



Проф. Л.А. Болотная,

асс. Е.И. Сарян

Харьковская медицинская академия
последипломного образования
Кафедра дерматовенерологии

Дистрофические изменения ногтевых пластинок в общеклинической практике

Современная медицина располагает большими возможностями для детального изучения строения и функционирования органов и систем, быстрой и точной диагностики каких-либо отклонений от нормы или заболеваний. С развитием техники инструментальные методы исследования приобретают все большее значение, при этом не следует забывать, что осмотр больного — один из древнейших основных методов исследования, не утратил своего значения и в настоящее время. Ни один из самых совершенных современных методов исследования не может заменить опытный глаз врача и дать представление о больном человеке в целом. Осмотр кожи и ее придатков (в частности ногтей) позволяет получить важную информацию не только об общем состоянии пациента, но и ранней стадии, прогнозе развития некоторых болезней.

Известно более 40 заболеваний, при которых дистрофия ногтевых пластинок (НП) нередко является частью симптомокомплекса болезней внутренних органов и может иметь значение при постановке общего диагноза. К патологическим изменениям НП приводят различные сердечно-сосудистые заболевания, болезни легких и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), эндокринной системы, дерматозы, интоксикации, применение некоторых лекарств (каптоприл, хлорамфеникол, хлорпромазин, доксорубицин, изо니아зид, тетрациклин и др.) [4, 16, 22, 23].

Онихопатия — общее название патологических изменений ногтей различного генеза. Изменения НП являются универсальными и клинически проявляются одинаково при различных этиологических факторах. Это объясняется тем, что функционально малоактивное вещество ногтя при тех или иных патологических состояниях реагирует более вяло и монотонно, чем другой орган с хорошим кровообращением и функционально активный. Высокая обращаемость пациентов по поводу измененных НП связана с тем, что заболевания ногтей являют-

ся выраженным косметическим дефектом, изменяющим психоэмоциональное состояние и качество жизни больного.

Согласно данным Европейского общества по изучению проблем ногтей, грибковые поражения (онихомикозы) составляют 40-45% среди всех заболеваний ногтей и встречаются у 10-20% индивидумов в популяции [1, 4]. Ониходистрофии (ОД) неинфекционной этиологии составляют более 50% патологии ногтей [6, 9]. Данных о заболеваемости ОД в Украине нет. Среди населения Белоруссии определена устойчивая тенденция к росту заболеваемости ОД, выявлено снижение отношения заболеваемости онихомикозами к заболеваемости ОД с 9,3 (в 2002 г.) до 1,8 (в 2013 г.), что свидетельствует об учащении дистрофических изменений НП [8].

ОД — собирательный термин, объединяющий группу разнообразных изменений формы, поверхности, толщины и цвета НП, обусловленную нарушением трофики структур ногтевого аппарата [1, 6, 25]. Ногтевой аппарат состоит из НП, ногтевого матрикса и ложа, скопления кровеносных сосудов и нервных волокон, кожных валиков.

Ногти представляют собой плотные роговые пластинки, основная функция которых заключается в защите ткани ногтевого ложа от воздействия различных факторов внешней среды (механические, термические, химические). Ногтевое ложе с боков и в проксимальной части ограничено кожными складками — соответственно боковыми и задним ногтевыми валиками, дистально переходит в гипонихий. Внутренний эпителиальный слой ногтевого ложа состоит из нескольких клеточных слоев и имеет протяженность от лунки до гипонихиума, плотно прилегает к пластинке и может составлять до 1/3 ее толщины. У здоровых людей ноготь гладкий, слегка выпуклый и в значительной мере прозрачный. НП за счет просвечивания многочисленных капилляров приобретает розовый цвет. Площадь и толщина

ногтя зависят от следующих факторов: особенности строения концевой фаланги пальцев, состояния внутренних органов, профессии. Нормальная толщина НП на кистях составляет в среднем 0,5 мм, на стопах — 1 мм, в длину не превышает 1/2 длины концевой фаланги [1, 4, 21].

