

При вклиненнях поясної звивини під великий серпоподібний відросток, визначалась виражена дислокація мозкових структур середньої лінії (більш 7 мм). Передньо-середній відділ бокового шлуночка на стороні ураження зміщується до низу, а в критичних випадках обидва бокові шлуночки знаходяться на протилежному боці.

При вклиненні скроневої доли під мале крило клиноподібної кістки спостерігається дефект супраселлярних цистерн на стороні ураження.

Висновки. Об'єктивна візуалізація вклинень мозку при об'ємних патологічних процесах можлива як за допомогою КТ, так і, більш деталізовано, при МРТ, що має прогностичне значення для своєчасного вибору адекватної хірургічної тактики.

Рентгенологічна та нейровізуалізуюча діагностика об'ємних процесів селярної ділянки

Робак О.П., Чувашова О.Ю., Робак К.О., Сухачов С.В., Гетьман О.М.

Інститут нейрохірургії ім. акад. О.П. Ромоданова АМН України, м. Київ

Вступ. Сучасний рівень нейрохірургії об'ємних процесів селярної області з використанням мікрохірургічної та лазерної технік, методик кріодеструкції та транссфеноїдальних операцій вимагає деталізованої рентгенодіагностики, що включає визначення їх природи, розповсюдження, характеру росту та анатомо-топографічних взаємовідносин з прилеглими структурами.

Актуальність діагностичних аспектів новоутворень селярної ділянки зумовлена, як складністю її анатомічної будови, так і різною природою патологічних процесів. Тут зосереджені: гіпофізарно-гіпоталамічний та оптико-хіазмальний комплекси, магістральні артеріальні і венозні судини мозку.

Матеріали і методи. В основу роботи покладено аналіз рентгенологічних та МР-досліджень 386 хворих з патологією в ділянці турецького сідла, серед якої:

- аденом гіпофіза — 93
- краніофарингеом — 65
- менінгеом — 57
- велетенських артеріальних аневризм — 12
- гліом перехресту зорових нервів — 48
- гліом дна III шлуночку — 38
- синдрому “порожнього сідла” — 36
- пухлин іншого походження — 37.

Обстеження виконані на КТ “Somatom CR” (Siemens, Німеччина), МР — томографах Magnetom “Concerto” [open class] (0,2Тл.) (Siemens, Німеччина), “Образ-1” (НВП “АЗ”, Росія).

Результати. Першим етапом в діагностичному алгоритмі обстеження хворих з даною патологією є краніографія, яка дає можливість виявити характерні зміни турецького сідла і запідозрити енд-, пара-, інфра-, супраселлярний об'ємний процес.

Для аденом гіпофіза, частини краніофарингеом, аневризм та синдрому “порожнього” сідла характерними були зміни сідла за “первинним” типом.

Для більшості супраселлярних пухлин та менінгеом характерними є “вторинні” зміни, зумовлені внутрішньочерепною гіпертензією.

КТ та МРТ дають можливість визначити розміри, характер і направленість росту новоутворень та їх взаємовідносини з прилеглими анатомічними структурами. Серед пухлин ендоселлярного походження зустрічався як екзофітний, так і інвазивний характер росту.

В залежності від переважної локалізації патологічного процесу, виникають характерні зміни базальних цистерн та переднього відділу III шлуночка, що дає можливість диференціювати ендочі супраселлярне походження новоутворення.

МРТ завдяки багатоплощинному обстеженню має переваги над аксіальною КТ в плані анатомо-топографічної локалізації процесу. КТ більш інформативна для оцінки ураження кісток основи черепа та наявності звапнень. Діагностична цінність церебральної АГ полягає в деталізації відношення об'ємного процесу до судин артеріального кола великого мозку та венозних колекторів основи черепа.

Висновки. Використання рентгенологічного комплексу обстеження і МРТ при патологічних процесах селярної ділянки сприяють деталізованій доопераційній діагностиці їх природи та локалізації, з метою оптимізації лікувальної тактики.