



Тернопільський національний медичний
університет імені І.Я. Горбачевського
Міністерства охорони здоров'я України



Наукове товариство студентів ТНМУ
Рада молодих вчених ТНМУ

XXV

МІЖНАРОДНИЙ
МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС
СТУДЕНТІВ І
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

МАТЕРІАЛИ КОНГРЕСУ



12-14
КВІТНЯ

2021
Тернопіль
Україна

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**MINISTRY OF HEALTH OF UKRAINE
I. HORBACHEVSKY TERNOPIL NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY**

**XXV МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ**

**THE XXV INTERNATIONAL
MEDICAL CONGRESS OF STUDENTS AND YOUNG SCIENTISTS**



**12-14 КВІТНЯ 2021
APRIL 12-14, 2021**

**УКРМЕДКНИГА
ТЕРНОПІЛЬ, 2021**

Відповідальний редактор:

Ректор Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України,
д-р мед. наук, проф. М.М. Корда

Заступник відповідального редактора:

проректор з наукової роботи Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України,
д-р біол. наук, проф. І.М. Кліщ

Редакційна колегія:

- куратор Наукового товариства студентів, член Ради молодих вчених, канд. мед. наук, доцент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії С.В. Кучер;
- голова Ради молодих вчених, асистент кафедри управління та економіки фармації з технологією ліків А.І. Дуб;
- голова ради Наукового товариства студентів, студентка 5-го курсу медичного факультету Т.Р. Петрунько.

Студенти:

- студентка 5-го курсу медичного факультету Яна Грунтенко;
- студент 6-го курсу медичного факультету Вадим Буратинський;
- студент 5-го курсу медичного факультету Олександр Чолач;
- студент 5-го курсу медичного факультету Артем Маланчук;
- студент 4-го курсу медичного факультету Олександр Теренда;
- студентка 4-го курсу стоматологічного факультету Тетяна Довгалець;
- студентка 6-го курсу медичного факультету Юлія Бандрівська;
- студент 6-го курсу медичного факультету Юрій Опалінський.

використанням високоенергетичних джерел випромінювання та застосуванням значних за площею опромінюваних полів, крім високого клінічного ефекту, дає значне збільшення частоти ускладнень. Нерідко променеве навантаження, особливо у хворих з ендофітно розташованими пухлинами порожнини рота, перевищує адаптаційно-компенсаторні можливості організму. Променеві uszkodження характеризуються тривалим прогресуючим або рецидивуючим перебігом, невіддатливістю до лікування, септичними, алергічними та іншими важкими ускладненнями. До останнього часу вивченню клінічного перебігу та особливостей лікування променевих ушкоджень органів порожнини рота не приділялось достатньої уваги. Вони часто утруднюють спостереження за станом пухлинного осередку, гальмують результати лікування, погіршують загальний стан пацієнтів і приводять до їх інвалідизації та, в кінцевому результаті, впливають на тривалість життя онкологічних хворих.

Слід відмітити, що роботи, присвячені проблемам виникнення, перебігу, лікування та профілактики променевих уражень тканин порожнини рота є поодинокими і приводяться, головним чином, променевими терапевтами. Серед променевих уражень у хворих на рак порожнини рота найбільш часто зустрічається радіоепітеліт (16-90%) без або разом з радіо дерматитом. Розроблені класифікації місцевих променевих реакцій та ушкоджень стосуються, головним чином, інших органів та систем організму. В зв'язку з цим, доцільно розробити класифікацію гострих місцевих променевих реакцій та уражень органів порожнини рота. Серед актуальних та, до останнього часу, важковирішуваних проблем в онкологічній практиці суттєве місце займає диференціальна діагностика між такими формами гострих місцевих променевих ушкоджень, як набряк, фіброз, а також між променевою виразкою та некротизованою пухлиною. Для запобігання гострих місцевих променевих реакцій та ускладнень необхідно провести детальний аналіз провокуючих факторів, які сприяють променевим ураженням органів порожнини рота. Не останнє місце в профілактиці та лікуванні місцевих променевих уражень займають медикаментозні засоби, які корегують відновлення тканин, що не уражені пухлинним процесом. Від початку лікування на ортовольтних установках з'ясовано, що ерадикація пухлин можлива, проте, як наслідок такого лікування, виникають гострі та пізні ускладнення. Навіть після застосування глибокопроникної телетерапії (Cobalt-60), лінійних прискорювачів і двовимірного планування лікування терапевтична ефективність методу була не найвищою. Поєднання з бустом брахітерапії оптимізувало розподіл дози між пухлиною та навколишніми нормальними тканинами. Однак такий підхід все одно не був придатним при більшості

