

6. Значение оценки общесоматического состояния пациента на стоматологическом приеме / А. И. Кирсанов, И. А. Горбачев, Э. А. Бодякина [и др.] // Пародонтология. – 2001. – № 1/2. – С. 13.

7. Клініка та лікування сіалоаденітів / Л. Д. Чулак, А. П. Левицький, В. А. Залевська, В. Г. Штурмінський. – Чернівці : Прут, 2006. – 114 с.

8. Чулак Л. Д. Результаты изучения влияния съёмных и несъёмных зубных

протезов на уровень саливации у лиц с разным уровнем саливации / Л. Д. Чулак, Ю. Г. Романова, Р. И. Бабий // Вопросы экспериментальной и клинической стоматологии. – Харьков, 2004. – Вып. 7. – С. 80–81.

УДК 616.31-089:577.15

И. Д. Атмажов, Е. Д. Бабов

#### ОЦЕНКА УРОВНЯ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА И ПРОТЕЗОВ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Статья посвящена актуальной проблеме стоматологии — улучшению качества протезирования зубными протезами лиц, страдающих хроническими заболеваниями слюнных желез с наличием гипосаливации.

Исследован изменения в составе ротовой жидкости, авторы предлагают четкие рекомендации по протезированию этой категории больных.

**Ключевые слова:** гипосаливация, хронические заболевания слюнных желез, съёмный зубной протез, несъёмный зубной протез, минеральный состав слюны.

UDC 616.31-089:577.15

I. D. Atmazhov, Ye. D. Babov

#### EVALUATION OF ORAL HYGIENE AND DENTURES IN INDIVIDUALS WITH CHRONIC DISEASES OF SALIVARY GLANDS

The article is devoted to the actual problem of dentistry — improving the quality of prosthetic dentures of persons suffering from chronic diseases of salivary glands with the presence of sialoschisis.

Examining changes in the oral liquor, authors propose recommendations in prosthetics in this category of patients.

**Key words:** sialoschisis, chronic diseases of salivary glands, removable dentures, fixed dentures, the mineral composition of saliva.

УДК 616.5-006.6-07

И. В. Ашанина, канд. мед. наук, доц.

## РОЛЬ ДЕРМАТОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

Одесский национальный медицинский университет

На современном этапе в мире растет озабоченность медиков в связи с увеличением числа злокачественных новообразований кожи, в частности меланомы — опухоли, характеризующейся быстрым развитием и способностью к быстрому метастазированию.

Общий коэффициент смертности от меланомы кожи в Украине (на 100 тыс. населения) в 2010 г. составил: 4,8 — среди мужчин; 6,2 — среди женщин. В 2006 г. соответственно 4,4 и 5,5 [5].

Среди причин развития меланомы можно назвать эндемический фактор — район проживания. Так, высокая заболеваемость регистрируется на Юге Украины, в Крыму — на 18 % выше, чем общеукраинские показатели (по состоянию на 2006–2010 гг.) [1]. К развитию меланомы приводят также наследственный фактор (наследственная

меланома) и повышенная инсоляция — как разовая, так и кумулятивная доза солнечного облучения, полученная человеком в течение всей жизни, особенно в детском возрасте (количество случаев, когда человек «сгорел» на солнце до образования ожога I степени). Опасность злокачественных заболеваний повышается в тех случаях, когда пациент имеет I и II типы кожи:

— I тип (кельтский) — у людей с рыжими волосами и голубыми глазами;

— II тип (светлокожий европейский) — светлая кожа, склонная к солнечным ожогам, загорает с трудом (по шкале Фицпатрика) [3].

Среди провоцирующих факторов можно назвать хроническую травматизацию, посещение солярия, большое количество родинок на теле (более 50), особенно на открытых участках тела.

Все вышеуказанное обязывает врачей-дерматологов проявлять внимательность, онкологическую настороженность при осмотре пациентов, обратившихся по поводу новообразований на коже — изменившихся либо появившихся вновь.

