

более 50 Гр. Преимущественной локализацией опухоли были язык – 47,9 % и дно полости рта – 34,5 %. У 111 (78,2 %) пациентов операции были комбинированными, в том числе с резекцией нижней челюсти у 100 больных. В 103 случаях одновременно выполнена радикальная шейная диссекция. Одномоментное замещение дефекта выполнено 96 больным в основном кожно-мышечными лоскутами (76 больных). У 5 больных для замещения дефекта нижней челюсти использовались свободные реvascularизированные кожно-мышечно-костные аутотрансплантаты. Для оценки частоты осложнений выделены три группы больных: I – ДГТ в СОД 50–60 Гр (31), II – ДГТ в СОД более 60 Гр (55) и III группа – сочетанная лучевая терапия в СОД более 60 Гр (56).

Результаты. Местные осложнения развились

у 62 % больных. Наиболее часто осложнения отмечены у больных II группы – в 70,9 % случаев по сравнению с больными I и III групп – в 51,6 и 58,9 % соответственно. Наиболее тяжелые осложнения также преобладали во II группе – у 28,2 % больных, а в I и III группах они были в 6,2 и 15,2 % случаев соответственно. При комбинированных операциях осложнения отмечены у 72 %, а при стандартных – только у 19,3 % больных. В целом 3-летняя выживаемость составила 52,1 %, 5-летняя – 40,9 % при медиане выживаемости 40,5 мес.

Выводы. Хирургические вмешательства являются методом выбора при рецидиве или продолженном росте рака слизистой полости рта после облучения. Основным фактором, влияющим на частоту местных послеоперационных осложнений, являются доза наружного облучения более 60 Гр и объем хирургичес-

кого вмешательства.

СОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ОРГАНОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Н.Ю. Фомина, И.Г. Фролова, Е.Л. Чойнзонов, С.А. Величко

ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск

Одним из основных параметров, определяющих прогноз онкологического заболевания, является степень распространенности опухолевого процесса. Состояние лимфатических узлов шеи, по мнению ряда авторов, является наиболее важным прогностическим фактором у больных злокачественными опухолями органов головы и шеи.

Цель исследования. Повышение эффективности дифференциальной диагностики характера поражения лимфатического аппарата у больных злокачественными опухолями органов головы и шеи.

В группу исследования включены 40 больных раком гортани, гортаноглотки, рото- и носоглотки, раком слизистой дна полости рта, корня языка и раком щитовидной железы, у которых при сонографии выявлены увеличенные регионарные лимфатические узлы шеи. Средний возраст составил 42,7 года. Обследование пациентов проводилось на ультразвуковых аппаратах Logiq 400CL (GE, США) и Aloka SSD 5500 (Aloka com.) с использованием линейных датчиков частотой 10 и 11 МГц. При выявлении лимфатических узлов определялась их локализация, оценивались

размеры, форма, эхогенность, структура, контуры, а также степень васкуляризации и тип кровотока. В 31 случае (77,5 %) определялись югулярные лимфатические узлы, расположенные вдоль внутренней яремной вены с одной или двух сторон. В 9 наблюдениях (22,5 %) визуализировались как внутренние яремные, так и латеральные глубокие шейные лимфатические узлы. Гиперплазированные лимфоузлы в 71,4 % имели вытянутую овальную форму, их размеры не превышали 10–15 мм по длиннику. Периферическая зона узла определялась в виде неодинаковой ширины полосы пониженной эхогенности, центральная часть – участком однородной или неоднородной структуры повышенной эхогенности. Контуры их были ровные и четкие во всех случаях. Метастатические лимфоузлы визуализировались как одиночные или множественные образования округлой или неправильной формы в 54 и 35 % соответственно, пониженной эхогенности, с неодинаковым по силе эффектом дорсального усиления. Структура лимфоузлов была неоднородной в 78 % наблюдений за счет различной величины включений повышенной эхогенности (мелкодисперсные, линейные, пластинчатые и др.). При распаде определялись анэхо-

генные участки различных размеров и формы.

При доплерографии в режиме цветового доплеровского картирования по скорости и/или энергии потока мы оценивали качественные показатели кровотока в лимфатических узлах (степень васкуляризации, тип кровотока). При метастатическом поражении в лимфатических узлах в 61 % случаев имела место высокая степень васкуляризации. В 69 % наблюдений отмечен рассыпной тип интранодулярного кровотока, при котором окрашивание сосудов наблюдалось по всей плоскости акустического среза, а в 31 % воротный тип – в режиме ЦДК и ЭД визуализирова-

лись питающий сосуд и отходящие от него ветви. При гиперплазии во всех случаях имелся воротный тип васкуляризации лимфоузлов.

Таким образом, ультразвукография позволила во всех случаях визуализировать увеличенные шейные лимфоузлы, среди которых наибольшее клиническое значение имеет состояние яремных узлов. Метастатическое поражение лимфоузлов диагностировано в 65 %, гиперплазия – в 35 %, при этом пальпаторно узлы не определялись в 20 % случаев. Диагностическая эффективность УЗИ в оценке лимфогенного метастазирования опухолей органов головы и шеи составила: чувствительность – 88,5 %, специфичность – 76,9 %, точность – 82,5 %.

СПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ, ПОЛОСТИ НОСА И ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

**И.Г. Фролова, Е.Л. Чойнзонов, В.А. Новиков, С.А. Величко,
Н.Г. Трухачева, В.И. Штин, В.М. Гуляев**

ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск

Визуализация опухолевой патологии челюстно-лицевой области в ряде случаев сложна вследствие поражения нескольких анатомических областей – и часто правильный диагноз устанавливается спустя 6–10 мес после проявления болезни, когда процесс становится распространенным.

Цель исследования. Оценка возможностей спиральной компьютерной томографии (СКТ) в диагностике опухолей придаточных пазух носа. Обследовано 25 больных. Преимущественной локализацией опухоли были верхнечелюстные пазухи (53 %), реже решетчатый лабиринт (20 %), полость носа (12 %), альвеолярный отросток верхней челюсти (9 %), лобная пазуха (6 %). Морфологическая верификация получена во всех случаях. СКТ лицевого скелета выполнена на мультиспиральном томографе “Somatom sensation-4” в аксиальной, коронарной и фронтальной проекциях по программе спирального сканирования (срезы 1/1 мм, pitch, равный 1–1,5), с последующими мультипланарными реформациями

и построением объемного (Д3) изображения. Анализ изображений осуществлялся в режимах мягкотканного и костного окон.

С помощью СКТ в 94 % случаев удалось точно определить локализацию первичной опухоли, ее размеры, структуру. Распространенность патологического процесса на пограничные анатомические области (орбиту, полость черепа, твердое небо, основание черепа и др.) правильно диагностирована в 88 % случаев, т.е. при исследовании хорошо определялись деструкция костной ткани, деформация соседних анатомических образований. Также СКТ способствовала достоверной оценке состояния мягких тканей лицевого скелета, хотя иногда было сложно дифференцировать мягкотканый компонент опухоли и сопутствующее воспаление.

Таким образом, СКТ играет важную роль в диагностике опухолевой патологии лицевого скелета, существенно расширяя возможности топической диагностики, и данные исследования можно использовать для выбора метода лечения, в частности для обоснования хирургиче-