



# КОЙЛОНИХИЯ у пациента с гнездной алопецией

Koilonychia in a Patient with Alopecia Areata

NOUREDDINE LITAIEМ, MD; OLFA CHARFI, MD; TAKWA BACHA, MD; and FATEN ZEGLAOUИ, MD, PhD

All authors are with the Department of Dermatology at Charles Nicolle Hospital in Tunis, Tunisia.

J Clin Aesthet Dermatol. 2021;14(2):42–43.

## Введение

**Г**нездная алопеция (ГА) - аутоиммунное заболевание, поражающее волосяные фолликулы и приводящее к формированию нерубцовой потери волос. Изменения ногтей являются частым проявлением ГА со средней частотой встречаемости 30%. Как изменения ногтей, так и выпадение волос при ГА связаны с лимфоцитарным воспалением и считаются результатом потери иммунных привилегий как в волосяном фолликуле, так и в ногтевом аппарате.

Койлонихия, или «ложкообразные ногти», представляет собой дистрофию ногтей, при которой ногтевая пластина вдавлена по центру и вывернута с боков. Причины того, что ногти приобретают ложкообразный вид, различны, но койлонихия обычно связана с дефицитом железа и воспалительными дерматозами, такими как псориаз и красный плоский лишай.

В англоязычной литературе сообщения ассоциации койлонихии с ГА встречаются достаточно редко, и прогностическая роль данного состояния и ассоциации остается неизвестной.

В данной работе представлен клинический случай сочетания ГА и койлонихии у пациентки, 25 лет, с

полным ее регрессом на фоне приема пероральных глюкокортикостероидов. Также затрагивается вопрос патогенеза и прогностической ценности койлонихии.

## Ключевые слова:

гнездная алопеция, койлонихия, изменения ногтей

**Г**нездная алопеция (ГА) - это аутоиммунное заболевание, поражающее волосяные фолликулы, приводящее к нерубцовой потере волос. ГА поражает около 0.1 - 0.2% населения. Изменения ногтей - частое проявление ГА, встречающееся в среднем у 30% пациентов [1]. Ногтевые пластины при ГА могут быть поражены как до, так и после выпадения волос.

Наиболее часто встречающимися патологическими изменениями ногтевых пластин при ГА являются точечные углубления ногтевых пластин (симптом "наперстка") и трахионихия [1]. Также в литературе ни раз описывались изменения ногтей по типу линий БО и онихолизиса при ГА. Изменения ногтей у пациентов с ГА являются плохим клиническим прогностическим признаком течения заболевания [2].

Койлонихия, или «ложкообразные ногти», представляет собой тип дистрофии ногтей, при котором ногтевая

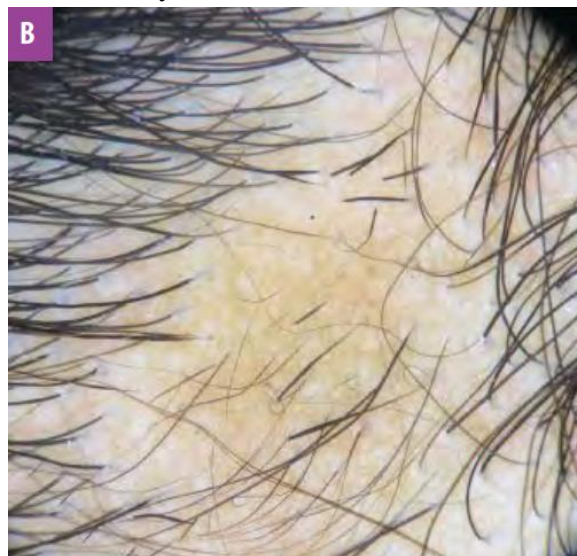
пластина вдавлена в центре и вывернута в стороны. Причины того, что ногти приобретают ложкообразную форму, различны, но обычно основными причинами развития койлонихии являются дефицит железа и наличие у пациента хронических воспалительных дерматозов, таких как псориаз и красный плоский лишай [3]. До настоящего времени койлонихия никогда не описывалась в ассоциации с ГА в англоязычной литературе [4,5].

## Представление клинического случая

**П**ациентка, 25 лет, обратилась с жалобами на выпадение волос в течение 4 месяцев с преимущественным поражением лобной области. Выпадение волос сопровождалось дистрофическими изменениями всех ногтевых пластин кистей и стоп. Семейный анамнез по таким заболеваниям, как гемохроматоз, гемоглобинопатии и просто патологические изменения ногтей спокоен. Пациентка не отмечала дефицита питания, факта злоупотребления алкоголем, болей в суставах или признаков гастроэзофагеального рефлюкса.



При клиническом обследовании у пациентки были выявлены множественные очаги поредения волос округлой формы с неизменной в пределах очагов кожей (Рис. 1А). выпадения волос на бровях, ресницах и остальных участках тела не отмечалось.



При дерматоскопическом исследовании очагов алопеции были выявлены желтые точки, черные точки и волоски в форме восклицательных знаков (рис. 1В). Все ногтевые пластины были поражены по типу койлонихии (Рисунки 1С и 1D).

Также отмечались выраженные продольные борозды (онихорексис), особенно хорошо визуализирующийся на ногтевых пластинах пальцев стоп (рис. 1D).



