

2009. – №9. – С. 108–109.

3. Фоломеев В.Н. Восстановительное лечение больных с постинтубационными стенозами гортани и трахеи. – М., 2001.

4. Чирешкин Д.Г., Дунаевская А.М., Тимен Г.Э. Лазерная эндоскопическая хирургия верхних дыхательных путей. – М.: Медицина, 1990.

5. Шамсиев Д.Ф., Рузматов К.М. Реконструкция гортани при травмах щитоподъязычной мембраны // *Stomatologiya*. – 2018. – №4. – С. 87-89.

6. Bagwell C.E., Talbert J.L., Tepas J.J. Balloon dilatation of long- segment tracheal stenosis // *J. Pediatr. Surg.* – 1991. – Vol. 26, №2. – P. 153-159.

7. Cohen M.D., Weber T.R., Rao C.C. Balloon dilatation of tracheal and bronchial stenosis // *Amer. J. Roentgenol.* – 1984. – Vol. 142, №3. – P. 477-478.

8. Hautefort C., Teissier N., Viala P. Balloon Dilation Laryngoplasty for Subglottic Stenosis in Children Eight Years' Experience // *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* – 2012. – Vol. 3. – P. 235-240.

9. Jorda C., Penalver J.C., Escriva J. et al. Balloon dilatation of the trachea as treatment for idiopathic laryngotracheal stenosis // *Arch. Bronconeumol.* – 2007. – Vol. 43, №12. – P. 692-694.

10. Visaya J.M., Ward R.F., Modi V.K. Feasibility and mortality of airway balloon dilation in a live rabbit model // *Otolaryngol. Head Neck Surg.* – 2014. – Vol. 140, №3. – P. 215-219.

Резюме

Цель: оптимизация методов лечения больных с подвязочным стенозом гортани. **Материал и методы:** проведено обследование и лечение 8 пациентов с подвязочным стенозом гортани различной этиологии. **Этиологией** развития подвязочного стеноза гортани у 5 пациентов являлась длительная интубация, у 3 гранулематоз

Вегенера. **Результаты:** всем пациентам была произведена эндоскопическая операция баллонной дилатации подвязочного стеноза гортани под прямой опорной ларингоскопией с использованием видеоэндоскопической техники. В результате проведенного лечения у всех больных удалось добиться стойкого расширения просвета подвязочного отдела гортани, сократить длительность стационарного лечения и периода полной реабилитации. Рестенозирование подвязочного стеноза гортани наблюдалось у одного пациента с гранулематозом Вегенера, связанное с рецидивом основного заболевания.

Ключевые слова: подвязочный стеноз гортани, гранулематоз Вегенера, баллонная дилатация, эндоскопия.

Summary

Present study was to optimize the treatment of patients with subglottic laryngeal stenosis. **Materials and methods:** We have examined a total of 8 patients presenting with subglottic laryngeal stenosis. The etiological factors and underlying conditions of laryngeal stenosis were the prolonged intubation in 5 patients, Wegener granulomatosis in 3 patients. All the patients underwent balloon dilatation with the application of the video endoscopic technique. **Results:** The surgical treatment of all the patients made it possible to achieve the persistent expansion of the lumen of the subglottic part of the larynx, to shorten the periods of the in-patient treatment and rehabilitation of the patients. Restenosis of laryngeal lining stenting was observed in one patient presenting with Wegener's granulomatosis which was associated with the relapse of the underlying disease.

Key words: subglottic laryngeal stenosis, Wegener's granulomatosis, balloon dilatation, endoscopy.

УДК: 612.7/.78:616.211-053.2

РИНОЛАЛИК БОЛАЛАР НУТҚИ ВА ОВОЗИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ



Шокирова Шахноза Дилмуродовна

Низомий номидаги ТДПУ, Логопедия кафедраси

Жаҳонда жисмоний ёки руҳий ривожланишида нуқсонли бўлган болалар сиёсий, иқтисодий, ижтимоий, маданий соҳаларда жамият ҳамда давлатни ривожлантиришнинг тенг ҳуқуқли иштирокчиси экани эътироф қилинмоқда.