Безусловно, главным инструментом диагностики остаются опыт врача, его клинические знания, умение проводить дифференциальную диагностику на основании клинической картины, анамнеза жизни и заболевания, использование методов лабораторной диагностики (общеклинические анализы, онкомаркеры, томография и др.). Но глаз врача видит только поверхностные слои кожи, а на основании такого осмотра не всегда можно сделать верное заключение. И лишь по истечении времени, когда видимые изменения становятся очевидными, время уже упущено и опухоль

прорастает в более глубокие слои кожи, которые хорошо кровоснабжаются, — дерму, гиподерму, и процесс метастазирования лимфогенным и гематогенным путями запускается (как известно, эпидермис не содержит кровеносных сосудов, поэтому при I степени инвазии опухоли по

Кларку метастазирования опухоли не происходит).

В связи с этим, методом дерматоскопии должен владеть каждый врач-дерматолог в целях ранней диагностики и профилактики смертности от меланомы кожи. Сегодня в Украине среднегодовые темпы при-

роста смертности от меланомы кожи составляют 3 % [1].

Для диагностики используются как электронные, так и ручные дерматоскопы. При электронной дерматоскопии аппарат делает работу за врача и сам оценивает параметры существующих изменений: размер, край, структуру и выдает заключение по шкале от 0 до 1, а именно: на каком уровне находится исследуемый элемент (от 0 до 100 %). При этом в распечатке приведена шкала индикации с зонами: белая — безопасная, желтая — относительно безопасная, сомнительная, красная — опасная, что соответствует также и выданному проценту опасности [4]. Электронная дерматоскопия позволяет поставить диагноз быстро, точно и решить вопрос о дальнейшей тактике лечения: наблюдение или удаление. Безусловно, после удаления элемент должен быть гистологически исследован для подтверждения клинического диагноза и решения вопроса о дальнейшей тактике ведения пациента.

Ручной дерматоскоп — это инструмент, который должен иметь каждый врач-дерматолог. Он идеален для ежедневной работы, техника исследования проста для обучения, метод позволяет видеть более глубокие слои кожи, дает 10-кратное увеличение. Табл. 1 и 2 объясняют, что и как можно дифференцировать с помощью дерматоскопа [2].

Таблица 1

**Правило ABCD-E**

Диагностический признак	Изменения	Оценка
Асимметричность	Количество осей: 0–1–2 Диагностический признак: 1. Цвет 2. Структурные элементы 3. Границы	0-2X1,3
Границы	Резкий обрыв пигментации (0–8 секторов)	0-8X0,1
Цвет	1. Белый 2. Красный 3. Бежевый 4. Коричневый 5. Сине-серый 6. Черный	1-6X0,5
Дерматоскопические признаки	1. Сеть 2. Бесструктурные зоны 3. Полосы 4. Глобулы 5. Черно-коричневые пятна	1-5X0,5
E (дополнительные изменения)	ABCD +1,2	При изменении клинической картины
	ABCD -0,8	При отсутствии клинических изменений в течение 3 мес.

*Примечание.* Оценка до 4,75 — доброкачественные новообразования; 5,45 и более — злокачественные новообразования; 4,75–5,45 — потенциально злокачественное.

Таблица 2

**Семиотика дерматоскопической картины поражений кожи**

Пигментные		Сосудистые дискератические	
Меланоцитарные	Немеланоцитарные		
Пигментная сетка Гранулы/точки Полосы Бесструктурные зоны Чернильное пятно Пелена (сине-белая вуаль) Структуры регресса пигмента в опухоли Гомогенная голубая пигментация	Полиморфные пятна: — листовидные; — велосипедные колеса; — овоидные Шаровидные: — гнезда	Лакуны Древовидные сосуды Радиальные Кольцевидные «Запятыя» «Шпильки» Точечные Клубочки Линейные Полиморфные Молочные лакуны	Милиумподобные кисты Камедоновидные образования Церебриформные изменения Отпечатки пальцев Изьеденный край Рубцы

При этом можно делать фотоснимок новообразования, выводить изображение на экран компьютера и делать выводы не торопясь, возможно наблюдение в динамике.

При диагностике ручным дерматоскопом без фотоаппарата диагноз дерматологом, по наблюдению автора «Цветного атласа по дерматоскопии» В. Штольца, должен быть поставлен в течение первых 10 с.

