

тических КП позвоночника и определялись наиболее характерные для каждой из этих групп признаки.

При метастатических КП, чаще, чем при остеопоротических, отмечались следующие симптомы: выпуклая задняя поверхность тела пораженного позвонка (76 % против 22 % при остеопоротических), изменение интенсивности МР-сигнала на Т1-ВИ и Т2-ВИ (ограниченного или распространенного характера) в дорзальной части тела этого позвонка (57% против 23 %) и его ножек (89% против 51 %), наличие эпидурального (72 % против 23 %) и паравертебрального (41 % против 9 %) опухолевых компонентов, а также метастатические очаги в других позвонках.

Для остеопоротических КП, наряду с признаками дисгормональной спондилопатии, более характерны были иные признаки: лентовидная продольная полоса низкоинтенсивного МР-сигнала (МРС) в теле компремированного позвонка на Т1-ВИ и Т2-ВИ (94 % против 42 % при метастатических переломах), сохранение на Т1-ВИ и Т2-ВИ нормальной интенсивности МРС в не компремированной части тела позвонка (84 % против 20%), выпячивание в позвоночный канал дорзальной части тела позвонка (58 % против 9 %), и переломы других позвонков (60 % против 31 %).

Использование комплекса вышеописанной МРТ семиотики позволило устанавливать метастатический характер острых патологических КП позвоночника с высокой точностью: специфичностью — 94 % и чувствительностью — 97%, $p < 0,01$.

Выводы.

1. МРТ обеспечивает достаточно высокий уровень дифференциальной диагностики острых патологических компрессионных переломов позвонков.
2. Метастатические патологические компрессионные переломы сопровождались: изменением интенсивности МР-сигнала на Т1- и Т2-ВИ в задних отделах тел позвонков и его

ножках; выпуклостью задней поверхности пораженного позвонка; наличием эпидурального и паравертебрального мягкотканного компонента; метастатическими очагами в других позвонках.

3. Остеопоротические патологические компрессионные переломы, наряду с признаками дисгормональной спондилопатии, характеризовались: лентовидной продольной полосой низкоинтенсивного МР-сигнала в теле компремированного позвонка на Т1-ВИ и Т2-ВИ при сохранении обычной интенсивности сигнала в не компремированной части тела позвонка; выпячиванием в позвоночный канал дорзальной части тела позвонка; переломами других позвонков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахадов Т.А. Магнитно-резонансная томография в диагностике заболеваний позвоночника и спинного мозга: Автореф. дисс. докт. мед. наук. М., 1995. — 24 с.
2. Ахадов Т.А., Панов В.А., Айххофф У. Магнитно-резонансная томография спинного мозга и позвоночника. М.: ПИК ВИНТИ, 2000. — 747 с.
3. Ахмеджанов Ф.М. Лучевая диагностика заболеваний скелетно-мышечной системы // Научно-практическая конференция "Современные тенденции комплексной диагностики и лечения заболеваний костно-мышечной системы". Сборник докладов, Москва, 10-11 июля 2004. — С. 3-6.
5. Проскурина М.Ф., Стегачев С.Н., Юдин А.А. Метастатическое поражение тела позвонка // Медицинская визуализация. — 2002. — № 2. — С. 129-130.
6. Корниенко В.Н., Пронин И.Н. Диагностическая нейро-радиология. М.: Изд. ИП "Андреева Т.М.", 2006. — 1235 с.
7. Taoka T. et al. Factors influencing visualization of vertebral metastases on MR imaging versus bone scintigraphy // Am. J. Roentgenol. — 2001. — V. 176. — № 6. — P. 1525-1530.
8. Vanel D., Dromain C., Tardivon A. MRI of bone marrow disorders // Eur. Radiol. — 2000. — V. 10. — № 2. — P. 224-229.
9. Baur A. et al. Acute osteoporotic and neoplastic vertebral compression fractures: fluid sign at MR imaging // Radiology. — 2002. — V. 225. — № 3. — P. 730.
10. Casar-Pulicino V. N., Imhof H. Spinal Trauma — An Imaging Approach. Thieme, Stuttgart-New York; 2009. — 263 p.

НОВІ КНИГИ

Лазар Д.А., Мечев Д.С., Розуменко В.Д., Чеботарьова Т.І.

Променева терапія пухлин головного мозку — К.: Телеоптик, 2010. — 190 с.

Автори: доктор мед. наук, професор [Д.А. Лазар], доктор мед. наук, професор Д.С. Мечев, доктор мед. наук, професор В.Д. Розуменко, кандидат мед. наук, доцент Т.І. Чеботарьова

Рецензенти: завідувач кафедри радіології та радіаційної медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, доктор мед. наук, професор М.М. Ткаченко; керівник відділу променевої терапії Національного інституту раку доктор мед. наук, професор В.С. Іванкова.

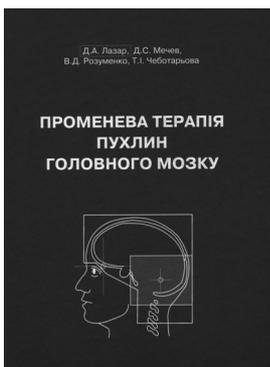
В монографії висвітлені основні дані відносно епідеміології, класифікації пухлин головного мозку, описана клінічна симптоматика та сучасні методи діагностики і лікування. Особлива увага приділена новітнім методам та методикам променевої терапії й хірургії пухлин головного мозку залежно від гістологічної форми новоутворень, їх радіобіологічних особливостей та локалізації. Описані питання хіміотерапії та супровідної терапії злоякісних пухлин головного мозку. Матеріали монографії базуються на результатах власних досліджень та на даних вітчизняної і світової літератури.