Маҳсул таълимга эҳтиёжи бўлган болаларни мактабгача таълим, умумий ўрта таълим олишини йўлга қўйиш, уларнинг ижтимоий ҳимоя тизимини мустаҳкамлаш, ногиронлиги бўлган болаларнинг ҳуқуқларини ҳимоя қилиш ҳамда

инклюзив таълимга жалб этиш UNICEF ташкилоти томонидан қўллаб-қувватланмоқда. Шу билан бирга мактабгача ёшдаги оғир нутқ нуқсони бўлган болаларнинг замонавий таълим олиши UNICEF томонидан ишлаб чиқилган халқаро ҳуқуқий ҳужжатлар [5] асосида қафолатланган.

Республикада таълим-тарбия тизимини такомиллаштириш ва баркамол авлодни тарбиялаш давлат сиёсатининг устувор йўналиши даражасига кўтарилди. Ўзбекистон Республикасида Мактабгача таълим вазирлиги ташкил этилди, мактабгача таълим муассасаларининг моддий-техник базаси мустаҳкамланди, меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатлар, «Болажон» таянч дастури такомиллаштирилди, «Илк қадам» давлат ўқув дастури ишлаб чиқилди, шунингдек, 3–6 ёшли қизларни маънавий-ахлоқий тарбиялаш, соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш мақсадида «Зумрадойлар давраси» тўғарақлари, замонавий таълим дастурлари жорий қилинди. Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегиясида «...мактабгача таълим муассасалари тармоғини кенгайтириш ва ушбу муассасаларда болаларнинг ҳар томонлама интеллектуал, эстетик ва жисмоний ривожланиши учун шарт-шароитларни тубдан яхшилаш, болаларнинг мактабгача таълим билан қамраб олинишини жиддий ошириш ва фойдаланиш имкониятларини таъминлаш, педагог ва мутахассисларнинг малака даражасини юксалтириш»[□] каби вазифалар белгиланиб, бугунги кунда кичик ва катта мактабгача ёшдаги болаларнинг нутқини ривожлантириш, шунингдек, таълимнинг кейинги босқичига муваффақиятли ўтишини таъминлаш долзарб аҳамият касб этмоқда. Ринолалия нутқ камчилигига эга бўлган болалар ҳам бундан мустасно эмаслар.

Ринолалия (грекча сўздан олинган бўлиб, *rhinos*-бурун, *lalia*-нутқ) нутқ аппаратининг анатомик ва физиологик камчиликлари сабабли овоз тембри ва товушлар талаффузидаги бузилишдир. Бунда барча унли товушлар манқаланиб талаффуз қилинади, ундошлар эса нутқда бўлмайди ёки унлиларга ўхшаб бурунланиб талаффуз қилинади, шунинг учун бола нутқи манқаланиб, тушунарсиз чиқади.

Икки турдаги бурунланиш фарқланади: очик ва ёпиқ. Бу икки турдаги бурунланиш ҳам органик ёки функционал бўлиши мумкин. Ёпиқ бурунланиш гипертрофик шамоллаш оқибати, бурун бўшлиғида полиплар ва аденоидларнинг мавжудлиги, бурун ва бурун ҳалқумдаги ёриқликлар, шунингдек, болани бурунланиб гапирадиган бола ёки катталар нутқига тақлид қилиш оқибатида келиб чиқиши мумкин. Ёпиқ бурунланишли (ринолалияли) болалар бурундан нафас олишга қийинлашади ёки умуман бурун

билан нафас ололмайди, оқибатда, “м” товуши “б” товуши билан, “н” товуши “д” товуши билан алмаштирилади, масалан: машина сўзи “башида”, нон сўзи “дод” тарзида талаффуз қиланади.

