

Рисунки и таблицы к статье В.А. Хачатрян и соавторов



Рис. 1. Распределение пациентов детского возраста с ОГМ разной степени анаплазии в зависимости от выраженности гидроцефалии.

Таблица 1

Выраженность гидроцефалии при опухолях супратенториальной и субтенториальной локализации у детей

Выраженность гидроцефалия	Локализация новообразования				Итого	
	Супратенториальная		Субтенториальная			
	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%
Выраженная	33	14,4	196	85,6	229	100
Умеренно выраженная	25	43,8	32	56,2	57	100
Незначительно выраженная	24	53,3	21	46,7	45	100
Норма	27	71,0	11	29,0	38	100
Микровентрикулия	41	91,1	4	8,9	45	100
Всего	150	36,2	263	63,8	414	100

Таблица 2

Динамика гидроцефального синдрома у детей после тотального, частичного и субтотального удаления злокачественных опухолей головного мозга*

Степень удаления опухоли	Динамика гидроцефального синдрома				Итого	
	Регресс		Без динамики или прогрессирование			
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Тотальное	86	71,6%	34	28,4%	120	100%
Субтотальное	88	66,2%	45	33,8%	133	100%
Частичное	21	56,7%	16	43,3%	37	100%
Всего	195	67,2%	95	32,8%	290	100%

* - исключены наблюдения, при которых проводилась дополнительная коррекция гидроцефалии.

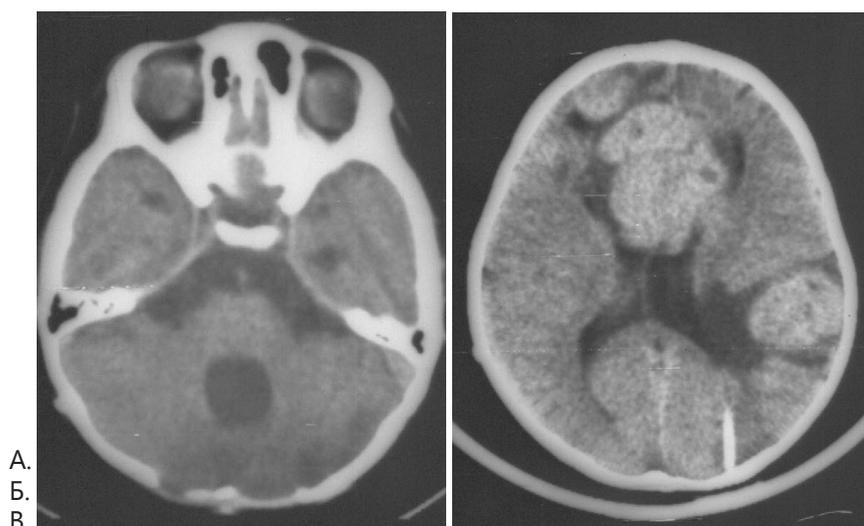


Рис.2. Больной К., 6 лет. Диагноз: медуллобластома мозжечка и IV желудочка. А. КТ до удаления опухоли; Б. КТ через 3 мес. – рецидива опухоли нет, отмечается нарастание гидроцефалии, в связи с чем больному проведена ЛШО; В. КТ через 6 мес. – вторичные метастатические узлы в супратенториальных отделах мозга, в ЗЧЯ - опухоли нет.

Рисунки к статье Завьяловой и соавторов



Рисунок 1. МРТ. ДИ изменения в теле L4 позвонка по Modic тип I



Рисунок 2. МРТ. ДИ изменения в телах L3 и L4 позвонков по Modic тип II



Рисунок 4. МСКТ. ДИ в диске L4-L5 с выраженным субхондральным склерозом в телах прилежащих к МПД позвонков.



Рисунок 3. МРТ. ДИ изменения в телах L3 и L4 позвонков по Modic тип III

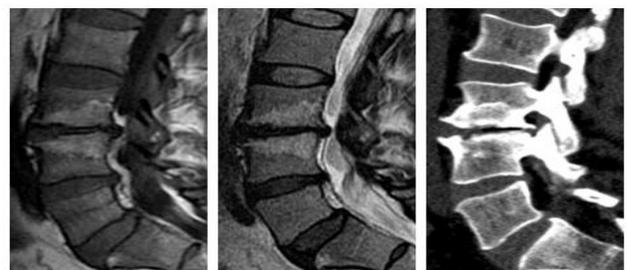


Рисунок 5. Изменения в субхондральных отделах тел L3-L4 позвонков. На T1ВИ (слева) и T2ВИ (посередине) видна жировая дегенерация костного мозга (изменения по Modic II). При МСКТ (справа) имеется уплотнение губчатого вещества по типу дискогенного остеосклероза.

