

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-