Ринолалия бўйича дастлабки илмий ишлар врачлар томонидан ёзилган бўлиб, уларнинг ҳаракатлари танглай бўртмасини тўлиқ тиклашга қаратилади. Қайта ҳосил қилинган танглай пардаси етарли даражада узун ва ҳаракатчан бўлиши ҳамда ҳалқумнинг орқа девори учун бирика олиши лозим. Бу самарага эришиш бурун ва бурун ўртасидаги йўлнинг эркин ёрилиш имкониятини таъминлайди ҳамда бурун оттенкасини бартараф этишга асос яратади ёки уни тўлиқ бартараф этади [1].

Ринолалияда нутқ кечикиб ривожланади, яъни биринчи сўзлар икки ёшда ва ундан кейин пайдо бўлади. Нутқ ўзига хос сифатли хусусиятларга эга бўлади. Импрессив нутқ нисбатан нормал ривожланади, экспрессив нутқда аҳамиятли ўзгаришлар бўлади. Биринчи навбатда беморлар нутқини кам тушунарлигини таъкидлаш зарур. Беморлар учун баъзи ундош товушларнинг талаффузи катта қийинчилик тугд иради, яъни *л, т, д, ч, ш, ж, р* товушлари учун юқори тишлар ва альвеоллар олдида зарурий тўсиқ ярата олмайдилар. *С, з* товушларининг талаффузида болалар пастки тишлар олдида тусиқ ҳосил қила олмайдилар, натижада сиргалувчи ва шовкинли ундош товушлар талаффузи ўзига хос жарангланишга эга бўлади. *К, г* товушлари умуман йук бўлади ёки портлаш улар ўрнини босади. Унли товушлар тилнинг орқага тортилиши ва ҳавони бурундан чиқиши билан талаффуз қилинади ва сустлашган лаб артикуляцияси билан характерланади. Шу тарзда унли ва ундош товушлар кучли бурун оттенкаси билан шаклланади. Уларнинг артикуляцияси аҳамиятли даражада ўзгарган бўлади ва товушлар ўзаро аниқ дифференциялашмайди. Баъзида ринолалик болалар нутқидаги артикулемалар нормага жуда яқин бўлади, лекин шунга қарамай уларнинг талаффузи эшитувчи томонидан нуқсонли деб идрок қилинади, чунки нутқий нафас олиш бузилиши хисобига, артикуляция ҳамда товуш эффектига таъсир қилувчи юз мускулларининг ортикча кучланиши пайдо бўлади. Ринолалияда товушлар талаффузи тотал бузилган бўлади. Нутқни фонетик жиҳатдан бузилиши бирламчи хисобланиб, у нутқнинг лексик-грамматик қурилишининг шаклланишига таъсир кўрсатади. Ринолалияда нутқнинг бузилиши беморларнинг жамоадаги ҳолатини қийинлаштиради. Кўпинча жамоа билан уларнинг мулоқоти бир томонлама бўлади, алоқа натижаси эса беморларга катта зарба беради. Болаларда уялиш, таъсирланувчанлик, одамларга аралашмаслик ривожланади. Нутқ

нуксонини бартараф этиш бўйича мақсадга қаратилган иш характернинг ижобий сифатларини қарор топишига имконият яратади, олий руҳий функцияларни ривожланишини стимуллаштиради. Адабиётларда келтирилган катамистик маълумотлар ва кузатишларнинг кўрсатишича, ринолалик болалар нуксонни юқори даражада компенсация қилиш ва функцияларни реабилитация қилишга кодир бўладилар.

Хулоса қилиб, шуни айтиш керакки, туғма ёриқликлар бола организмнинг шаклланиши ва руҳий жараёнларнинг ривожланишига таъсир қилади ҳамда бу таъсир салбий характерда бўлади. Беморлар нуксонни (бартараф) компенсация қилишнинг ўзига хос йўллари излайдилар, натижада артикуляцион аппарат мускулларининг нотўғри ўзаро боғлиқлиги шаклланади.