Рисунки к статье Завьяловой и соавторов

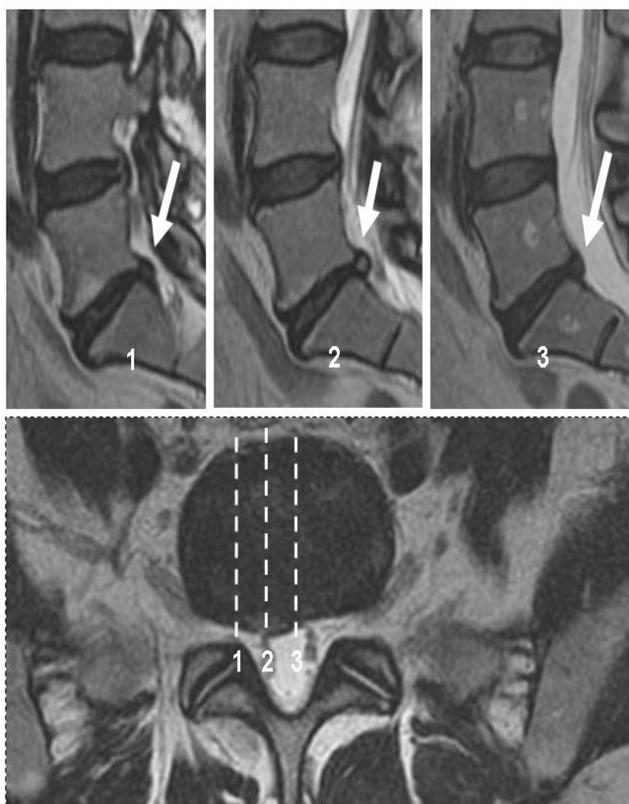


Рисунок 1. Протрузия диска L5-S1 видна на трех соседних сагиттальных T2ВИ (1,2,3). На аксиальной T2ВИ томограмме хорошо видно широкое основание протрузии, размер которого превышает степень выстояния заднего контура диска (штрих-пунктирные линии обозначают плоскость ориентации сагиттальных томограмм).

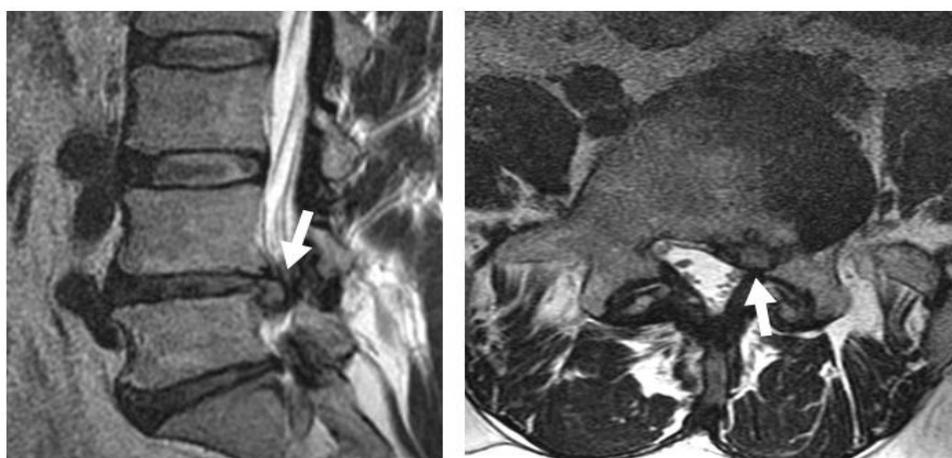


Рисунок 2. МРТ. Боковая грыжа диска L4-L5. На сагиттальных T2ВИ высота диска меньше, чем размер выпавшей части диска (стрелка). На аксиальных томограммах основание выпавшей части диска соизмеримо с глубиной выпячивания материала МПД (стрелка).

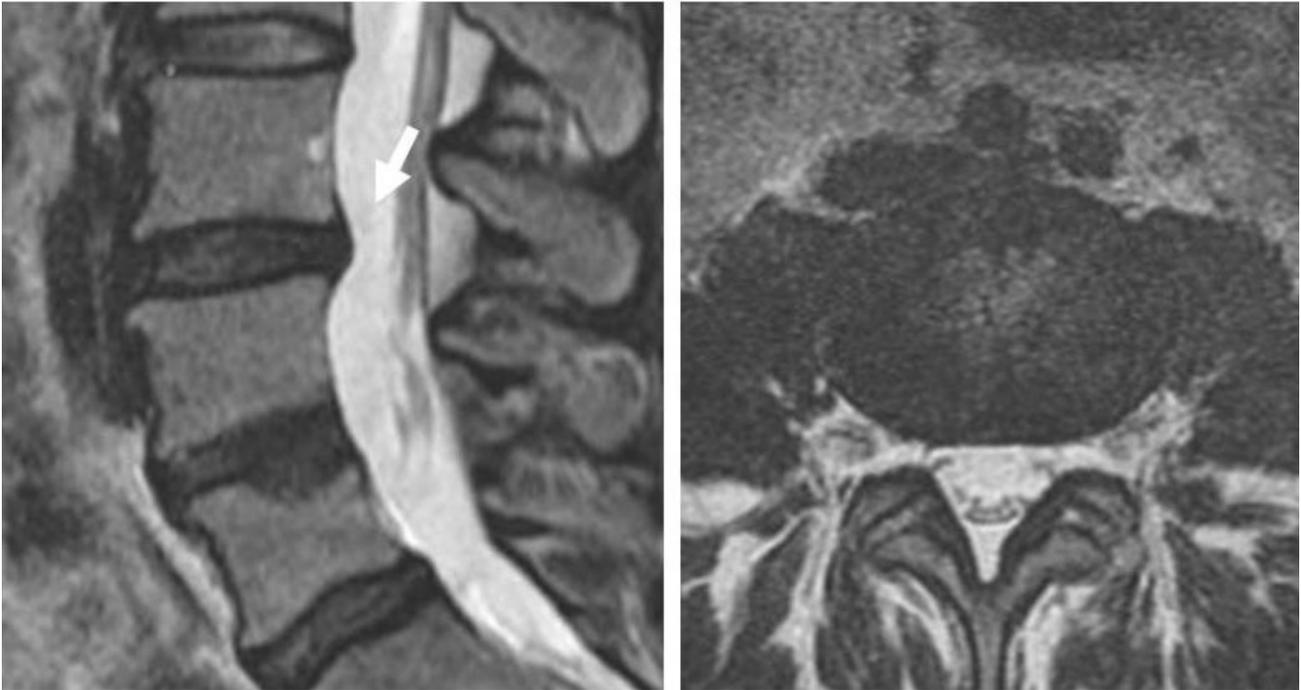


Рисунок 3. МРТ. Выпуклый диск L3-L4. На сагиттальных T2ВИ хорошо виден выпуклый задний контур диска, на аксиальных T2ВИ только небольшая сглаженность естественной вогнутости заднего контура.