Таким образом, на современном этапе владение мето-

дом дерматоскопии — обязательная и неотъемлемая часть профессиональных навыков врача-дерматолога.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Прохоров Д. В. Особенности эпидемиологии и клинических проявлений меланомы кожи в АР Крым / Д. В. Прохоров // Украинский журнал дерм. венерол. косметологии. — 2001. — № 2. — С. 25–29.

2. Краткий курс дерматоскопии. Диагностика пигментных поражений кожи : атлас [Электронный ресурс]. — 2009. — Режим доступа : <http://www.heineopto.ru>

3. *Европейское руководство по лечению дерматологических болезней* / под ред. А. Д. Кацамбаса, Т. М. Лотти. — М. : МЕДпресс-информ, 2008. — 724 с.

4. Курдина М. И. Ультразвуковая диагностика в дерматологии / М. И. Курдина, Л. А. Макаренко, Н. Ю. Маринич // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2009. — № 4. — С. 11–15.

5. *Заболеемость меланомой* кожи в Украине / С. И. Коровин, Л. О. Гуляк, Б. А. Толетонятов [и др.] // Онкология. — 2006. — Т. 8, № 1. — С. 18–22.

УДК 616.5-006.6-07

И. В. Ашанина

#### РОЛЬ ДЕРМАТОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

Проанализирована необходимость использования метода дерматоскопии в дерматологической практике для диагностики пигментных и непигментных новообразований кожи, в частности меланомы, с целью диагностики на ранних этапах заболевания, а также предупреждения злокачественной трансформации в будущем.

**Ключевые слова:** меланома, дерматоскоп, дерматоскопия.

UDC 616.5-006.6-07

I. V. Ashanina

#### ROLE OF DERMATOSCOPY IN DIAGNOSIS OF SKIN LESIONS

The article deals with the method of dermatoscopy in dermatology practice for early diagnosis of pigmented and non-pigmented skin lesions, especially melanoma with the purpose of diagnosing at any stage of disease as well as to avoid of malignant transformation in future.

**Key words:** melanoma, a dermatoscope, dermatoscopy.

УДК 616.36-002.14-06:616.931-053.2:612.017

А. С. Подорожна,

І. Ю. Багмут, канд. мед. наук

## ВПЛИВ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ А НА НАПРУЖЕНІСТЬ СПЕЦИФІЧНОГО ІМУНІТЕТУ ДО ДИФТЕРІЇ СЕРЕД ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП

Харківський національний медичний університет

Розповсюдження вірусного гепатиту А (ВГА) набуло актуальності в багатьох країнах світу [1]. Головний фактор передачі інфекції — питна вода [2; 3], якість якої повинна відповідати нормативам «Вода питна». Одним із чинників погіршення якості питної води є, насамперед, техногенне забруднення навколишнього середовища [3–5]. Країни з природним обмеженням питної води купують воду в інших країнах, де її вдосталь, проте якість води перед закупівлею визначається власними органами контролю. Україна належить до країн з достатньою кількістю джерел питної води [6], проте клімато-гео-

графічні особливості розташування нашої країни створюють умови для існування 280 штамів вірусних інфекцій [7]. Серед них у Північно-Східному регіоні — збудник ВГА, здатний виживати за температурних умов від -20 до -70 °С, певної вологості повітря і зберігати при цьому свої патогенні та вірулентні властивості. Саме тому в Україні переважає захворюваність на гепатит А порівняно з парентеральними гепатитами. У нашій державі діє система епідеміологічного нагляду за ВГА [8], багаторівнева профілактика реалізується чинною програмою вакцинації створеним в Інституті молекулярної біології і гене-

тики НАН України вітчизняним рекомбінантним інтерфероном  $\alpha$ -2 $\beta$  (Лаферон). На стадії клінічних випробувань знаходяться вітчизняні пегіліровані (pegylated) рекомбінантні інтерферони [9]. Комплексне лікування гепатиту А проводиться з метою запобігання вірусній персистенції та можливим ускладненням [10]. Незважаючи на досягнення медицини у галузі багаторівневої профілактики, елімінувати збудника неможливо через природні, біологічні та соціальні фактори, які впливають на епідемічний процес гепатиту А.

Динамічне розповсюдження епідемічного процесу гепатиту А