

Використання препарату "Кріоцел" в комплексній терапії флегмон призводить до відновлення нейроендокринної регуляції, що стимулює репаративні процеси.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ПЕРЕДРАКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ

АВЕТІКОВ Д.С., ЯЦЕНКО І.В., АХМЕРОВ В.Д., ЛОКЕС К.П.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Нині діагностика онкологічних захворювань щелепно-лицьової локалізації є проблемою, яка до теперішнього часу далека до остаточного рішення.

Розрізняють наступні рівні діагностики онкологічних процесів: надрання, рання, своєчасна, пізня.

Надрання діагностика – це пренатальне розпізнавання пухлини, основний метод діагностики пов'язаний з визначенням генетичного маркера захворювання.

Рання діагностика виявляє початкові стадії процесу, при якому вже сталася злаякісна трансформація у вигляді розмноження пухлинних елементів. На цій стадії пухлина не дає метастазів і хворий може бути вилікуваний назавжди.

Своєчасна діагностика виявляє новоутворення при його поширеності T1-2 NoMo.

Пізня діагностика пов'язана зі встановленням злаякісної пухлини T3-4 у поєднанні з регіонарними метастазами N1-3, або меншій поширеності з віддаленими метастазами M1.

Позитивні результати лікування злаякісних пухлин при сучасному рівні медицини тісно пов'язані з поліпшенням ранньої діагностики, в основі якої, передусім, лежить онкологічна настороженість лікарів при огляді пацієнтів, особливо з неясною клінічною картиною захворювання. Пухлини у стадії I - II піддаються хірургічному лікуванню, радіотерапії або комбінації цих методів. У стадії III - IV приєднується хіміотерапія, хірургічні втручання проводяться у більшому об'ємі, що істотно знижує якість життя пацієнтів в період після лікування.

Найбільш ефективним в діагностиці патологічних процесів слизової оболонки порожнини рота є комплексне, багатоступінчасте обстеження. У загальній онкологічній практиці і в хірургічній стоматології зокрема широко використовуються методи, засновані на отриманні зображення, такі як рентгеноскопія, рентгенівська комп'ютерна томографія, а також оптична когерентна томографія (ОКТ).

Метою і завданням ОКТ традиційно є пошук дисплазії і малігнізації епітелію слизової оболонки порожнини рота на тлі лейкоплакії. В усіх випадках діагностика будується на втраті зображенням стратифікації і контрасту між дисплазированим багат шаровим епітелієм і сполучною тканиною. Прижиттєве ОКТ демонструє відмінну здатність виявляти і діагностувати передрак і початковий рак слизової оболонки порожнини рота. Наші дослідження по застосуванню ОКТ для вирішення цього важливого клінічного завдання показали, що якщо при плоскій лейкоплакії стратифікація зображення ще зберігається, то верукозная лейкоплакія без малігнізації демонструє малоконтрастне зображення з високим рівнем сигналу від шару кератину, який не дозволяє спостерігати шари, що знаходяться нижче. Подібне неконтрастне зображення демонструє і *cancer in situ*.

Для прогнозування ступеня тяжкості передракових захворювань порожнини рота в процесі променевої або хіміопроменевої терапії необхідно порівняти зняті в одній і тій же точці ОКТ-зображення слизової оболонки до початку лікування і в день появи перших клінічних ознак променевої реакції. Динаміку лікування прогнозують по зникненню на ОКТ-

зображенні межі між епітелієм та сполучною тканиною. Ця інформація може виявитися у край важливою при виборі патогенетично обґрунтованої профілактики і терапії лейкоплакії.

Таким чином, застосування в діагностиці онкологічних захворювань оптичної когерентної томографії дає можливість отримати об'єктивну інформацію про властивості біотканин, розширює клінічні можливості ранньої діагностики передракових захворювань м'яких тканин щелепно-лицьової області, а також забезпечує ефективне спостереження за динамікою перебігу хвороби.

ОЧАГИ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ТРЕТЬИМИ МОЛЯРАМИ У ЖЕНЩИН

АЛИ ТЕРГАМ АБДУЛАМИР, ПОХОДЕНЬКО-ЧУДАКОВА И.О., ТАРЕСЕВИЧ О М.

*Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», ГУ
«Республиканская клиническая стоматологическая поликлиника», г. Минск, Республика
Беларусь*

Введение. Известно, что за счет близкого расположения клетчаточных пространств, прилежащих к ретромолярной зоне, любой одонтогенный патологический процесс, причиной которого является третий моляр способен явиться причиной развития активного протекающего инфекционно-воспалительного процесса [2]. Эти осложнения достаточно часто констатируются у лиц в возрасте 19-45 лет, надолго исключая их из сферы общественного производства. Кроме того, необходимо принимать во внимание, что женщины этого возраста относятся к фертильной группе населения. Все перечисленное указывает на актуальность избранной тематики исследования.

Цель работы – исследовать структуру очагов хронической одонтогенной инфекции связанных с третьими молярами у женщин 15-46 лет.

Объекты и методы. Исследовали результаты конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) 101 женщины в возрасте 15-46, у которых в анамнезе присутствовали травмы, операции, наследственная и приобретенная соматическая патология, требующая медицинской реабилитации. Указанные пациентки, в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) были разделены на возрастные группы [1]. При анализе КЛКТ учитывали наличие патологического кармана в области третьего моляра, деструктивных поражений твердых тканей зубов, присутствие патологических изменений в зоне периапикальных тканей. Полученные данные обрабатывали статистически.

Результаты. Анализу были подвергнуты пространственные изображения 265 третьих моляров, из них 118 (44,5%) – на верхней челюсти и 147 (55,5%) – на нижней челюсти. Патологические карманы были констатированы у 213 зубов, что составляет 80,4% от общего числа изображений третьих моляров. В том числе у 90 (42,3%) третьих моляров на верхней челюсти и у 123 (57,7%) – на нижней. Патологические карманы в области третьих моляров у молодых женщин формируются на нижней челюсти в 1,4 раза чаще, чем на верхней челюсти. Кариозным процессом различной степени было поражено 23 третьих моляра, что составило 8,7% от общего числа обследованных зубов. Эти поражения констатированы у 12 пациентов, что составило 11,9% от общего числа обследованных лиц и 13,2% от числа пациентов с наличием третьих моляров. Распределение кариозных поражений исследуемых зубов по возрастным группам было следующим. В возрастных периодах 15-19 лет, 20-24 года и 45-54 года пораженных кариесом третьих моляров не было. В возрастной период 25-34 года кариес