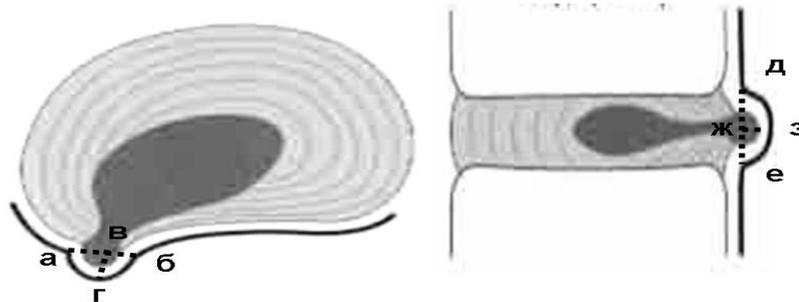


Рисунок 4. Слева схема измерений параметров выпавшей части МПД в аксиальной плоскости, где «а-б» - ширина основания, «в-г» - глубина выпячивания кзади. Справа схема измерений в сагиттальной плоскости: «д-е» высота МПД, «ж-з» - глубина выпячивания МПД в спинномозговой канал.

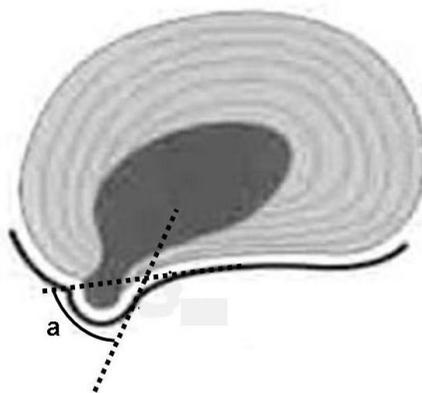


Рисунок 5. Измерение угла между выпавшей частью МПД и его задним краем (угол «а») - базальный выходной угол.

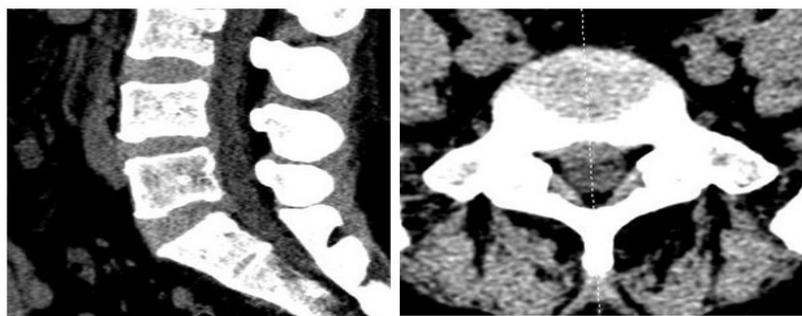


Рисунок 5. МСКТ. Протрузия диска L5-S1 в сагиттальной и аксиальной плоскости.

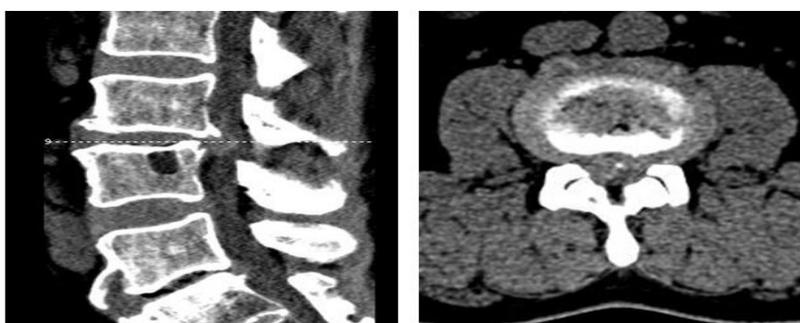


Рисунок 6. МСКТ. Хорошо видна грыжа (экструзия) диска L3-L4 на сагиттальной томограмме (слева). Грыжа МПД резко компримирует дуральный мешок, ее контуры хуже видны на аксиальной томограмме (справа).

