

Аветіков Д.С., Яценко І.В., Ахмеров В.Д., Локес К.П., Ставицький С.О.

## СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ПЕРЕДРАКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.*

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

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

Дуже рання 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 дисплазованим багатошаровим 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 веррукозна 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 украй 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.