



Одеський національний медичний університет

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
З ВСЕУКРАЇНСЬКОЮ УЧАСТЮ,
присвячена 65-річчю
від дня заснування стоматологічного
факультету ОНМедУ

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТОМАТОЛОГІЇ

19 вересня 2023 року
Тези доповідей



Одеський національний медичний університет

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З
ВСЕУКРАЇНСЬКОЮ УЧАСТЮ,
присвячена 65-річчю від дня заснування
стоматологічного факультету ОНМедУ

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТОМАТОЛОГІЇ

19 вересня 2023 року

Тези доповідей

УДК 616.31 (477.7425) (043.2)

Головний редактор:

ректор, академік НАМН України,
професор Валерій ЗАПОРОЖАН

Заступник голови:

декан стоматологічного факультету,
доцент Володимир ВАЛЬДА

Редакційна колегія:

професор Станіслав ШНАЙДЕР
професор Василь СКИБА
професор Анатолій ГУЛЮК
професор Володимир ГОРОХІВСЬКИЙ
професор Павло РОЖКО
професор Оксана ДЄНЬГА
професор Сергій ПУХЛІК
професор Анастасія ДЄНЬГА

Технічні секретарі:

Тетяна ПРИБОЛОВЕЦЬ
Владислав ЛИСЕНКО

Актуальні питання стоматології: наук.-практ. конф. з всеукраїнською участю, присвячена 65-річчю від дня заснування стоматологічного факультету ОНМедУ. Одеса, 19 вересня 2023 року: тези доп. - Електронне видання. - Одеса: ОНМедУ, 2023, - 105 с.

У тезах доповідей всеукраїнської науково-практичної конференції, присвяченої 65-річчю від дня заснування стоматологічного факультету ОНМедУ, наведено матеріали учасників зібрання, а також іменний покажчик доповідачів.

УДК 616.31 (477.7425) (043.2)

шкіри та пухлиною. Тільки при різниці температури більш за 1 градус, тест оцінюється як (+) позитивним. Дослідження проводилося за допомогою електротермометру. Проводилося точкове вимірювання температури ураженого частка. Результат дослідження оцінювали як позитивний, коли середня різниця температур (із 8 – 10 точках пухлини) була вище + 10.

Обговорення результатів дослідження Запропонований комплексний спосіб оцінки новоутворення шкіри на основі аналізу об'єктивної клінічної семіотики, дерматоскопії та термодиференційного тесту у хворих дозволив встановити клінічний діагноз. Морфологічне дослідження підтвердив у 100% хворих клінічний діагноз – ПКРШ і БКР. Цей комплексний спосіб діагностики має суттєві переваги над окремими та поодинокими діагностичними критеріями при оцінці ознак новоутворень шкіри.

Висновки для встановлення остаточного діагнозу злоякісного захворювання шкіри потрібен обов'язково морфологічне дослідження.

Клінічні види та ознаки злоякісного новоутворення шкіри зовнішнього носа та обличчя

Євчева А. Ф.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Актуальність. Сьогодні, відомо, що злоякісні новоутворення складаються з аномальних клітин епітелію шкіри. Частина злоякісних новоутворень розвивається з плоского епітелію, що складає найбільший відсоток захворювань і зветься плоскоклітинний рак шкіри (ПКРШ).

Клінічні ознаки таких злоякісних новоутворень шкіри схожі у кінцевому вигляді.

Так, плоскоклітинний рак шкіри (ПКРШ) – це пухлинне ураження шкіри у вигляді екзофіту, розмір різний і коли захворювання розповсюджується, тобто

збільшується в розмірі пухлина може уражувати хрящову або кісткову частину обличчя та тіла людини.

Клінічно такий рак виглядає як жовта луската ділянки шкіри з ніжною поверхнею, що починає кровоточити від легкого дотику. На місці такого ураження потім формується виразка, яка теж кровоточить при дотику.

Другий вид злоякісного новоутворення шкіри виростає з базального шару епітелію і росте дуже повільно і зветься базальноклітинний рак шкіри (БКРШ). Він теж реєструється в значній кількості. Це захворювання де якими лікарями трактується як доброякісне захворювання. Але в світі та Україні БКУШ визначено, як злоякісне новоутворення.

Клінічно такий рак виглядає як повільно зростаючий, блискучий рожевий або червоний клубок. Карцинома може вкриватися лусочками, але з часом таке новоутворення стає твердим може кровоточити або перетворюється на виразку, яка теж кровоточить.

І третій вид захворювання шкіри, яке супроводжується з ураженням клітин меланоцитів, які розташовані в епідермісі (у верхньому шарі шкіри) розвивається меланома шкіри (МШ). Ці клітини виробляють меланін. До розвитку меланоми призводить неконтрольований поділ меланоцитів. Новоутворення з меланоцитів шкіри перебігає особливо злоякісне й агресивно, тому розглядається як меланома. Меланому слід диференціювати з великими старечими бородавками, вони пігментовані й вкриті товстим кератиновим шаром. Агресивність меланоми обличчя проявляється з часом метастазуванням в головний мозок, орган зору та легень. Ця злоякісна пухлина призводить до швидкої інвалідності та смерті хворого.

Сьогодні відомо, що морфологічно потрібно відрізнити такі типи злоякісних новоутворень шкіри, які позначаються літерою G.

G1 високодиференційований рак, G2 помірнодиференційований рак, G3 низькодиференційований рак і G4 недиференційований рак. Ця міжнародна класифікація відображає чутливість до вибору способу лікування.

Висновок. Наприклад, всі типи раку шкіри підлягають хірургічному, комбінованому або комплексному лікуванню. Тому правильний і швидкий вибір способу лікування повинен бути спланованим і від своєчасного використання способу лікування залежить не тільки ефективність його але і життя хворого, особливо з меланомою.

Анатомічні та фізіологічні особливості будови ротоглотки в розрізі частоти розвитку злоякісних їх захворювань

Євчев Ф.Д. Пухлік С. М., Вальда В.В., Пилипюк М.В., Євчева А.Ф.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Вступ. У зв'язку з тим, що лікуванням хворобі ротоглотки займаються сьогодні оториноларингологи і стоматологи, то потрібно добре знати анатомію і фізіологію органів ротоглотки.

Ціль роботи – показати практичне і фізіологічне значення анатомічних структур ротоглотки у здорової людини.

Матеріал та методи. Так, у житті ротова порожнина використовується для прийому їжі, для утворення звуків і для дихання. Ротова порожнина обмежена з боків щоками, зверху твердим піднебінням і частково м'яким, знизу - язиком і м'язово-перетинчастою стінкою, що йде від нижньої щелепи до під'язикової кістки. Ротова порожнина має отвори: передній утворений губами, задній, так званий *isthmus faucium* з'єднує ротову порожнину з глоткою. Цей задній отвір утворений піднебінними дугами (*arcus palato-glossus* і *palato-pharyngeus*), що йдуть від язичка (*uvula*) вниз до кореня язика. Ротова порожнина підково подібно зімкнута верхньою і нижньою щелепою ділиться на дві нерівні частини: 1) менший, розташований спереду і зовні і від альвеолярного краю (*gum*, зубів — пристінок (*vestibule oris*), і 2) більший – всередині від зубів, власне ротової порожнини (*cavum oris*); обидві частини з'єднуються між собою через щілину між заднім краєм і коронарними відростками нижньої щелепи.