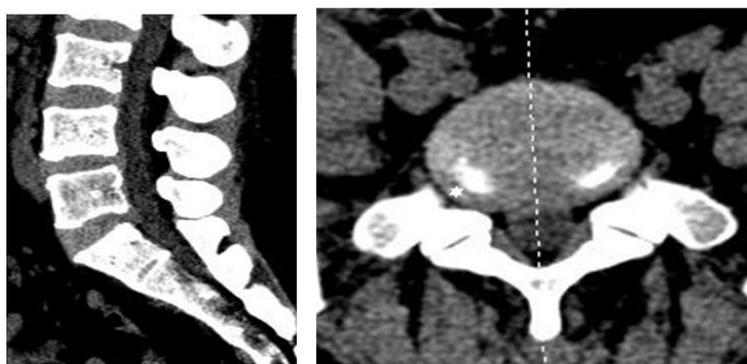
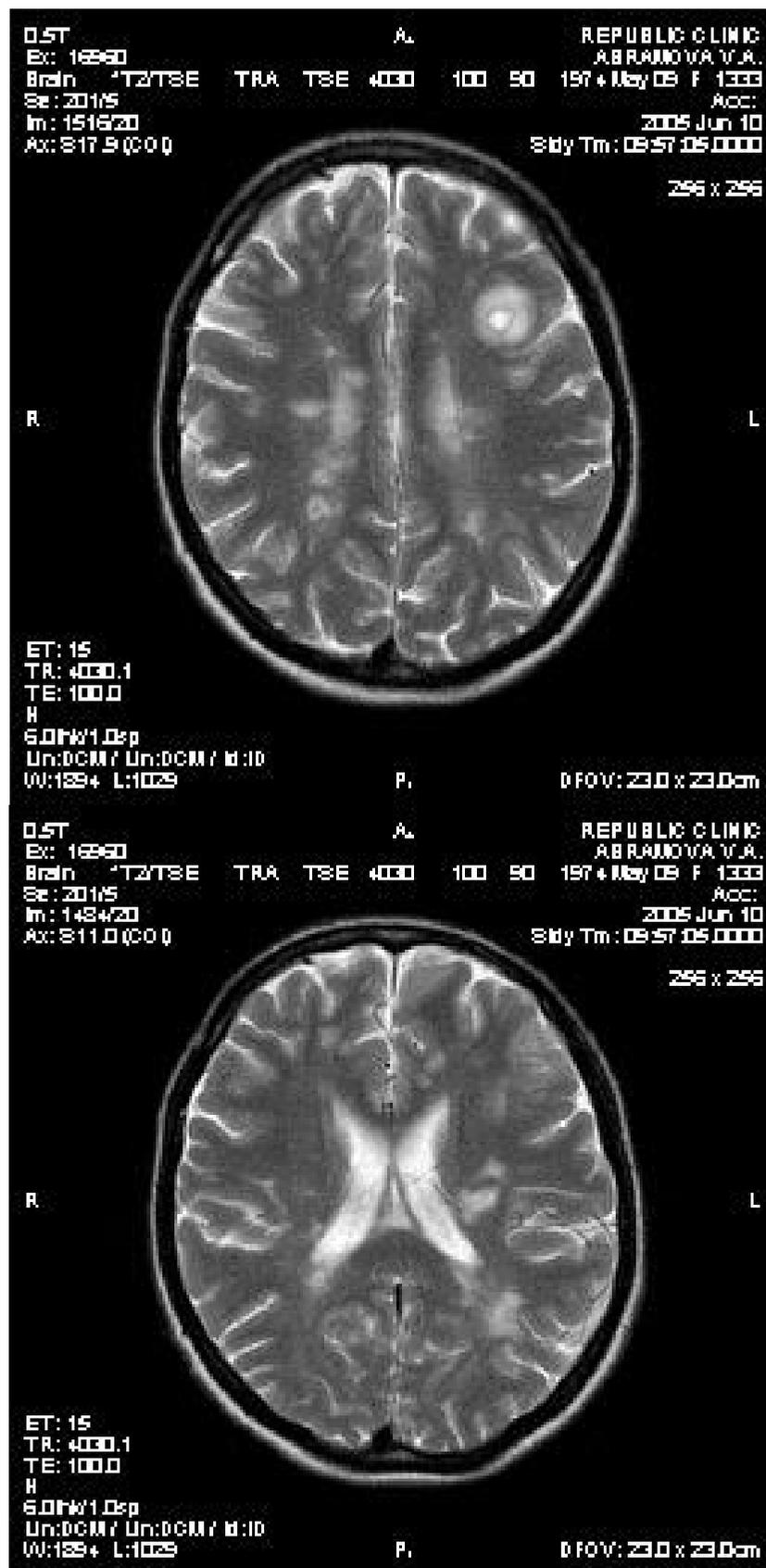
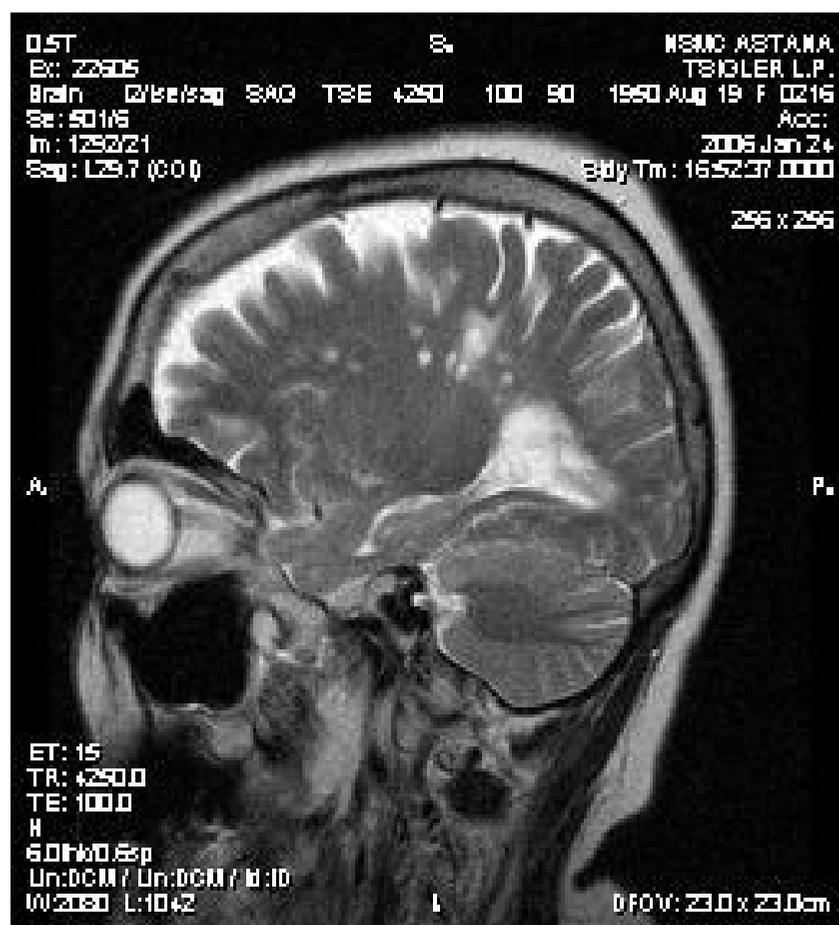
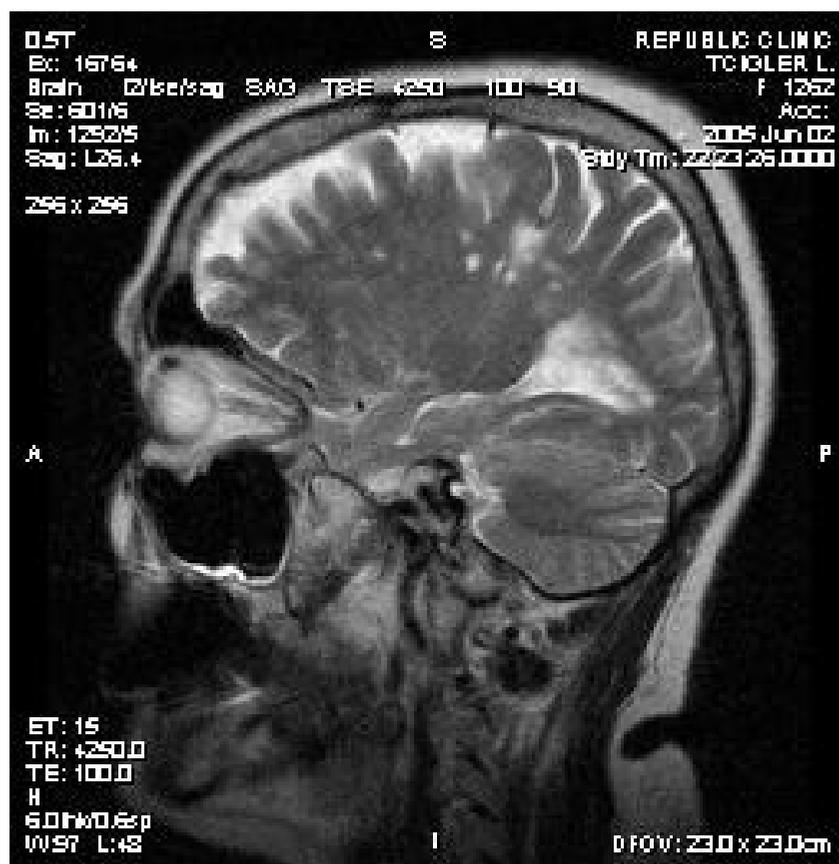