Монографія розрахована на радіологів, нейрохірургів, онкологів, лікарів загальної практики, слухачів академій, інститутів та факультетів післядипломної освіти.

Рекомендовано до видання Вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (протокол № 4 від 18.04. 2009 р.).

Друкується згідно з свідоцтвом про внесення академії до державного реєстру видавництва (серія ДК, № 1337).

Замовити книги можна за телефоном: +38044 587-55-70, +38044 503-04-39



чески здоровими, різко обмежувати прийом їжі. Сравнительно часто после еды возникает рвота (иногда с примесью крови), вслед за которой обычно наступает облегчение. Оно отмечается больными также после опорожнения кишечника. Весьма типичным симптомом для диафрагмальной грыжи является ощущение "бульканья" или урчание в грудной клетке на стороне грыжи, а также значительное усиление одышки при переходе больных в горизонтальное положение.

Решающую роль в постановке диагноза играет контрастное рентгеновское исследование желудочно-кишечного тракта. Положение Квинке (ноги выше головы) для выявления грыжи. К прямым симптомам ГПОД относят: отек кардии и свода желудка, повышенную подвижность абдоминального отдела пищевода, сглаженность или отсутствие угла Гиса, антиперистальтические движения пищевода ("танец глотки"), выпадение слизистой пищевода в желудок и слизистой желудка в пищевод. Расположение верхнего отдела желудка в грудной полости. Грыжи до 3 см в диаметре расценивают как малые, от 3 до 8 — как средние и более 8 см — как крупные.

На втором месте по информативности стоят эндоскопические методы, которые в сочетании с рентгенологическими исследованиями позволяют довести процент выявления данного заболевания до 98-99%.

Лабораторные исследования играют подсобную роль. Значительное количество больных с пищеводной грыжей и эзофагитом страдают также дуоденальной язвой или желудочной гиперсекрецией, характерной для язвенной бо-

лезни. Чем тяжелее эзофагит и вызванные им расстройства, тем чаще у больных бывает сопутствующая язва 12-перстной кишки. В целях уточнения диагностики в сомнительных случаях проводится тест Бернштейна. В нижний конец пищевода вводится желудочный зонд и через него вливается 0,1% раствор соляной кислоты, чтобы больной не мог этого видеть. Введение соляной кислоты вызывает у больного симптомы эзофагита.

Лечение. Консервативное лечение при синдроме Кастена обычно не приносит большого успеха. Необходимо исключить табак, кофе, алкоголь.

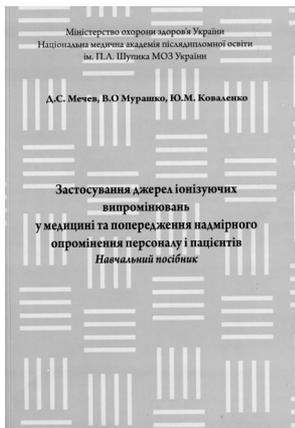
Принимать пищу следует небольшими порциями, она должна содержать минимальное количество жира, остающегося в желудке в течение длительного времени.

Подъем головного конца кровати уменьшает возможность наступления рефлюкса. Медикаментозная противоязвенная терапия целесообразна. Необходимо проводить соответствующее лечение обострения хронического холецистита. Показаниями к операции служат: неэффективность консервативной терапии и осложнения (эзофагит, нарушение проходимости пищевода, резкая деформация желудка, ущемление диафрагмальной грыжи и др.)

Существует множество хирургических методов лечения ГПОД. К ним предъявляются в основном два требования:

- 1) репозиция и удержание под диафрагмой пищевода-желудочного перехода;
- 2) восстановление постоянного острого кардиофундального угла.

НОВІ КНИГИ



Застосування джерел іонізуючих випромінювань у медицині та попередження надмірного опромінення персоналу і пацієнтів/Д.С. Мечев, В.О. Мурашко, Ю.М. Коваленко. — К.: Медицина України, 2010. — 104 с.

Автори: доктор медичних наук, професор **Д.С. Мечев**
кандидат медичних наук, доцент **В.О. Мурашко**
кандидат технічних наук, доцент **Ю.М. Коваленко**

Рецензенти: завідувач кафедри радіології та радіаційної медицини Національного медичного університету ім. акад. О.О. Богомольця, докт. мед. наук, проф. **М.М. Ткаченко**; професор кафедри гігієни та екології Національного медичного університету ім. акад. О.О. Богомольця, докт. мед. наук, проф. **С.Т. Омельчук**.

У навчальному посібнику висвітлені питання застосування джерел іонізуючих випромінювань для проведення діагностичних і лікувальних процедур, дана характеристика радіаційно-гігієнічних вимог до приміщень, обладнання та роботи з закритими, відкритими та нерадіонуклідними джерелами в умовах медичних закладів. Основна увага приділена питанням дотримання правил радіаційної безпеки та зниження променевої навантаженості на персонал і пацієнтів при медичному опроміненні.

Навчальний посібник призначений для слухачів закладів післядипломної освіти, лікарів-радіологів та медичних фізиків закладів охорони здоров'я, які оформлюють ліцензії на право використання джерел іонізуючих випромінювань для діагностики і лікування, лікарів з радіаційної гігієни, які здійснюють нагляд за використанням ДІВ в медичних закладах, а також співробітників регулюючих органів.

Рекомендовано до видання Вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України (протокол № 9 від 25.11.2009 р.)

Рекомендовано Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України для лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти (протокол № 3 від 09.06.2010 р. засідання науково-методичної комісії з медицини Міністерства освіти і науки України)

Замовити книги можна за телефоном: +38044 587-55-70, +38044 503-04-39