Ринолалияда турли хил овоз бузилишлари ҳам кузатилади. Нутқни жарангдорлиги, оҳангини бузувчи овоз тембридаги ўзгаришлар етакчи ҳисобланади. Бу ҳол бурун ва оғиз бўшлиғининг чегараланмаганлигининг ҳисобига келиб чиқади.

Танглай ёриқлиги анатомик нуксон сифатида бурун, хиқилдоқ, бўйин бўшлиғининг резанаторлик тузилишини асимметрик ҳолатига олиб келади. Юмшоқ танглай мушакларининг анатомик ва функционал асимметрияси вақт ўтиши билан овоз бойламларининг функционал бузилишига олиб келади.

Юқорида кўрсатиб ўтилган патология беморларнинг нутқий нафас олишни қийинлаштиради. Натижада танглай ёриқликларида овознинг жарангдорлиги ва фонация механизми ўзига хослик касб этадики, уни М.Зееман мустақил нуксон сифатида таърифлаб, “палатин дисфанияси” ва “палатофания” деб номлайди.

Шундай қилиб, нутқий патологияга эга бўлган мактабгача ёшдаги болаларда биринчи навбатда ўпка ҳажмини ривожлантириш, ўрта ва катта мактабгача ёшда эса нафаснинг кўкрак-қорин турини шакллантириш лозим. Мазкур кўрсаткичларнинг нормага яқинлашиши кейинчалик нутқий нафасни ривожлантиришга ўтишга имкон беради, чунки нафаснинг кўкрак қорин тури нутқий нафас сингари мураккаб психофизиологик функциянинг шаклланиши учун база ҳисобланади.

Ёпиқ ринолалияни бартараф этиш учун биринчи навбатда бурун ва бурун халқумни даволашдан бошлаш керак. Бурундан нафас олишни тиклашда кўп ҳолларда нутқ меъёрлашади, камдан кам ҳолларда логопедик машғулотлар талаб этилади.

Очик ринолалияда иш даволовчи ва логопедик тадбирлардан бошланади масалан: юмшоқ танглай парезлари ва параличларида фарадизация қўлланилади, танглай ёриқликларида – хирургик операциялар ўтказилади: ёриқликлар тикилади ёки обтуратор, танглай ёриқликларини ёпиш ва бурун

ва оғиз бўшлиқларини ажратиш учун пластмасса пластинкалар қўйилади. Қаттиқ ва юмшоқ танглай ёриқликларида операциягача ёки протезлашдан олдин логопедик машғулотларни бошлаш тавсия этилади.

Баъзан парезлар ва параличларни даволаш тадбиридан кейин меъёрий овоз ва нутқ бола билан логопедик ишларсиз тикланади, аммо, қаттиқ ва юмшоқ танглайдаги ёриқликлар тезда манқаланишни келиб чиқишига сабаб бўлади, тез ва бевосита тикланган нутқ логопедик машғулотларсиз тезда яна аввалги ҳолига келиб, овоз манқаланган, нутқ эса тушунарсиз бўлиб қолади.

Логопедик машғулотлар куйидаги бўлимлар бўйича олиб борилади [3,4]:

- а) нутқий нафасни шакллантириш;
- б) юмшоқ танглайни ва нутқ аппаратини фаоллаштириш бўйича ишлар;
- в) эшитув диққатини ривожлантириш;
- г) товушларни нутқга қўйиш ва мустаҳкамлаш.

Нутқий нафасни ривожлантиришда нафасни фақат оғиздан чиқариш кўникмаларини тарбиялаш керак. Бунга куйидаги усуллар орқали эришилади: пахтага, қоғоз бўлагига пуфлаш, стакандаги сувга найча орқали пуфлаб пуфакчалар ҳосил қилиш, ёниб турган шамга пуфлаш, енгил резина ўйинчоқларни сув юзасида пуфлаб учуриш, совун кўпикларига пуфлаш, шарга, резина коптокларга пуфлаш ва ҳақозо. Уйдаги ўйинларга хуштак, найча, лаб гармошкаси, сурнайларни киритиш тасия этилади. Нафасни оғиздан чиқаришга ўргатишнинг бошланғич босқичларида бурунни бекитиб туриш керак.

