

ної допомоги). Завдяки такій схемі ПЕТ стає більш доступною та економічнішою. Виробництво ^{18}F -фтордезоксиглюкози включає: бомбардування води, збагаченої ^{18}O пучком протонів з отриманням ^{18}F ; передачу води з ^{18}F у модуль синтезу для отримання фтордезоксиглюкози; контроль якості, розфасовку та введення РФП пацієнтам. Найбільше використання ПЕТ має в онкології (понад 80% серед усіх досліджень), кардіології, неврології і нейрохірургії. Показання для застосування ПЕТ/КТ з ^{18}F -ФДГ в онкології:

- діагностика первинної пухлини (обмежене застосування);
- визначення наявності і поширеності метастатичного процесу в лімфатичних вузлах;
- діагностика віддалених метастазів;
- визначення стадії процесу;
- оцінка ефективності лікувальних заходів;
- вибір оптимальних полів опромінення при плануванні променевої терапії;
- своєчасна діагностика рецидивів при динамічному спостереженні за хворими.

Висновки. В Україні необхідне як власне виробництво сучасної вітчизняної ядерно-медичної апаратури (зокрема, ОФЕКТ-2), так і закупівля імпортової техніки, особливо гібридних систем. Щодо питання підготовки кадрів для роботи на гібридних діагностичних апаратах необхідно враховувати європейські варіанти підготовки фахівців, які неодноразово обговорювалися на радіологічних форумах в Україні та дістали схвальну оцінку фахівців.

НЕЙРОВІЗУАЛІЗУЮЧІ МЕТОДИКИ В ДІАГНОСТИЦІ ГЕМОРАГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Яковенко І.Л., Робак О.П., Робак К.О.,
Гарматіна О.Ю., Маховський С.В., Євресенко І.В.
*Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова
АМН України, м. Київ*

Захворювання судин головного мозку — одна з найбільш актуальних проблем сучасної нейрохірургії. Прогнозування нейрохірургічних методів лікування та попередження розладів церебрального кровообігу багато в чому залежить від комплексного рентгенобстеження, яке дозволяє виявити у хворого особливості структурно-морфологічних та гемодинамічних порушень. Серед загальної кількості геморагічних інсультів 2/3 останніх виникають у пацієнтів працездатного віку. Консервативне лікування таких хворих, особливо з вираженою неврологічною симптоматикою, здебільшого малоефективне.

Матеріали і методи. В основу роботи покладено аналіз КТ-, МРТ- та МСКТАГ-обстежень 546 хворих з гострим порушенням церебрального мозкового кровообігу за геморагічним типом. Серед яких: спонтанних субарахноїдальних геморагій — 308, внутрішньомозкових інсультгематом — 109, внутрішньошлуночкових крововиливів — 48, субарахноїдально-паренхіматозних геморагій — 81. Обстеження виконані на КТ-, МР-томографах.

Результати. Найбільш інформативною у виявленні геморагій в гострому періоді є КТ, яка зображує осередки крововиливу як ділянки високої щільності. У підстроми та хронічному періодах більш інформативно стає МРТ завдяки можливості відмежування ділянок реорганізації гематоми від супутніх змін (перифокального набряку та рубцево-атрофічного процесу). 90% спонтанних субарахноїдальних крововиливів були

зумовлені розривом артеріальних аневризм та судинних мальформацій мозку. Оскільки більшість АА розташовані в ділянці великого артеріального кола мозку, наявність крововиливу в тій чи іншій цистерні мозку дозволяє запідозрити їх походження з відповідної судини, що диктувало першочергове МСКТАГ-обстеження. 56% паренхіматозних крововиливів зумовлені кровотечею з артеріо-венозних мальформацій та кавернозних гемангіом. Зображення аневризм та судинних мальформацій є типовим на МРТ, яка була найбільш цінним методом у диференціальній діагностиці частково або повністю тромбованих аневризм.

Висновки. КТ та МРТ є методами об'єктивної візуалізації зони гострого порушення церебрального мозкового кровообігу, визначаючи його характер, об'єм геморагії та здебільшого її спричиненість.

НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЯ В ДІАГНОСТИЦІ НОВОУТВОРЕНЬ ДІЛЯНКИ ІІІ ШЛУНОЧКА ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Яковенко І.Л., Робак О.П., Робак К.О.,
Гетьман О.М., Гарматіна О.Ю., Вакарюк В.Є.
*Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України, м. Київ*

Вступ. Актуальність діагностичних аспектів новоутворень ділянки ІІІ шлуночка зумовлена різноманітністю їх гістобіологічного походження та особливостями анатомо-топографічних взаємовідносин з прилеглими структурами мозку, від чого залежить вибір лікувальної тактики.

Матеріал і методи. Проведені аналіз та порівняльна оцінка даних КТ та МРТ у 71 хворого з пухлинами ділянки ІІІ шлуночка верифікованих під час операції та гістологічного дослідження. Залежно від локалізації щодо ІІІ шлуночка, пухлини поділено на новоутворення: передніх відділів ІІІ шлуночка (6); порожнини ІІІ шлуночка (52); задніх відділів ІІІ шлуночка (13).

Результати. За гістоструктурою новоутворення переднього відділу ІІІ шлуночка були представлені: колоїдною кістою (4); астроцитомою (1); епендимомою (1). Пухлини порожнини ІІІ шлуночка були представлені: краніофарингеомою (27); астроцитомою (23); плексуспапіломою (1); епендимомою (1). Серед новоутворень задніх відділів ІІІ шлуночка були виявлені: пінеалома (8); астроцитомою (4); фіброма (1).

Порівняльний аналіз даних КТ та МРТ свідчить про високу інформативність методів щодо виявлення змін у вогнищі ураження та прилеглих мозкових структурах (98%). Обидва методи дозволяють визначити стан шлуночків мозку та ступінь їх розширення (100%), а в деяких випадках, рівень оклюзії (42%).

КТ виявляє петрифікати в пухлині, що дозволяє диференціювати краніофарингеому від гліальної пухлини та арахноїдальної кісти.

МРТ — об'єктивно визначити відношення пухлини до зорового перехресту, сонних артерій, дна ІІІ шлуночка, мезенцефальних відділів стовбура мозку.

КТ — менш інформативна у відношенні визначення початкового місця росту пухлини та глибини інфільтрації прилеглих структур, що стає можливим при МРТ-обстеженні з контрастним агентом (87%).

Висновки. Використання КТ та МРТ у хворих із пухлинами ділянки ІІІ шлуночка сприяє деталізованій діагностиці пухлин і плануванню лікувальної тактики, а у випадках оперативного втручання — вибору найбільш адекватного хірургічного доступу.