, 2001. – P. 370–424.
29. Berk D. R. et al. A sporadic patient with Acrokeratosis verruciformis of Hopf and a novel ATP2A2 mutation // *British Journal of Dermatology*. – 2010. – V. 163. – №. 3. – P. 653–4.
30. Rallis E. et al. Acrokeratosis verruciformis of Hopf (Hopf disease): case report and review of the literature // *Dermatology Online Journal*. – 2005. – V. 11. – №. 2. – P. 10.
31. Tosti A., Baran R., Dawber R. P. R. The nail in systemic diseases and drug-induced changes // *Baran and Dawber's diseases of the nails and their management*. – 3rd ed. – Osney Mead: Blackwell Science, 2001. – P. 223–329.
32. Mancuso G., Fanti P. A., Berdondine R. M. Nail changes as the only skin abnormality in myeloma-associated systemic amyloidosis // *British Journal of Dermatology*. – 1997. – V. 137. – P. 471–2.
33. Cholez C. et al. Nail abnormalities and scleroderma-like lesions on the face associated with systemic amyloidosis // *Annales de Dermatologie et de Venerologie*. – 2005. – V. 132. – P. 252–4.
34. Derrick E. K., Price M. L. Primary systemic amyloid with nail dystrophy // *Journal of the Royal Society of Medicine*. – 1995. – V. 88. – P. 290P–1P.
35. Prat C. et al. Nail dystrophy in primary systemic amyloidosis // *Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology*. – 2008. – V. 22. – P. 107–9.
36. Desirre G. et al. Primary amyloidosis // *Giornale Italiano di Dermatologia e Venerologia*. – 1988. – V. 123. – P. 99–101.
37. Sanli H. et al. Evaluation of nail involvement in patients with chronic cutaneous graft versus host disease: a single-center study from Turkey // *International Journal of Dermatology*. – 2004. – V. 43. – P. 176–80.
38. Palencia S. I. et al. Lichenoid nail changes as sole external manifestation of graft vs. host disease // *International Journal of Dermatology*. – 2002. – V. 41. – P. 44–5.
39. Liddle B. J., Cowan M. A. Lichen planus-like eruption and nail changes in a patient with graft-versus-host disease // *British Journal of Dermatology*. – 1990. – V. 122. – P. 841–3.
40. de Berker D. A. R., Baran R., Dawber R. P. R. The nail in dermatological diseases // *Baran and Dawber's diseases of the nails and their management*. – 3rd ed. – Osney Mead: Blackwell Science, 2001. – P. 172–222.
41. Siragusa M. et al. Longitudinal red streaks on the big toenails in a patient with pseudobulbar syndrome // *Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology*. – 2001. – V. 15. – P. 85–6.
42. Van Geertruyden J. et al. Glomus tumours of the hand: a retrospective study of 51 cases // *Journal of Hand Surgery (British and European Volume)*. – 1998. – V. 21. – P. 257–60.
43. Moon S. E. et al. Subungual glomus tumor: clinical manifestations and outcome of surgical treatment // *Journal of Dermatology*. – 2004. – V. 31. – P. 993–7.
44. Lee L. J. et al. Subungual glomus tumours of the hand: diagnosis and outcome of the transungual approach // *Journal of Hand Surgery (European Volume)*. – 2009. – V. 34E. – P. 685–8.
45. Meesri S. Subungual squamous cell carcinoma masquerading as chronic common infection // *Journal of the Medical Association of Thailand*. – 2010. – V. 93. – P. 248–51.
46. Robinette J. W., Day F. 3rd, Hahn P. Jr. Subungual squamous cell carcinoma mistaken for a verruca // *Journal of the American Podiatric Medical Association*. – 1999. – V. 89. – P. 435–7.
47. Oon H. H., Kumarasinghe S. P. W. Subungual squamous cell carcinoma masquerading as a melanotic macule // *Singapore Medical Journal*. – 2008. – V. 49. – P. e76–7.
48. Saijo S., Kato T., Tagami H. Pigmented nail streak associated with Bowen's disease of the nail matrix // *Dermatologica*. – 1990. – V. 181. – P. 156–8.
49. Hashimoto H. et al. Onychopapilloma presenting as longitudinal melanonychia: A case report and literature review // *Australasian Journal of Dermatology*. – 2021. – V. 62. – №. 2. – P. 244–246.
50. Zheng Y. et al. Glomus tumor of the crissum: A case report and review of literature // *Indian Journal of Pathology and Microbiology*. – 2022. – V. 65. – №. 1. – P. 164–166.

Статья поступила / Received 21.10.2024

Получена после рецензирования / Revised 26.10.2024

Принята в печать / Accepted 28.10.2024

Сведения об авторе

Щёткина М. В., к.м.н., врач-дерматовенеролог, врач-косметолог, и.о. заведующего кафедрой. ORCID: 000-0002-7113-9195

ГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровск

Для переписки: Щёткина М. В. E-mail: ipkszc.cosm@mail.ru

Для цитирования: Щёткина М. В. Продольная эритронихия: единичные или множественные линейные красные полосы на ногтевой пластине: обзор клинических признаков и сопутствующих заболеваний. Медицинский алфавит. 2024; (25): 64–68. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-25-64-68>

About author

Shchetkina M. V., PhD Med, dermatovenerologist, cosmetologist, acting head of Dept. ORCID: 000-0002-7113-9195

Institute for Advanced Training of Healthcare Specialists, Khabarovsk, Russia

For correspondence: Shchetkina M. V. E-mail: ipkszc.cosm@mail.ru

For citation: Shchetkina M. V. Longitudinal erythronychia: single or multiple linear red bands on the nail plate: a review of clinical features and associated conditions. Medical alphabet. 2024; (25): 64–68. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-25-64-68>

