



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)**

периферичній крові. Для дослідження використовувалася суспензія нейтрофілів, отримана шляхом відмивання на градієнті щільності 40 хв, 200 g).

**Результати та обговорення.** До лікування фагоцитарний індекс (ФІ) у хворих на АР становив  $37,3 \pm 3,6$  %, а фагоцитарне число (ФЧ) –  $2,1 \pm 0,1$  ум.од. Після лікування ці показники достовірно підвищилися, так, ФІ у групі хворих, які приймали Астмаган, досягло нормативного значення  $60,1 \pm 2,2$  % (у контрольній групі -  $57,5 \pm 5,6$  %). ФЧ у цій групі також досягло норми -  $3,7 \pm 0,16$  ум.од. (У нормі –  $3,8 \pm 0,06$  ум.од.) У групі хворих, які приймали базове лікування, ФІ також підвищився, але норми не досяг –  $49,2 \pm 5,8$  %, ФЧ –  $3,4 \pm 0,2$  ум.од.

Показники	Здорові (контроль)	Хворі на АР (базисна терапія)		Хворі на АР (базисна терапія + Астмаган)	
		До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
ФІ %	$57,5 \pm 5,6$	$35,2 \pm 3,7$	$49,2 \pm 2,9$	$37,3 \pm 4,3$	$60,1 \pm 2,2$
ФЧ ум.од.	$3,8 \pm 0,06$	$2,2 \pm 0,23$	$3,4 \pm 0,2$	$2,1 \pm 0,09$	$3,8 \pm 0,16$

**Висновки.** Додавання до схеми комплексної терапії АР препарату Астмаган, що містить біологічно активні речовини, сприяє нормалізації функціонального стану фагоцитарної системи нейтрофілів.

### **Комплексна оцінка стану злоякісних новоутворень шкіри зовнішнього носа**

**Євчева А.Ф.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Вступ.** Відомо, що злоякісні захворювання є однією з найважливіших сучасних медико - біологічних і соціально-економічних проблем в світі і,

зокрема, в Україні. Рак є всесвітньою проблемою: близько 2,9 мільйонів нових випадків захворювань реєструється щорічно в розвинених країнах світу і ще понад 3 мільйонів – в тих країнах, що розвиваються.

Топічна і диференційна діагностика хронічних (передракових) станів, cancer in situ, а також ранніх стадій злоякісних пухлин є досить складним та непростим завданням, хоча клінічні прояви захворювань у вигляді зміни кольору та розмірів новоутворень спостерігаються достатньо рано. І на цьому етапі хворі не завжди звертаються за медичної допомогою. Але ці клінічні ознаки можуть вже свідчити про агресивність процесу.

Сьогодні клінічна семіотика та різні методи діагностики (крім патоморфологічного дослідження) дозволяють у 100% випадків визначити підозру. Перебіг новоутворення шкіри зовнішнього носа у зв'язку з агресивністю процесу дуже часто розповсюджується на хрящову та кісткову тканину, а також може метастазувати в головний мозок, в орган зору та легені.

**Мета дослідження.** Оцінити результати діагностування пухлинного ураження шкіри зовнішнього носа на основі аналізу клінічної, інструментальної семіотики: дерматоскопії і термодиференційного тесту в порівнянні з морфологічним дослідженням.

**Матеріал та методи дослідження.** В дослідження залучено 60 хворих з новоутвореннями шкіри зовнішнього носа. Із них 30 жінок і 30 чоловіків у віці від 56 до 80 років. Дослідження виконано в умовах Лор онкологічного відділення міської клінічної лікарні №11, місто Одеса. Всім пацієнтам проводили всебічне клінічне обстеження, яке включало крім вивчення анамнезу (тривалість виникнення новоутворення шкіри, термін зміни кольору, розміру та форми), також оцінювали клінічну семіотику за допомогою дерматоскопії, термодиференційного тесту та морфологічного висновку.

Із анамнезу дізнавалися, спостерігалися лі у близьких родичів хворих такі новоутворення шкіри, які зазвичай оцінювалися як родимки і тому не звертали увагу. Також дізнавалися, були лі довгий час різні фізичні подразнення, які могли сприяти розвитку і агресії пухлинного ураження. Хворі вказували, що на ранніх

стадіях розвитку новоутворення шкіри мали рожеву болючу пляму, яка на протязі пролонгованого часу не загоювалася і супроводжувалося незначною кровотечею та свербжем і формувалася виразка. По третє - хворі підкреслювали, що збільшення новоутворення в розмірі та зміна їх кольорового відтінку викликало в них страх виникнення онкологічного ураження шкіри зовнішнього носа: меланоми, або раку шкіри. І тільки в таких випадках психоемоційний стан спонукав хворих звернутися за медичної допомогою.

**Результати дослідження.** Із залучених 60 хворих з новоутвореннями шкіри зовнішнього носа у 22 (36,7%) був БКРШ і 36 (60 %) ПКРШ і дві (3,3%) пацієнтки з меланою. Об'єктивно у наших хворих дійсно був такий перебіг клінічних ознак: нерівномірний колір пігментації новоутворення, які мали включення темних відтінків коричневого або рожевого кольору від розмитих країв, до їх зубчатих змін, збільшення форми пігментної плями та розмір (більш ніж 6 мм). Ці ознаки були характерні для 3,3% наших пацієнтів у яких морфологічно підтверджена меланома. Хворі були направлені в інститут раку України. Клінічна семіотика БКРШ: для 22 хворих виглядала як повільно зростаючий, блискучий рожевий або червоний клубок покритий лусочками, але з часом такі новоутворення стають твердими, можуть кровоточити або перетворюються в виразку. Другий вид злоякісного ураження шкіри зовнішнього носу у 36 досліджуваних був плоскоклітинний рак (ПКРШ) (синоніми: сквамозноклітинна карцинома, плоскоклітинна епітеліома, епідермічний рак, спиноцелюлярній рак). ПКРШ складається з аномальних клітин плоского епітелію зовнішнього шару шкіри. Клінічна семіотика: виглядає як жовта луската ділянка шкіри з ніжною поверхнею, що починає кровоточити від легкого дотику. На місці такого ураження з часом утворювалася теж виразка. Ця клінічна семіотика обох злоякісних утворень підтверджена мікроскопією (дерматоскопією), яка проводилася за допомогою мікроскопа з фіксацією клінічної семіотики. Термодиференційний тест теж підтвердив злоякісність досліджуваних новоутворень, результат був позитивним. Суть тесту – це біологічний тест заснований на різниці температур між здоровими ділянками



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 злякисного захворювання шкіри потрібен обов'язково морфологічне дослідження.

## **Клінічні види та ознаки злякисного новоутворення шкіри зовнішнього носа та обличчя**

**Євчева А. Ф.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

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

Клінічні ознаки таких злякисних 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