пухлин голови та шиї через анатомічні, медичні та технічні чинники.

За даними Коробко Є.В., Процика В.С. (2015) розвиток променевих мукозитів можливий як безпосередньо, так і в віддаленому періодах після променевої терапії. Лікування викликає значні труднощі і здебільшого малоефективно.

Висновок. Таким чином, вищевказане підкреслює актуальність проблеми, свідчить про необхідність подальшого вивчення провокуючих факторів, патогенезу, клінічних проявів та їх клінічної діагностики, а також розробки доступних та ефективних методів профілактики та лікування цієї найбільш поширеної форми променевих ушкоджень щелеп та порожнини рота.

Лунгу Катерина, Куйтуклу Микола

**ВПЛИВ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ І
ВНУТРІШНЬОАРТЕРІАЛЬНОЇ
ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ НА ПОКАЗНИКИ
ГЕМОГРАМ ХВОРИХ НА РАК
ПОРОЖНИНИ РОТА**

Кафедра хірургічної стоматології
Науковий керівник – д-р мед. наук, проф. А.Г. Гулюк
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна.

Актуальність. Одним із основних методів лікування хворих на рак порожнини рота залишається променева терапія як самостійний метод, а також в складі комбінованого та комплексного лікування. Сучасна променева терапія з використанням високоенергетичних джерел випромінювання та застосуванням значних за площею опромінюваних полів, крім високого клінічного ефекту, дає значне збільшення частоти ускладнень. Променеве навантаження у хворих на рак порожнини рота перевищує адаптаційно-компенсаторні можливості організму. Променеві ушкодження часто утруднюють спостереження за станом пухлинного осередку, гальмують результати лікування, погіршують загальний стан пацієнтів і приводять до їх інвалідності та, в кінцевому результаті, впливають на тривалість життя онкологічних хворих. Порівняльний аналіз гемограму хворих на рак порожнини рота та визначення ступеня токсичності внутрішньо-артеріальної поліхіміотерапії свідчить про ефективність одночасного проведення хіміопреневого етапу лікування у таких хворих. Променеві ушкодження часто утруднюють спостереження за станом пухлинного осередку, гальмують результати лікування, погіршують загальний стан пацієнтів і приводять до їх інвалідності та, в кінцевому результаті, впливають на тривалість життя онкологічних хворих.

Мета дослідження. Аналіз показників загального аналізу крові задля визначення ступеню побічних ефектів від променевої терапії та токсичності внутрішньо-артеріальної

поліхіміотерапії у хворих на рак порожнини рота.

Матеріали і методи дослідження.

Нами було вивчено і порівняно стан периферійної крові хворих з пізніми стадіями раку порожнини рота при лікуванні з використанням селективної внутрішньоартеріальної поліхіміотерапії в самостійному режимі і разом з штучною регіонарною гіперглікемією. Селективна внутрішньо-артеріальна поліхіміотерапія в самостійному режимі і селективна внутрішньо-артеріальна поліхіміотерапія разом з внутрішньо-артеріальною інфузією розчину глюкози згідно розроблених схем проведена у 75 хворих на рак порожнини рота (2-а гр. - 51 хворий, 3-я гр. – 24хворих). Зміни показників периферійної крові були вивчені у 27 хворих з 2-ої групи і 18 хворих з 3-ої групи.