Рисунок 7. МСКТ. Циркулярная протрузия диска L4-L5 (выстояние диска за пределы ПМПД на 4 мм показано белой звездочкой).

Рисунки к статье Сыздыковой и соавторов



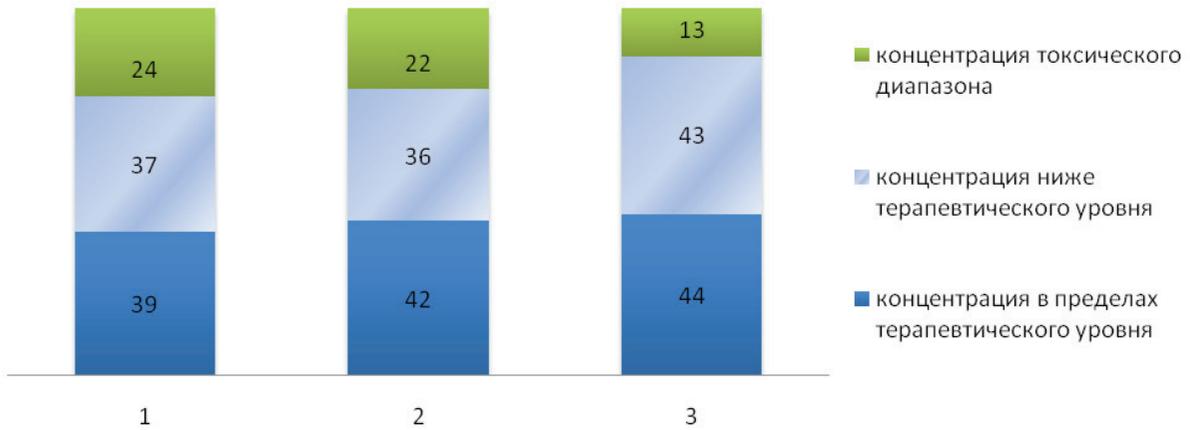
Рисунки 1-2. Пациентка А. на аксиальной МР –томограмме в режиме T2 определяется множественные очаги повышенного МР-сигнала, различной формы и размеров, перивентрикулярно у переднего рога левого бокового желудочка визуализируется участок кольцевидной формы, окруженный зоной перитуморального отека.