Нутқий нафасни ривожлантиришда иложи бори-ча юмшоқ танглайни юқорига кўтарилишини таъминловчи диафрагмали нафасни тарбиялаш керак.

Юмшоқ танглайни фаоллаштириш учун сўлакни ёки сувни майда култумлаб ютиш, эснаш, йўталиш керак, хар куни томоқни ва оғиз бўшлиғини чайқаш лозим. Бу усуллар орқали ёмшоқ танглайни фаоллаштириш машқлари амалга оширилади, бунда юмшоқ танглай юқорига кўтарилади, оқибатда, оғиз бўшлиғи, бурун бўшлиғидан ажратилади. Шунингдек, операция қилинган майдони ва фалажланган қисмида эҳтиёткорлик билан танглай бурмаларини бармоқлар ёрдамида енгил массаж қилиш тавсия этилади.

Юмшоқ танглайни фаоллаштиришда манқаланган болани онгли равишда юмшоқ танглайни ойна олдида оғизни очган ҳолда бошқаришга ўргатиш лозим бўлади.

Юмшоқ танглайни фаоллаштириш ишлари билан бир қаторда лаб, жағ, тил машқларини бажариш керак. Бу машқлар билан биз оғизнинг олд қисмида тилни фаоллаштирамиз, манқаланган болани тилни орқага тортишга ўргатамиз.

Эшитув диққатини ривожлантириш ишнинг муҳим қисмларидан бири бўлиб, зеро эшитув диққатисиз ўз нутқини назорат қилишга ўргатиб бўлмайди. Аввалига болани нутқ ритмини илғаш ва такрорлашга ўргатиш лозим: чапак чалиш, столга тақиллатиш ва ҳақозолар ёрдамида. Кейин кўзларни ёпган ҳолда турли овоз чиқарадиган ўйинчоқлар (барабан, гитара, сурнай, гармошка) овозларни таниш, шунингдек овоз келган томонни кўрсатиш. Кейинчалик турли хил баландликдаги товушларни бериш ва уларни аниқлаш машқлари ўтказилади. Ниҳоят боланинг эшитув диққати шу даражагача ривожлантириладики, бунда бола манқаланган ва тоза нутқни бемалол ажрата олади.

Нутқ аппаратини юқорида кўрсатилган тайёргарлигидан кейин унли ва ундош товушларни нутқга қўйиш ва мустаҳкамлашга ўтилади [2].

Унли товушларни нутқга киритиш қуйидаги тартибда амалга оширилади: **а, о, э, у, ў, и.**

Унлиларни тўғри ва тоза талаффуз қилишга қуйидаги усуллар орқали эришилади:

а) товушларни қаттиқ атакада талаффуз қилиш:
а, аа, ааа.....;

б) унлиларни бир, икки, уч, тўрт ва ҳақозо секунд паузалар билан талаффуз қилиш. Паузалар вақтида болага тилини танглай бурмаларига тираб туриш таклиф этилади : а-,а--,а---,а---,.....;

в) унлиларни қўшиб ва чўзиб талаффуз қилиш: аввал иккита, кейин, учта, кейин тўртта ва ҳақозо. ао__, аоэ_.

Унли товушларни шу йўл билан қўйиш орқали биз бир вақтда овоз ва нафасни оғиз орқали чиқарилишини ўргатамиз, эшитув диққати ва танглай бурмаларини фаоллаштираамиз.

Барча машқлар албатта ойна олдида ўтказилиб, бунда болалар ўз артикуляцияларни тўғрилигини назорат қила олишлари керак.