РИСУНОК 1. А) Множественные округлые очаги поредения волос на коже в/ч головы; кожа в очагах не изменена. В) Дерматоскопический осмотр с выявлением желтых точек, черных точек и волос в форме восклицательных знаков; С) Койлонихия; D) Койлонихия и продольные борозды

Основная жалоба пациентки состояла в неэстетичном виде ногтевых пластин. Боль и дискомфорт не отмечались. Данные прочих клинических показателей без особенностей. Атрофического глоссита и эритематосквамозных очагов поражений также не отмечалось.

Исследование крови исключили анемию. Уровни железа, ферритина и тиреотропного гормона в плазме крови были в пределах нормы.

На основании данных клинического осмотра и лабораторных исследований был установлен диагноз «Койлонихия, ассоциированная с фокальной ГА».

Пациентке было назначено как местное, так и системное лечение пероральными глюкокортикостероидами (преднизолон перорально в дозе 0.5 мг / кг / мес. в течение 3 месяцев).

После первого месяца терапии на коже в/ч головы появились новые волосы, одновременно с быстрым улучшением состояния ногтей (рис. 2).

Через три месяца наблюдения отмечалось полное отрастание волос и выраженная положительная динамика в отношении ногтевых пластин.

## Обсуждение

**Г**А является наиболее частой причиной формирования нерубцовой воспалительной потери волос. Заболевание может ограничиваться округлыми или овальными участками алопеции (ГА фокальная), поражать всю кожу в/ч головы (ГА тотальная) или даже все тело (ГА универсальная).

Изменения ногтей часто упускаются из виду при физикальном обследовании, несмотря на то что данные изменения связаны не только с косметическими дефектами, но и болевыми ощущениями, что может сильно мешать в повседневной жизни [2, 5].

Наиболее частыми изменениями ногтей, ассоциированными с ГА, являются точечные вдавления и трахионихия [2,5]. Другие описанные изменения включают онихорексис, линии Бо, онихолизис, точечная лейконихия и лунула с красными пятнами [2,4].

В случае описанной пациентки ногтевые пластины были изменены по типу койлонихии и онихорексиса. Причиной развития койлонихии может быть целый



РИСУНОК 2. Отмечается выраженное клиническое улучшение после 1 месяца терапии

ряд заболеваний, включающий дефицит железа, хронические дерматозы (красный плоский лишай, псориаз), микоз ногтей, анемия, синдром Пламмера-Винсона, заболевания соединительной ткани, нарушение функции щитовидной железы, недоедание и семейная история койлонихии [3].

В данном случае каждое из этих состояний было исключено. Койлонихия была связана с онихорексисом и почти полностью разрешилась одновременно с ГА. Таким образом, был поставлен диагноз «Койлонихия, ассоциированная с ГА».

Патогенез койлонихии изучен недостаточно и может быть связан с воспалением ногтей, приводящим к относительноому снижению пролиферативной активности дистальной части матрицы ногтя по отношению к проксимальной [3].

Изменения ногтей и выпадение волос при ГА связаны с лимфоцитарным воспалением и считаются результатом потери иммунных привилегий как в волосяном фолликуле, так и в ногтевом аппарате [6,7].

Возможно, что в данном случае койлонихия была следствием лимфоцитарного воспаления матрицы ногтя, что привело к наблюдаемой ложкообразной.

На сегодняшний день не существует стандартизированной на международном уровне схемы и режима терапии поражений ногтей, ассоциированных с ГА [3,4].

Местное, внутриочаговое и системное применение глюкокортикостероиды применяются с разной степенью эффективности [5]. Совсем недавно препараты на основе **Janus-киназ** показали обнадеживающие результаты в терапии изменений ногтей при ГА [8].

В представленном случае койлонихия была ассоциирована с фокальной формой ГА и почти полностью регрессировала при приеме пероральных глюкокортикостероидов.

В то время как трахионихия и красные пятна в зоне лулулы являются предикторами тяжелых форм ГА [2], койлонихия может рассматриваться как преходящий признак, не связанный с тяжелым течением заболевания

## Литература

1. **Kasumagic-Halilovic E, Prohic A.** Nail changes in Alopecia Areata: Frequency and clinical presentation. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009;23(2):240–241.
2. **Roest YBM, van Middendorp HT, Evers AWM et al.** Nail involvement in alopecia areata: a questionnaire-based survey on clinical signs, impact on quality of life and review of the literature. *Acta Derm Venereol.* 2018;98(2):212–217.
3. **Walker J, Baran R, Velez N, Jellinek N.** Koilonychia: an update on pathophysiology, differential diagnosis and clinical relevance. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016;30(11):1985–1991.
4. **Park JW, Kim SW, Wang HY.** Nail abnormalities in alopecia areata. *Korean J Dermatol.* 2003;41(2):152–157.
5. **Chelidze K, Lipner SR.** Nail changes in alopecia areata: an update and review. *Int J Dermatol.* 2018;57(7):776–783.
6. **Tosti A, Fanti PA, Morelli R et al.** Trachyonychia associated with alopecia areata: a clinical and pathologic study. *J Am Acad Dermatol.* 1991;25(2 Pt 1):266–270.
7. **Ito T, Ito N, Saathoff M et al.** Immunology of the human nail apparatus: the nail matrix is a site of relative immune privilege. *J Invest Dermatol.* 2005;125(6):1139–1148.
8. **Dhayalan A, King BA.** Tofacitinib citrate for the treatment of nail dystrophy associated with alopecia universalis. *JAMA Dermatol.* 2016;152(4):492–493.