Рисунки 3-4. Большая Ц. в сагиттальной проекции на T2 режиме в теменных долях, в области мозолистого тела визуализируются множественные сгруппированные очаги повышенного МР сигнала с тенденцией к «слиянию».

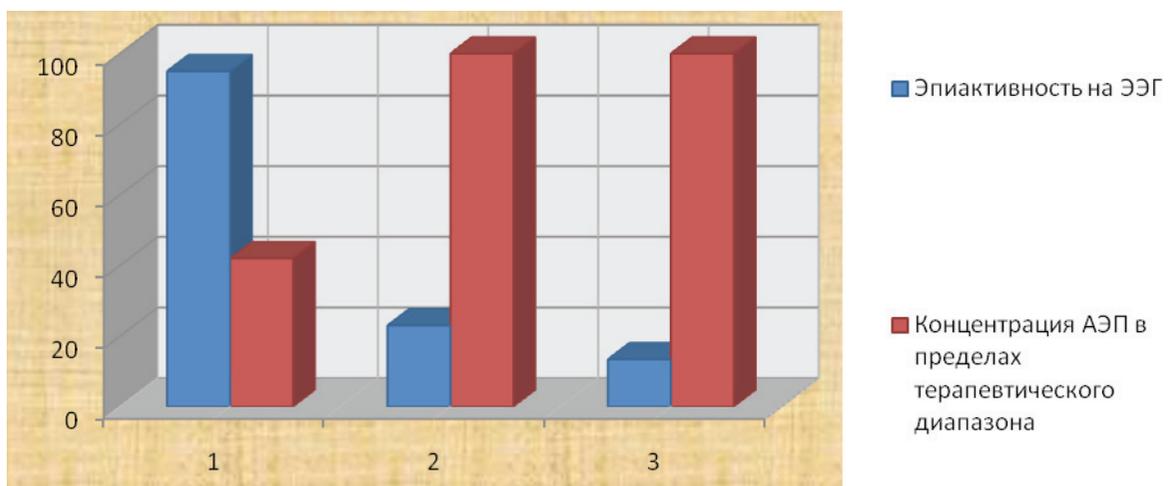
Рисунки к статье Смирновой и соавторов

Рисунок №1:



1. Вальпроевая кислота
2. Карбамазепин
3. Фенобарбитал

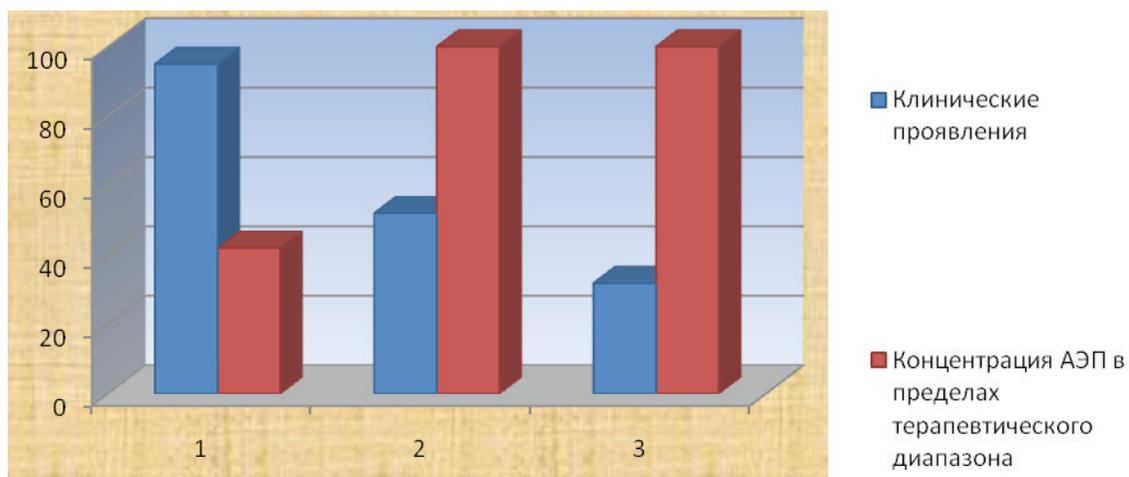
Рисунок №2 .

Динамика эпилептической активности, регистрируемой на ЭЭГ, в зависимости от концентрации АЭП.

1. при поступлении пациента,
2. после коррекции дозы антиконвульсанта,
3. после повторной коррекции лечения

Рисунок №3.

Динамика клинических проявлений.



1. при поступлении пациента,
2. после коррекции дозы антиконвульсанта,
3. после повторной коррекции лечения