Шунингдек, нафасни бурун бўшлиғидан чиқаётганлиги текшириш учун бурунга кичик ойна ёки металл шпател тугилади

Ундош товушларни нутқга қуйиш қуйидаги тартибда амалга оширилади: **ф, в, л, п, б, т, д, м, н, к, з, с, з, х, ш, ж, ч, р, т.**

Ундош товушлар аввалига ёпиқ бўғинларда (аф), кейин очик бўғинларда ва кейин икки томонли унлилардан иборат очик бўғинларда (афа) мустаҳкамланади. Товушларни мустаҳкамлаш учун сўзлар танлашда аввалига ёпиқ бўғинли сўзларни танлаш мақсадга мувофиқ, чунки, юмшоқ танглай очик бўғинларга қараганда ёпиқ бўғинларда 1,5–3 марта кам кўтарилади.

Товуш бўғинларда мустаҳкамлангандан кейин, сўзлар, иборалар, гапллар, шеърлар ва кичик ҳикояларда мустаҳкамланади, шунингдек, жуфт ундошларни фарқлаш учун (в-ф, б-п, д-т) нутқий материаллар ҳам таклиф этилади.

Товушларни автоматлаштириш учун бундай материаллар кетма кетлиги барча товушлар учун берилди.

Бу материаллар билан ўқувчилар билан ишлаганда нафақат оғзаки, балки ёзма нутқ учун ҳам машқ қилиш лозим (эшитув диктантлари, кўчириб ёзиш, расмлар асосида гаплар тузиш ва ёзиш, ёд олинган топишмоқ, мақол, шеърларини ёддан ёзиш).

Юқорида келтирилган коррекцион – логопедик иш йўналишларидан турли нутқ камчилигига эга бўлган болалар билан олиб бориладиган машғулотларда ҳам қўллаш мумкин.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Аюпова М.Ю. Логопедия. – Т.: Ўзбекистон файласуфлар миллий жамияти нашриёти, 2007, 2011. – 600 б.
2. Аюпова М.Ю., Арипова Ш.Д. Тўғри талаффуз қиламиз ва ёзамиз. Методик қўлланма. – Т.: Ўзбекистон файласуфлар миллий жамияти, 2015. – 236 б.
3. Жукова Н.С. Если Ваш ребенок отстает в развитии [Текст] / Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова. – М.: Медицина, 1993. – 112 с.
4. Миронова С.А. Развитие речи дошкольников на логопедических занятиях. / С.А.Миронова – М.: Просвещение, 1991. – 208 с.
5. http://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/children_disability_rights.pdf, 7–24 p.

Аннотация: Ушбу мақолада ринолалик болалар нутқи ва овозининг ўзига хос хусусиятлари, товушлар талаффузидаги камчиликлар ҳамда уларнинг намоён бўлиши келтирилган. Шунингдек, мақолада юмшоқ танглай ва артикуляцион аппаратни ривожлантириш учун айрим машқлар комплекси келтирилган.

Таянч сўзлар ва тушунчалар: ринолалия, мактабгача ёш, нутқий нуқсон, овоз, таълим-тарбия, коррекция, реабилитация, нафас, нутқий нафас, махсус таълим, органик, функционал, ринофония, нутқ.

Аннотация: Данная статья посвящена особенностям речи и голоса детей с ринолалией, недостаткам в произношении речи и их проявления. В статье также перечислены некоторые упражнения для разработки мягкого неба и артикуляционного аппарата.

Ключевые слова и понятия: ринолалия, дошкольной возраст, речевые нарушения, голос, образование и воспитание, коррекция, реабилитация, дыхание, речевое дыхание, специальное образование, органическое, функциональное, ринофония, речь.

Resume: This article is devoted to the features of speech and voice of rhinolalia children, the shortcomings in the pronunciation of speech and their

manifestations. The article also lists some exercises for developing soft palate and articulating apparatus.

Key words and concepts: rhinolalia, preschool age, speech disorders, voice, education and upbringing,

correction, rehabilitation, breathing, speech breathing, special education, organic, functional, rhinophony, speech.

