



В течение 70 лет многочисленные исследования Keidel и до наших дней в ультразвуковой диагностике заболеваний головы и шеи произошли разительные перемены, которые наблюдаются в медицине в целом и которые неотделимы от клинической медицины [3].

*УЗ-диагностика заболеваний щитовидной железы.* Хорошо известно, что на основании УЗ-признаков, узлов, подозрительных на злокачественность, принимается решение о проведении биопсии узла, поэтому, оценивая в совокупности несколько признаков злокачественности, можно улучшить точность диагностики. Недавно исследователи для классификации узлов щитовидной железы, определения риска злокачественности предложили использовать специально разработанную программу (TIRADS). Эта классификация отражает риск злокачественности, выраженный в процентах. Так, TIRADS 2 соответствует нулевому риску злокачественности, TIRADS 3 – 5% риск злокачественности, TIRADS 4 – 5–80%, TIRADS 5 – более 80%. Однако недостатками данного метода являются субъективность, зависимость от аппаратуры и описательный характер. И все же заключительным этапом для постановки диагноза является биопсия образования, а именно ТАПБ под УЗ-контролем с последующим цитологическим исследованием биоптата [4, 5].

*УЗИ при заболеваниях сосудов.* Местно распространенные опухоли могут прорасти как в мелкие, так и в магистральные сосуды шеи. Наряду с инфильтрацией в яремную вену, опухоли могут инфильтрировать ОСА ее луковицу и ВСА. Для планирования тактики хирургического лечения необходимо знать, как растет опухоль относительно сосудов шеи. Даже в том случае если опухоли исходят из самой луковицы ОСА, очень важными являются данные в отношении опухоли к сосудистой стенке для планирования тактики оперативного лечения. Задачи, которые ставят перед врачом ультразвуковой диагностики хирурги, это наличие и распространенность опухолевого процесса и его инвазия в окружающие ткани, необходимая информация для планирования тактики хирургического вмешательства. К косвенным сонографическим признакам прорастания опухоли относятся протяженное соприкосновение с сосудистой стенкой до 3 см, охват стенки опухолью более чем на 150%, неподвижность опухоли относительно сосуда. К прямым сонографическим признакам прорастания опухоли в сосуд относят: 1 – визуализация опухоли в просвете сосуда, 2 – прерывистость эхосигнала от сосудистой стенки, 3 – отсутствие прослойки ткани между опухолью и сосудистой стенкой и смещение сосуда при попытке смещения опухоли [6].

*УЗ-диагностика больших слюнных желез.* Слюнные железы анатомически расположены от-

носительно поверхностно, имеют четкие границы с окружающими тканями и типичную эхогенность, что значительно облегчает исследование. УЗИ является высоко чувствительным методом визуализации при заболеваниях слюнных желез [7, 8]. Врач, основываясь на ультразвуковой картине, плюс клинические данные, получает возможность быстро составить о нормальной и патологической анатомии слюнных желез. Также выполнение УЗИ в предоперационном периоде позволяет определиться с локализацией патологического очага и уточнить состояние окружающих анатомических структур. Однако данное исследование дает немаловажный, но лишь описательный характер, в то время как применение ТАПБ под УЗ-навигацией позволяет дать морфологическую верификацию для определения дальнейшей тактики оперативного вмешательства.

*УЗ-диагностика заболеваний околоносовых пазух.* В диагностике заболеваний околоносовых пазух применяется УЗИ в А-режиме, однако существует применение В-режима, но значительно реже. Преимуществом данного метода является датчик небольших размеров, облегчающий визуализацию околоносовых пазух. Однако данное исследование является одномерным, поэтому требуется большой опыт в интерпретации полученных данных. Околоносовые пазухи ограничены от датчика костными пластинами, которые являются препятствием для прохождения ультразвукового луча. Однако при наличии патологического процесса ультразвуковой луч проникает через кость, что позволяет произвести исследование. Вместе с тем это относится лишь к поверхностно расположенным, к лобным и верхнечелюстным пазухам, клетки решетчатого лабиринта визуализировать затруднительно, а визуализировать основную пазуху невозможно. УЗИ околоносовых пазух применяют, как правило, для диагностики острого воспаления верхнечелюстной и лобных пазух и особенно в экстренных случаях, также УЗИ применяют и в качестве динамического наблюдения, при полипах, опухоли, жидкости, полностью или частично заполняющие пазуху, острым гайморитом или фронтитом, кисте и мукоцеле [9].

*Метастазы в лимфатические узлы шеи.* Необходимость в тщательном исследовании регионарных зон лимфооттока при раке головы и шеи в целях исключения или же раннего выявления метастазирования в шейные лимфатические узлы до появления клинических проявлений очень важно. Своевременная диагностика данных осложнений и специализированное лечение позволят повысить качество жизни и продолжительность жизни онкологических больных [10].

Поэтому к обязательным диагностическим исследованиям пациентов с диагнозом рака гортани и гортаноглотки относится ультразвуковой