Рисунок 4

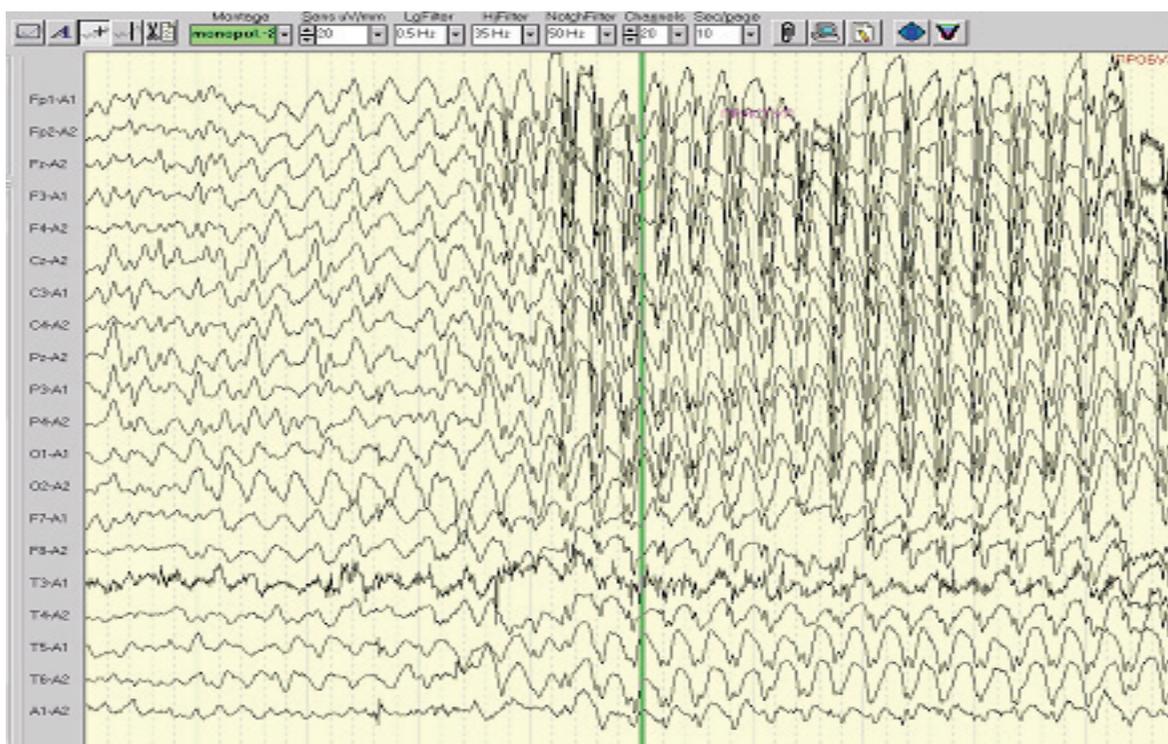


Рисунок №5 .