УДК: 616.316-006-073.75

ОБЪЕМНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ: ТАКТИКА ЛУЧЕВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ



Сагатов Ш.Ш.¹, Ходжибекова Ю.М.², Акрамова Н.А.²

¹Ташкентская медицинская академия, ²Ташкентский государственный стоматологический институт

Опухоли слюнных желез встречаются относительно редко, составляя до 1% среди онкологических заболеваний. В 80% случаев они бывают доброкачественными. Подавляющее большинство доброкачественных образований – плеоморфные аденомы. Среди злокачественных образований преобладает аденокистозный рак, рак из плеоморфной аденомы, реже встречаются ацинарно-клеточный рак и миоэпителиальная карцинома. При этом каждый вид опухоли отличается своеобразной клинико-радиологической семиотикой.

Подострое течение и скудность клинической симптоматики при развитии опухолей слюнных желез приводят к тому, что большинство пациентов обращаются в клинику с уже выраженным опухолевым процессом. По данным ряда авторов, частота ошибок в диагностике опухолей околоушной слюнной железы данной локализации достигает 35%. Как показывает практика, эти ошибки связаны с объективными трудностями распознавания таких опухолей. Поэтому изучение диагностических особенностей опухолей слюнных желез является актуальной проблемой.

Цель исследования

Оценка возможности компьютерной и магнитно-резонансной томографии в выявлении образований слюнных желез.

Материал и методы

За период с 2017 года по настоящее время были проанализированы результаты обследования с использованием КТ и МРТ 27 больных с опухолями слюнных желез. Возраст пациентов – 20–77 лет. Опухоли слюнных желез чаще встречались у женщин (66%). КТ- и МРТ-исследования проводились в рентгенорадиологическом отделении филиала многопрофильной клиники ТМА (рис. 1, 2). КТ-исследование выполнялось на аппаратах Somatom Emotion 6 Slice (Siemens), МРТ – на аппарате Magnetom Open Viva – 0.2T

(Siemens). Все исследования осуществлялись в стандартных и дополнительных проекциях. 20 пациентам потребовалось выполнение КТ-исследования с контрастным усилением (препарат омнипако») для уточнения радиологической картины опухолевого процесса. С целью дифференциальной диагностики опухолей при МРТ в 9 случаях применялось контрастное усиление с препаратами гадолиния. Метод МРТ-исследования проводится в трех проекциях: аксиальной, фронтальной и сагиттальной. Параметры опухоли оцениваются по сигналам интенсивности: протонная плотность, взвешенные T1- и T2-изображения, время возбуждения и время релаксации. Используя неоднородность тканевых характеристик в разных режимах, при МРТ можно выявить различия между мышцами, опухолевой тканью и жировой клетчаткой.

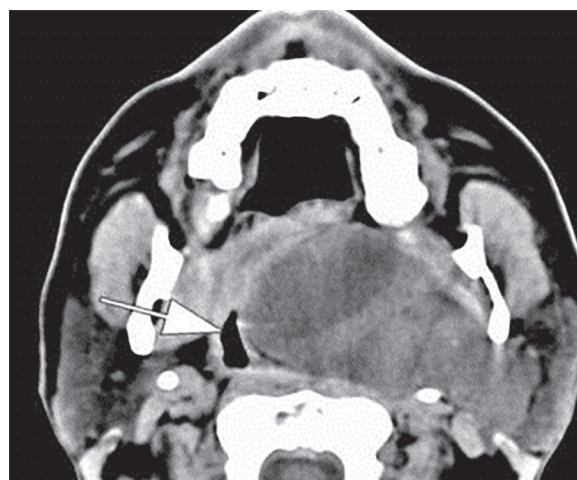


Рис. 1. Пациент С., 42 года. МСКТ-исследование в аксиальной проекции. Плеоморфная аденома левой околоушной железы с распространением в окологлоточное пространство.