Развитие и рост НП зависят от матрикса, состоящего из быстро размножающихся клеток, расположенных у корня ногтя. При его травмировании, воспалительных процессах или нарушении кровообращения формирование НП нарушается, вплоть до полного отсутствия ногтя. Скорость роста НП определяется локализацией, возрастом, полом — на кистях ногти растут в 2 раза быстрее, чем на стопах; у молодых — на 30% быстрее, чем у пожилых; у женщин — на 15—25% быстрее, чем у мужчин. Ускорение роста ногтя иногда наблюдается во время беременности, при тиреотоксикозе [1, 13, 15].

Биохимический состав ногтя оказывает влияние на его структуру и рост [1, 8]. Основным компонентом ногтей является альфа-фиброзный протеин (альфа-кератин), аналогичный протеинам волос и эпидермиса. Ороговевшие клетки организованы в пласты, разделенные слоями липидов (липиды составляют 5% веса ногтя и обеспечивают его гибкость). До 10% ногтевой ткани составляет аминокислота цистеин, содержащая серу. Количество цистеина в ногтях генетически запрограммировано, поэтому твердость и прочность ногтей часто передается по наследству. В НП содержится огромное количество различных веществ и элементов [3, 8, 19]. Установлено, что НП состоит из углерода на 50,3—51,9%, водорода — 6,4—7,0%, азота — 16,2-17,7%, кислорода — 20—25%, серы — 0,7—5,0%. В ногтях содержатся различные минеральные вещества (фосфаты кальция, фосфор, карбонаты, железо, магний и др.).

Внешний вид НП (длина, ширина, размер лунки) у здоровых людей значительно варьирует. Разнообразные отклонения структуры или размера ногтей в легкой форме (единичные углубления, точечная лейконихия на одном или двух пальцах, продольная исчерченность) могут встречаться у здоровых лиц в связи с механической или химической травмой, возрастными изменениями.

Дистрофические изменения развиваются под воздействием сосудистых, иммунных и метаболических нарушений, расстройств нейрорегуляции, токсических и травматических повреждений НП, ложа или боковых валиков, недостатка витаминов, особенно группы В, дефицита серы, кальция и проч. [3, 8]. Заболевания ногтевого матрикса неизбежно приводят к изменениям ногтя, клиническими проявлениями которых становятся гипертрофия, нарушение кератинизации, разрушение ногтя (деструкция). При уменьшении площади матрикса развиваются микронихия, дистрофия, а иногда и атрофия НП вплоть до частичной или полной анонихии [1].

ОД имеют различные клинические проявления (повышенная ломкость, расслаивание по свободному краю, лейконихии, выраженные продольные и поперечные борозды и проч.). Симптомы пора-

жения ногтя как органа условно объединяют в три группы:

- изменения формы и размеров ногтей (Гиппократовы ногти, **ракеткообразные ногти**, онихогрифоз, онихауксис, склеронихия, койлонихия, платонихия, микронихия);
- дистрофии ногтей (поперечные и продольные борозды ногтей, гапалонихия, ломкость, **точечная истыканность, онихолизис, онихомадезис, онихохорексис, онихошизис, птеригиум, трахионихия, срединная каналообразная дистрофия, узурь**);
- расстройства пигментации ногтей (первичные и вторичные изменения окраски).

Патогномоничные дистрофические изменения НП, характерные для той или иной системной патологии, отсутствуют, вместе с тем наиболее частые ассоциации представлены в табл.

Таблица

Проявления ОД при заболеваниях различных органов и систем

Органы и системы организма	Изменения ногтей
Почки	Ногти Линдсея «половина на половину», линии Мюрке, ногти Терри, линии Ми, геморрагии в виде «занозы».
Дыхательная	Синдром желтых ногтей, выпуклые ногти (по типу «часовых стекол»).
ЖКТ	Ногти Терри, линии Мюрке, лейконихия, продольная исчерченность, линии Бо, онихохорексис.
Сердечно-сосудистая	Геморрагии в виде «занозы», красная лунула, койлонихия, истончение ногтей, продольные борозды, онихолизис.
Кроветворная	Геморрагии, серые или голубые ногти, лейконихия, койлонихия.
Эндокринная	Продольные пигментные полосы, ломкость ногтей, периунгвальная эритема и телеангиэктазии, онихохорексис.
Заболевания костно-мышечной и соединительной ткани (системный склероз, ревматоидный артрит, дерматомиозит)	Линии Бо, точечные углубления, периунгвальные телеангиэктазии, геморрагии в виде «занозы», зазубренность кутикулы.