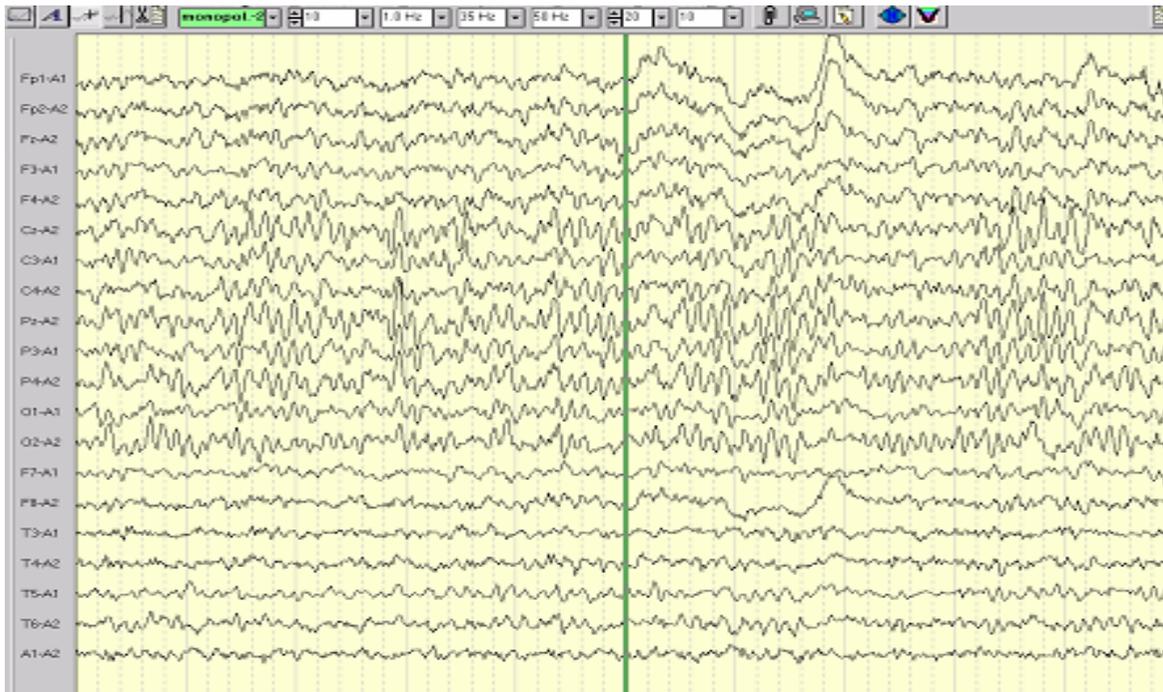


Рисунок №6

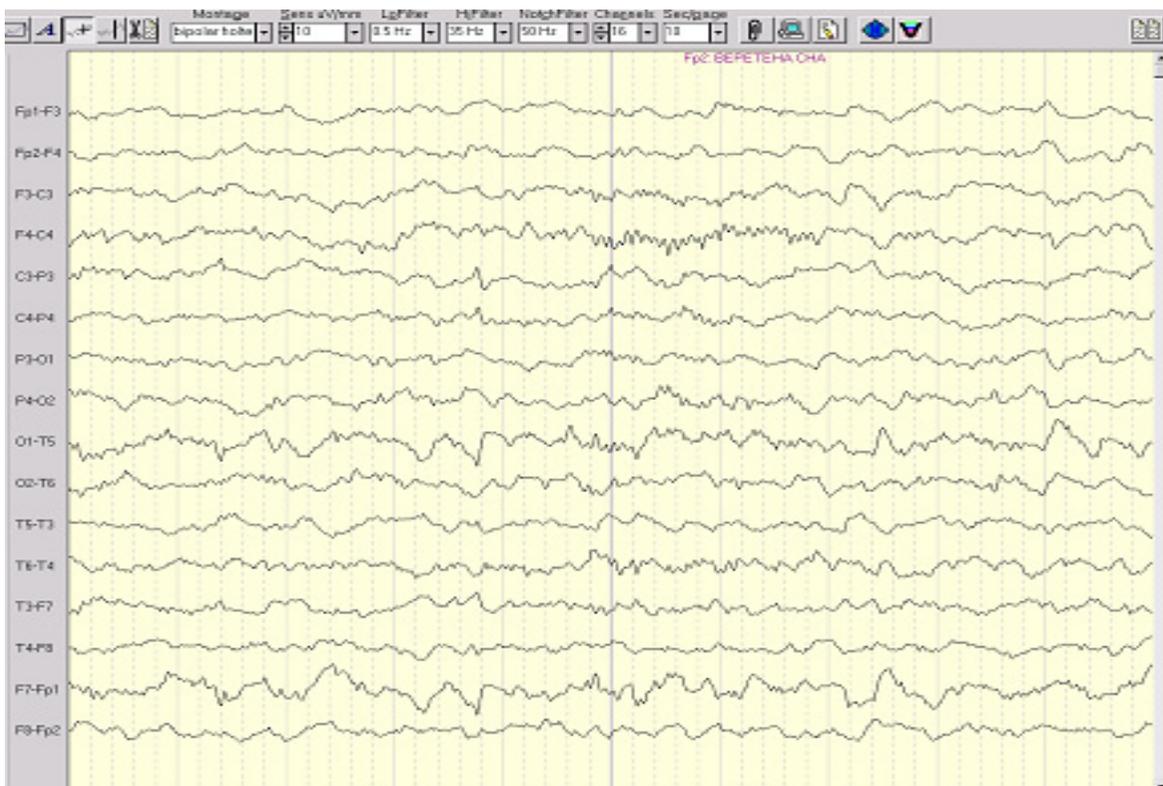


Рисунок №7:



Рисунок №8:

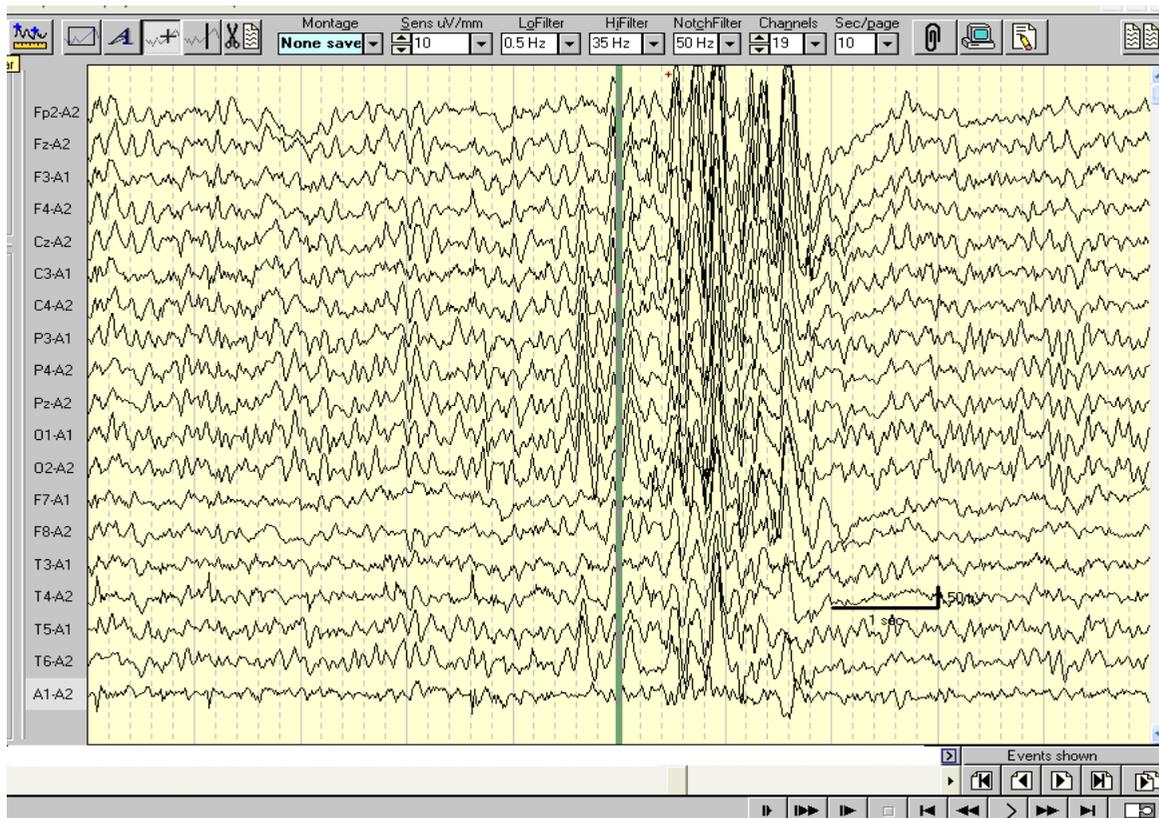


Рисунок №9:

