

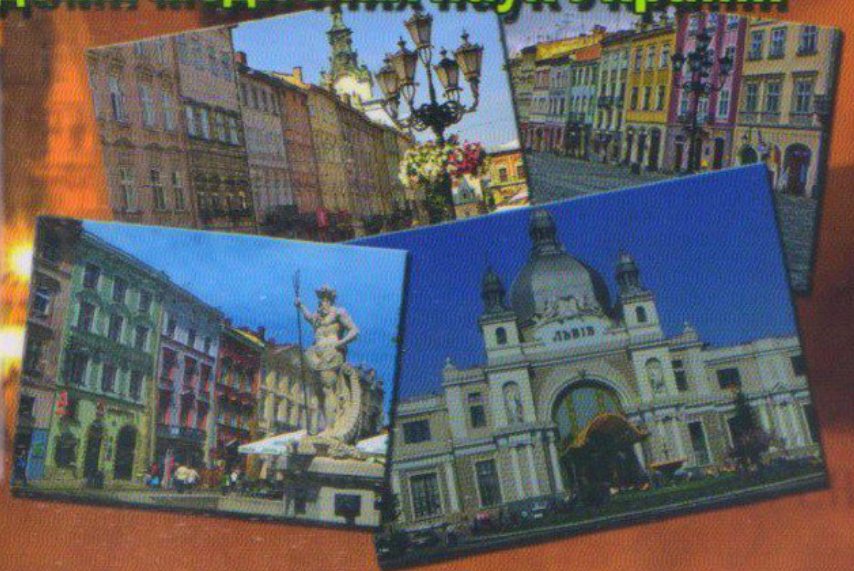
МАТЕРІАЛИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ УКРАЇНИ

«СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ
В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ»,

присвяченій 30-річчю з дня заснування
Національної академії медичних наук України

1-3 жовтня 2023 р.
м. Львів, Україна



Державна установа «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка
Національної академії медичних наук України»

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ УКРАЇНИ
«СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ДІАГНОСТИКИ
ТА ЛІКУВАННЯ В
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ»,
ПРИСВЯЧЕНА 30-РІЧЧЮ З ДНЯ
ЗАСНУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ**

2-3 жовтня 2023 р.

Львів – 2023

ПОМИЛКИ В ДІАГНОСТИЦІ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ШКІРИ ЗОВНІШНЬОГО НОСА

Кафедра оториноларингології Одеського національного медичного університету

Вступ. Шкіра обличчя і язик є дзеркалом організму людини, тому всі зміни в наслідок захворювання шлунково – кишкового тракту можуть проявлятися у вигляді запальних станів на шкірі та ротоглотці. Пролонгована дія шкідливих факторів – промислових та сонячна дія можуть призвести до формування запалення та переродження з доброякісного на злоякісне захворювання шкіри обличчя та тулубу. Всі ці стани призводять, по перше до косметичних та психологічних порушень і по друге діє на психологічний стан хворого про можливе онкологічне захворювання шкіри. І тому, дуже актуально своєчасно провести сан просвіт роботу з пацієнтами та комплексну діагностику.

Сьогодні теж відомо, що клінічний рак шкіри голови, шиї та тулубу може перебігати не агресивно і, як правило, має повільне зростання. Але утворення з патології меланоцитів шкіри протікає агресивно і це захворювання має назву меланома. Сьогодні відомо, що всі злоякісні пухлини шкіри можуть виходити з епідермісу або дерми і розповсюджуватися на суміжні тканини, включаючи хрящову і кісткову. Теж відомо, що від розповсюдження процесу і залежить об'єм хірургічного втручання.

Знання анатомо-фізіологічних особливостей шкіри допомагає клініцисту зрозуміти патогенез захворювання і встановити діагноз. Однак, в клінічній практиці не завжди спостерігається співпадіння клінічного і морфологічного заключення, тобто кінцевий клінічний діагноз у 22% не відповідає морфологічному заключенню.

Мета досліджування – порівняння клінічного діагнозу з кінцевим морфологічним дослідженням для визначення помилок в клінічній діагностиці.

Матеріал та методи дослідження. Під наглядом перебувало 85 хворих, яким було проведено клінічне обстеження та морфологічне дослідження після хірургічного вида-

лення пухлинного утворення шкіри з 2018 по 2022 рр. З 85 хворих, з підозрою на рак шкіри зовнішнього носа було – 40 пацієнтів, з підозрою на рак шкіри голови і шиї – 41 і 4 пацієнта з підозрою на рак шкіри черевної стінки. Ці хворі до хірургічного видалення були консультовані онкологами загальної хірургії, хірургами голова та шия, яким було рекомендовано одночасно провести хірургічне видалення з морфологічним дослідженням. Рекомендації були зафіксовані з заявою хворого, тобто була згода хворого. В цих випадках, коли не визначено розповсюдження, або обмежене розповсюдження, хворим було повідомлено що буде проведено, розширене хірургічне втручання радикального видалення пухлинного ураження, на що хворі дали згоду. Хірургічне видалення проводили після використання розчину Кляйня з метою зменшення кровотечі.

Результати дослідження та їх обговорення: Із 85 хворих, у 43 хворих морфологічно встановлено діагноз рак шкіри, що склало (50,6%). З них у 42 хворих (49,4%) був кератоз шкіри і тільки у 2 хворих був рак шкіри черевної стінки, що склало 2,4%. Спостереження пацієнтів протягом 3-5 років з раком шкіри обличчя та черевної стінки показало задовільну якість життя в усіх хворих зі злоякісними пухлинами шкіри. Ознак рецидиву не спостерігалось, тому хворі були оздоровлені і було рекомендовано виключити шкідливі дії – промислові та сонячні.

Висновки: 1. Клінічні помилки в діагностиці злоякісного захворювання шкіри склало 49,4%, у 43 хворих із 85, що свідчить про підвищену загальну онкологічну настороженість лікарів загального профілю.

2. Клінічно рак шкіри перебігав не агресивно і залежав від включення меланоцитів в процес.

Дедикова І.В., Колесніченко В.В. Оцінка методів діагностики стійкої назофарингеальної обструкції при зубощелепних аномаліях	31
Дєсва Ю.В. Ефективність застосування рослинних препаратів у хворих з гострим вірусним риносинуситом	32
Дєсва Ю.В. Гострі захворювання глотки – сучасне лікування топічними лікарськими засобами	33
Дєсва Ю.В., Бондаренко Я.В. Вплив акустичних електронних гаджетів на слух у молоді	35
Дєсва Ю.В., Коновалов С.Е., Бабченко Н.В. Стан мукоциліарного кліренсу у пацієнтів з викривленням носової перегородки та синдромом постназального стікання за результатом сахаринового тесту	36
Євчева А.Ф. Вплив техногенних агентів на збільшення раку шкіри людини в Одеській області	37
Євчева А.Ф., Євчев Ф.Д. Комплексна оцінка стану злоякісних новоутворень шкіри зовнішнього носа	38
Євчева А.Ф., Євчев Ф.Д. Помилки в діагностиці злоякісних новоутворень шкіри зовнішнього носа	40
Заболотна Д., Ісмагілов Е., Кізім Я., Шафінський О. Наш досвід ендоскопічного ендоназального видалення остеом фронто-етмоїдальної зони	41
Заболотна Д.Д., Молдованов І.А. Оцінка впливу дієти з підвищеним вмістом омега 3, обмеженою кількістю омега 6 та елімінацією ацетилсаліцилової кислоти на سینоназальні симптоми у хворих на хронічний поліпозний риносинусит з непереносимістю нестероїдних протизапальних препаратів	42
Заболотна Д.Д., Нестерчук В.І., Цвірінько І.Р., Руденька К.Л., Лисиця Л.О., Сарнацький К.С. Орбітальні ускладнення при гострому та хронічному риносинуситі	43
Заболотна Д.Д., Пелешенко Н.О., Нестерчук В.І., Савченко Т.Д., Гайдук В.Д., Шафінський О.В. Функціональна риносептопластика у пацієнтів після перенесених поранень	44
Заболотна Д.Д., Цвірінько І.Р., Черняк Є.М., Сарнацький К.С. Наш досвід ендоскопічної дакріоцисториностомії у пацієнтів з патологією нососльозних шляхів	45