Представляем наиболее частые дистрофии НП, которые встречаются среди пациентов терапевтического профиля. Выпуклые ногти по типу «часовых стекол» (ранняя стадия дистрофии) часто возникают на НП кистей или на всех НП. Происходит размягчение ногтевого ложа с нарушением нормального угла между ногтевым ложем и кожной складкой, утолщение дистальной части пальцев и формирование так называемых «барабанных палочек» (гипертрофия тканей концевых фаланг пальцев). Эти изменения НП, как правило, обусловлены хроническими заболеваниями легких и бронхов (bronхоэктатическая болезнь, хроническая пневмония, легочный туберкулез, бронхогенный рак легкого и др.) и связаны

с особыми нарушениями микроциркуляции в зоне ногтевого ложа [1, 4, 21]. Считается, что в основе механизма формирования данной патологии лежит поражение легочного капиллярного русла, в результате которого происходит нарушение отшнуровывания тромбоцитов от мегакариоцитов, что приводит к высвобождению тромбоцитарного фактора роста и формированию периостальной реакции [11].

К развитию симптомокомплекса могут приводить и заболевания сердечно-сосудистой системы (компенсированные и субкомпенсированные пороки сердца, доброкачественные опухоли предсердий и желудочков, приводящие к нарушению гемодинамики), заболевания ЖКТ — цирроз печени, хронический активный гепатит, неспецифический язвенный колит и др., эндокринной системы (аутоиммунный тиреозит) [15]. В целом легочная и легочная и кардиальная патология составляют более 80% всех случаев, патология ЖКТ — около 5%. Среди раков легкого преобладает немелкоклеточный (54%), мелкоклеточный — менее 5% случаев.

Причиной асимметричного поражения ногтей только на одной конечности может быть сдавливание сосудисто-нервного пучка вследствие остеохондроза, аортальной или подключичной аневризмы, увеличения лимфатических узлов, травмы позвоночника, а также повреждения плечевого сплетения и в результате спаечных процессов [11].

Койлонихия (ложкообразные или вогнутые ногти) — особый вид дистрофии, проявляющийся образованием более или менее глубокого блюдцеобразного вдавления на поверхности НП. Точный механизм развития койлонихии не выяснен, однако причиной является изначально малая толщина или истончение НП. Истончение ногтя возможно при хронических железодефицитных состояниях, гемохроматозах, системной красной волчанке, сахарном диабете, белковой недостаточности (особенно серусодержащих аминокислот), отравлении бензином, а также систематическом химическом воздействии на ноготь (контакт с химическими веществами на производстве и в быту, использование декоративных покрытий и жидкостей для снятия лака с высоким содержанием ацетона и др.) [4, 19].

Онихогрифоз характеризуется удлинением, утолщением и искривлением НП подобно когтю, особенно часто поражаются большие пальцы стопы. При этом ногти приобретают «каменистую» плотность, не позволяющую их состригать. В патогенезе большая роль отводится различным механическим, физическим, химическим травмам, а также биологическим факторам. В подобных случаях речь идет о постоянном хроническом раздражении, на которое ногтевое ложе и матрица ногтя реагируют избыточным образованием быстро ороговевающих онихобластов. Этот вид ОД значительно чаще встречается у лиц пожилого и старческого возраста. Определенное значение в формировании деформации пальца и онихогрифоза имеет плоскостопие.

Возможно своеобразное изменение формы, которое называют ракеткообразным ногтем, нередко

имеющее наследственный характер [1]. Причиной данного состояния является укорочение концевой фаланги пальца врожденного или приобретенного характера (тяжелое поражение суставов и остеопороз при дистальной форме псориатического полиартрита).

Микронихия — маленькие короткие ногти на пальцах кистей и нередко стоп. Часто это врожденная аномалия, но может наблюдаться у лиц, грызущих ногти, при генуинной эпилепсии, прогрессирующей склеродермии, трофаневрозах и некоторых других заболеваниях.

Точечные вдавления и борозды, представляющие собой мелкие эрозивные дефекты на поверхности твердого кератина, относят к изменениям поверхности ногтей. Обнаружение «симптома наперстка» также часто предшествует появлению псориатического артрита [2]. Точечные ямки имеют величину от нескольких десятых миллиметра до 1—1,5 мм и глубину до 1 мм. Число углублений (ямочек) колеблется от 2—3 до нескольких десятков. Обнаруживается и при заболеваниях «недерматологического» профиля (туберкулез легких, ревматизм и др.) [17].

Множественные глубокие вдавления диагностируют при контакте с агрессивными жидкостями (концентрированными кислотами и щелочами) на производстве и при использовании чистого ацетона для снятия декоративного покрытия или искусственных ногтей [6]. Одиночная продольная борозда на НП встречается при мукоидной кисте сухожильного влагалища, после травмы ногтя с вовлечением ногтевого матрикса, а также при срединной каналиформной дистрофии Хеллера, в патогенезе которой, вероятно, играют роль нейровегетативные дисфункции [16].

Множественные продольные борозды встречаются при нарушении микроциркуляции в области ногтевого ложа различного генеза: ревматоидном артрите, нейроциркуляторной дистонии, болезни Рейно, системных заболеваниях соединительной ткани, облитерирующем эндартериите [1, 9, 25].

Поперечно расположенные борозды, или борозды Бо-Рейли, свидетельствуют о нарушении всасывания цинка, заболеваниях ЖКТ, а также указывают на перенесенные тяжелые соматические, инфекционные заболевания (инфаркт миокарда, гепатит, грипп и др.), стрессы. Считается, что линия соответствует эпизоду полной остановки роста ногтя [4, 14, 21]. Глубина линии в определенной мере соответствует тяжести поражения матрицы ногтя. По цвету линии Бо не отличаются от остальной НП, в глубину могут достигать 1 мм.

Истончение НП встречается при расслаивающихся ногтях (ламеллярная поперечная дистрофия) развивается при частом контакте с водой, моющими средствами, облигатными химическими раздражителями и является следствием выраженной дегидратации и делипидизации НП [9]. Проксимальная ламеллярная дистрофия начинается со стороны лунки ногтя и указывает, как правило, на выраженные структурные изменения матрикса. Такие нарушения

возможны при приеме лекарственных средств (синтетические ретиноиды), проксимальной форме онихомикоза и др. [23].

Онихорексис (продольные трещины ногтей) развиваются у пациентов с эндокринной патологией, болезнями печени и желчевыводящих путей. К развитию онихоорексиса также может приводить постоянный контакт с растворами щелочей, формальдегидом и другими активными химическими веществами, высушивающими НП [6, 25].

Онихолизис — отделение НП от ложа начинается со свободного дистального края, часто встречающийся вид ОД, характеризующийся нарушением связи НП с ногтевым ложем при сохранении целостности последней. Различают следующие виды онихолизиса: травматический (неаккуратный маникюр с использованием металлического инструментария, непереносимость компонентов покрытий для ногтей, искусственных ногтей, жидкостей, содержащих растворители); системных заболеваниях (болезни сердечно-сосудистой системы, ЖКТ, сифилис); эндокринных нарушениях; грибковых и бактериальных инфекциях (рубромития, эпидермофития, кандидоз, пиодермия), вследствие приема некоторых медикаментов (антибиотики тетрациклинового ряда, тиазиды) [17, 25]. Онихолизис ногтей стоп нередко возникает из-за ношения узкой или не подходящей по размеру обуви.

Механизм развития относительно редко встречающегося вида ОД онихомадезиса (отделение от ложа всей НП с проксимального отдела, со стороны заднего ногтевого ложа) остается не выясненным, хотя причина, как правило, связана с нарушением кровообращения и патологией матрицы ногтя [1, 9, 22]. Отторгаются преимущественно ногти на больших пальцах кистей или стоп. Обратимый онихомадезис ассоциирован с травмами ногтя и околоногтевого валика, острыми паронихиями, псориазом, синдромом Кавасаки, приемом антибиотиков, цитостатиков, системных ретиноидов и рядом других состояний.

К особому виду онихопатий относят подногтевые геморрагии в виде «заноз», могут быть проявлением системных болезней, включая инфекционный эндокардит, васкулиты, артериальную эмболию, тромбоцитопению [24].

Гапалонихия характеризуется выраженным размягчением НП, они легко сгибаются и обламываются с образованием трещин по свободному краю. Причины очень разнообразные — врожденная предрасположенность, дефицит серы, ретинола, витаминов группы В, кальция, хронический артрит, гипотиреоз, периферические нейропатии и ангиопатии, контакт с химическими веществами, травмы матрицы и неправильный маникюр [8, 15].

Хрупкость ногтей относится к числу часто встречающихся дистрофий НП, которые развиваются преимущественно у женщин и часто сочетаются с другими нарушениями. Обламывается, как правило, свободный край НП с разрушением всех слоев или разрушение ограничивается лишь верхним слоем, оставляя неровный бахромчатый край. У жен-

щин ломкость ногтей может постепенно развиваться в связи с мацерацией кожи кистей под действием горячей воды и моющих средств, обуславливающих истончение НП, появление продольных борозд и трещин. Ломкость ногтей наряду с другими видами дистрофии развивается при заболеваниях щитовидной железы [1, 15].

Изменение цвета НП является не только следствием экзогенного окрашивания ногтя, но и может быть ассоциировано с рядом эндогенных факторов [7]. Часто изменение цвета отмечается при приеме препаратов золота, серебра, фенолфталеина, антималярийных средств, антибиотиков тетрациклинового ряда, химиотерапии [1, 23].

Белые поперечные полосы или точки (лейконихия) характерны для нарушения созревания и кератинизации онихобластов и встречаются при нейроциркуляторной дистонии, гиповитаминозах, семейной доброкачественной пузырчатке, травме ногтя [4, 6]. Размеры и форма лейконихий бывают разные: точечные (после травмы или идиопатические), полосовидные (в результате трофических нарушений, инфекционных заболеваний) и тотальные (при вовлечении более 80% площади ногтя). Выявление тотальной лейконихии, особенно у пациентов с подозрением на развитие лимфопрлиферативного заболевания, требует проведения соответствующего дифференциального диагноза. Линии Мюрке в виде множественных поперечных полос описаны при гипоальбуминемии, полихимиотерапии, включающей антрациклины, винкристины [12].

Ногти Терри (большая часть ногтя белесая, за исключением дистального отдела, имеющего вид красно-коричневого пояса, лунула может отсутствовать) встречаются у пожилых людей и при тяжелых заболеваниях (цирроз печени, застойная сердечная недостаточность, инсулинонезависимый сахарный диабет). Ногти Линдсея («половина на половину») являются наиболее постоянным индикатором хронической почечной недостаточности, регистрируются у 10% больных с этой патологией почек. Проксимальная часть НП кистей (от 40 до 80% поверхности) имеет белую окраску, а дистальная часть — отчетливый коричневый цвет за счет отложения меланина [1, 10, 14, 22].

Желтое окрашивание НП характерно для желтухи, хронического лимфостаза, гипертиреоза, сахарного диабета, амилоидоза, может встречаться при приеме ряда медикаментов (тетрациклин, акрихин), онихомикозе [5, 20]. Синдром желтых ногтей характеризуется изменением ногтей (желтые, утолщенные, медленно растущие), лимфатическим отеком, плевральным выпотом и хроническими инфекциями дыхательных путей. Синдром связан с развитием ряда злокачественных новообразований, в частности карциномой желчного пузыря. Изменения ногтей могут быть первым проявлением заболевания, остальные симптомы развиваются в течение нескольких лет.

Эритронихия (красное или фиолетовое окрашивание ногтя) является отражением состояния микроциркуляции в ногтевом ложе. Сплошное красновато-

синюшное окрашивание характерно для венозного стаза и встречается при сердечной недостаточности в сочетании с акроцианозом и цианозом губ. Неравномерное розовато-красное окрашивание над лункой ногтя бывает при недостаточности артериального кровообращения в дистальных фалангах пальцев. Кроме того, эритронихия характерна для полицитемии, системной красной волчанки, вторичного амилоидоза, болезни Дарье, может быть признаком новообразований в области ногтевого ложа (гемангиома, гломусная опухоль, энхондрома и др.) [18]. Этот симптом бывает выражен при заболеваниях системы кровотока, васкулитах и нарушениях коагуляции и гемостаза (например, гемофилия, тромбоцитопения, прием антикоагулянтов) [6, 21]. Геморрагические высыпания в области паронихия могут свидетельствовать о дебюте системной красной волчанки, дерматомиозита, геморрагического васкулита.

Продольная меланонихия (продольная полоса темного цвета) характерна для болезни Аддисона, рака молочной железы, меланоцитарных образований в области ногтевого ложа (невусы, меланома), травмы ногтя [7]. Начальные проявления меланомы в области концевой фаланги пальца характеризуются вовлечением в процесс только одного пальца, нечеткими границами очага поражения, первичной

локализацией в области лунки ногтя, постепенным распространением пигментации на околоногтевой валик и подушечку пальца, а также сохранением темного участка по мере отрастания НП. Продольная меланонихия бывает признаком некоторых этнических особенностей, витилиго и описана у ВИЧ-инфицированных лиц на фоне длительного приема различных медикаментов [1, 25]. Меланонихия вызывается рядом инфекционных агентов (грибы-дерматофиты, дрожжеподобные грибы, протей и др.), бывает связана с приемом препаратов (доксорубин, зидовудин), искусственным прокрашиванием ногтя при использовании различных препаратов (нитрат серебра, дитранол, марганцево-кислый калий) и декоративных покрытий.

Таким образом, ОД в большинстве случаев проявляются разнообразными нарушениями размера, формы, поверхности, структуры и цвета НП независимо от этиологических факторов, вызывающих эти изменения. Симптомы поражения ногтей при различных заболеваниях довольно многочисленны и, как правило, не строго патогномичны для определенного заболевания. Одной из главных задач клинициста является выявление на ранних стадиях тех видов дистрофий, которые сочетаются с патологией внутренних органов и могут быть ее первыми проявлениями.

Список использованной литературы

1. Дифференциальная диагностика поражений ногтей: атлас / Р. Бэран, Э. Ханеке; пер. с англ. И. В. Хармандарян; под ред. В. Ю. Васеновой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 200 с.
2. Кондрашов Г.В. Псориатическое поражение ногтей: клинические аспекты / Г.В. Кондрашов, Н.Н. Потехаев // Эксперим. клин. дерматокосметол. — 2005. — № 2. — С. 49-53.
3. Перламутров Ю. Н. Влияние кальция на качество волос и ногтей / Ю. Н. Перламутров, А. М. Соловьев, О. В. Молчанова // Вестн. дерматол. венерол. — 2006. — № 4. — С. 43-45.
4. Рахматов Т.П. Современные аспекты онихопатий / Т.П. Рахматов // Укр. журн. дерматол., венерол., кометол. — 2007. — № 3. — С. 82-87.
5. Трубников Г. В. Синдром желтых ногтей и поражение плевры (описание случая) / Г.В. Трубников, Е.Б. Клестер, Ю.П. Танков // Пульмонология. — 2005. — № 1. — С. 119-121.
6. Цыкин А.А. Ониходистрофии: клиника, диагностика, лечение / А.А. Цыкин, Н.С. Сирмайс // Рус. мед. журн. — 2015 — № 9. — С. 508-514.
7. Червоная Л.В. Пигментные опухоли кожи / Л.В. Червоная. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 224 с.
8. Шикалов Р.Ю. Содержание серы и азота в ногтевых пластинках при онихомикозах и ониходистрофиях на фоне хронических дерматозов / Р.Ю. Шикалов // ARS medica. Искусство медицины. — 2012. — № 9. — С. 175—182.
9. André J. Nail pathology / J. André, U. Sass, B. Richert, A. Theunis // Clin Dermatol. — 2013. — Vol. 31, № 5. — P. 526-539.
10. Sakmak S.K. Half-and-half nail in a case of pellagra / S.K. Sakmak, M. Gonul, E. Aslan // Eur. J. Dermatol. — 2006. — Vol. 16, № 11. — P. 695-695.
11. Chan C.W. Evaluation of digital clubbing / C.W. Chan // Aust. Fam. Physician. — 2015. — Vol. 44, № 5. — P. 113-116.
12. Chávez-López M.A. Muehrcke lines associated to active rheumatoid arthritis / M.A. Chávez-López, F.J. Arce-Martínez, A. Tello-Esparza // J. Clin. Rheumatol. — 2013. — Vol. 19, № 7. — P. 30-33.
13. Cheinfeld N. Vitamins and minerals: their role in nail health and disease / N. Cheinfeld, M.J. Dahdah, R. Scher, J. André // J. Drugs. Dermatol. — 2007. — Vol. 6, № 8. — P. 782-787.
14. Chesnut G. Mees lines and Beau lines / G. Chesnut, S. Taylor, E. Belin // Cutis. — 2013. — Vol. 91, № 150. — P. 147-151.
15. Ghayee H.K. Image in endocrinology: dirty nails / H.K. Ghayee, J.Q. Mattern, D.S. Cooper // J. Clin. Endocrinol. — 2005. — Vol. 90, № 4. — P. 24-28.
16. Gregoriou S. Nail disorders and systemic disease: What the nails tell us / Gregoriou S., Argyriou G., Larios G., Rigopoulos D. // J. Fam. Pract. — 2008. — Vol 57, № 6. — P. 509-514.
17. Jadhav V.M. Nail pitting and onycholysis / V.M. Jadhav, P.M. Mahajan, C.B. Mhaske // Indian. J. Dermatol. Venereol. Leprol. — 2009. — Vol. 75, № 7. — P. 631-633.
18. Jellinek N.J. Longitudinal erythronychia: suggestions for evaluation and management / N.J. Jellinek // J. Am. Acad. Dermatol. — 2011. — Vol. 64, № 1. — P. 167-170.
19. Kumar V. Nailing the diagnosis: Koilonychia / V. Kumar, S. Aggarwal, A. Sharma, V. Sharma // Perm. J. — 2012. — Vol. 16, № 3. — P. 65-69.
20. Maldonado F. Yellow nail syndrome / F. Maldonado, J.H. Ryu // Curr. Opin. Pulm. Med. — 2009. — Vol. 15, № 2. — P. 371-373.
21. Motswaledi M.H. Nail changes in systemic diseases / M.H. Motswaledi, M.C. Mayayise // SA. Fam. Pract. — 2010. — Vol. 52, № 7. — P. 409-413.