Результати дослідження. В 1-й групі хворих (68 осіб), що на першому етапі лікування отримали тільки дистанційну променевою терапію (в сумарній дозі 60-70 Гр) спостерігалась виражена анемія ($E=2,7\pm 0,7 \times 10^2/л$), прискорення ШОЕ як наслідок негативного впливу застосованого методу на гемопоез. Для хворих на рак порожнини рота є характерним поступовий розвиток анемії з зниженням гемоглобіну, прискоренням ШОЕ, зниження кількості тромбоцитів, а також зменшення лейкоцитів в порівнянні з нормою. Проведення внутрішньо-артеріальної поліхіміотерапії у всіх досліджених хворих не мало високих проявів токсичності. Звертає увагу відсутність достовірної зміни показників гемопоезу, хоча в результаті лікування хворих 2-ої групи з використанням тільки внутрішньо-артеріальної хіміотерапії відмічено наявність помірної анемії, котра має нормохромний характер ($E - 3,6\pm 0,005 \times 10^{12}/л$, гемоглобін - $107,5 \pm 2,1г/л$), на відміну від показників, отриманих у хворих з 1-ої групи. Незначні зміни на краще спостерігались у хворих 3-ої групи, у яких в комплекс лікувальних заходів входила селективна внутрішньо-артеріальна поліхіміотерапія разом з внутрішньо-артеріальною інфузією розчину глюкози.

Висновок. Істотної різниці в динаміці змін показників крові еритроцитів та гемоглобіну, лейкоцитів, ШОЕ, лімфоцитів не було, але тенденція до зростання кількості цих показників наводить на думку про захисну роль глюкози на систему гемопоезу. Потрібно підкреслити, що відсоток побічних ефектів був значно нижче у групі з використанням селективної внутрішньо-артеріальної поліхіміотерапії і внутрішньо-артеріальної інфузії розчину глюкози.

Луць Ольга

**СТОМАТИТ СЕТТОНА У ПРАКТИЦІ
ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА**

Кафедра терапевтичної стоматології
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. М.С. Залізник
Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України
м. Тернопіль

Актуальність. Стomatит Сеттона – це важка форма хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту (ХРАС), який становить 10-25% у загальній популяції. Діагностуючи дане захворювання спостерігають зниження резистентності організму, викликане інфекційними процесами, стресовими ситуаціями, активуванням патогенної мікрофлори в порожнині рота, а також наявністю супутньої патології.

Мета дослідження. Визначити основні патогномонічні ознаки стоматиту Сеттона для подальшого розроблення ефективної схеми лікування.

Матеріали та методи дослідження.

Нами проведено клінічне обстеження 62 осіб віком 20-25 років з патологією слизової оболонки ротової порожнини, серед яких у 8 виявлено хронічний рецидивуючий афтозний стоматит, з них у 2 осіб діагностовано важку форму ХРАС – стоматит Сеттона.

Результати дослідження. У хворих на стоматит Сеттона на слизовій оболонці щік, боковій поверхні язика, м'якого піднебіння, дна ротової порожнини спостерігали наявність глибоких поодиноких афт до 1 см у діаметрі, круглої чи овальної форми, які оточені вінчиком гіперемії, вкриті фібринозним нальотом з ущільненими краями. Пацієнтів турбував нестерпний біль, печіння, зтягнутість слизової оболонки на місці ураження, підвищення температури тіла до субфебрильних показників, збільшення регіональних лімфатичних вузлів, втрата апетиту, підвищена дратівливість. Пацієнти скаржились на рецидиви захворювання кожного місяця. Об'єктивно на слизовій оболонці ротової порожнини спостерігали наявність рубців після епітелізації елементів ураження.

Висновок. Отже, основними клінічними ознаками стоматиту Сеттона є наступні:

1. Елементом ураження при стоматиті Сеттона так, як і при ХРАС є афта, але більших розмірів, близько 1 см у діаметрі.

2. Афта трансформується в глибоку виразку, тому місці дефекту залишаються грубі сполучнотканинні рубці, що призводять до деформації слизової оболонки порожнини рота.

3. Стоматит Сеттона рецидує більше 6 разів на рік, а інколи і кожного місяця.