22. Onelms H. Cutaneous changes in patients with chronic renal failure on hemodialysis / H. Onelms, S. Sener // *Cutan. Ocul. Toxicol.* — 2012. — Vol. 31, № 7. — P. 286-292.
23. Piraccini B.M. Drug-induced nail diseases / Piraccini BM, Iorizzo M, Starace M, Tosti A. // *Dermatol. Clin.* — 2006. — Vol. 24, № 3. — P. 387—391.
24. Silverman M.E. Extracardiac manifestations of infective endocarditis and their historical descriptions / M.E. Silverman, C.B. Upshaw // *Am. J. Cardiol.* — 2007. — Vol. 100, № 8. — P. 1802—1805.
25. Singal A. Nail as a window of systemic diseases / A. Singal, R. Arora // *Indian. Dermatol. Online J.* — 2015. — Vol. 6, № 2. — P. 67—74.

Дистрофічні зміни нігтьових пластинок в загальноклінічній практиці

Проф. Л.А. Болотна, ас. О.І. Саріан

Харківська медична академія післядипломної освіти

Наведено відомості про дистрофічні зміни нігтьових пластинок неінфекційної етіології при найчастіших у клінічній практиці захворюваннях внутрішніх органів. Розглянуто можливі механізми порушень апарату нігтя, клінічні прояви оніходистрофій залежно від змін форми, поверхні, товщини та кольору нігтьової пластинки.

Ключові слова: нігті, дистрофічні зміни, патогенез, клінічні прояви, внутрішні хвороби.

Dystrophic changes nail plates in general clinical practice

Prof. L.A. Bolotna, ass. O. I. Sarian

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Information on changes dystrophic nail plate noninfectious etiology in most common diseases in clinical practice of internal organs. The possible mechanisms apparatus nail disorders, clinical manifestations onichodystrophy depending on changes shape, surface, thickness and color of the nail plate.

Key Words: unguis, dystrophic changes, etiology, pathogenesis, clinical features, internal medicine.

Контактна інформація: Болотна Людмила Анатоліївна — зав. кафедрою дерматовенерології ХМАПО, доктор медичних наук, професор. м. Харків, вул. Морозова, 2; р. т. (057) 751-12-90, e-mail: derma@med.edu.ua.
Саріан Олена Ігорівна — асистент кафедри дерматовенерології ХМАПО, кандидат медичних наук, м. Харків, вул. Морозова, 2; р.т. (057) 751-12-90, e-mail: derma@med.edu.ua

Стаття надійшла до редакції 20.10.2015 р.