

М.Л. Кирилюк

СИНДРОМ "ПОРОЖНЬОГО" ТУРЕЦЬКОГО СІДЛА

*Український науково-практичний центр ендокринної хірургії,
трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Київ*

Синдром "порожнього" турецького сидла (СПТС) – комплекс обмінно-ендокринних, неврологічних і нейро-офтальмологічних порушень, що розвивається в осіб із недостатністю діафрагми турецького сидла. Термін "порожнє" турецьке сидло ввів W. Busch 1951 року. Він був першим, хто пов'язав частково "порожнє" турецьке сидло з недостатністю його діафрагми, і ним же було запропоновано класифікацію форм турецького сидла залежно від типу будови його діафрагми.

Етіологія та патогенез. СПТС поділяється на первинний (ідіопатичний) і вторинний. За первинного СПТС основну роль відіграє вроджена або набута недостатність діафрагми турецького сидла. Вхід у турецьке сидло прикриває тверда мозкова оболонка (діафрагма), яка відокремлює порожнину турецького сидла із розташованим у ній гіпофізом від субарахноїдального простору, залишаючи лише отвір, через який проходить ліяка гіпофіза. Відомо, що розташування діафрагми, її товщина та характер отвору можуть мати певні анатомічні варіації, у т.ч. збільшення отвору (т.зв. малі анатомічні дефекти). У 40-50% людей спостерігається недорозвинення або відсутність діафрагми турецького сидла. У таких випадках пульсація цереброспінальної рідини у III шлуночку та супраселярних цистернах (найбільш виражена на тлі підвищеного внутрішньочерепного тиску та гідроцефалії) може призвести до входу у порожнину турецького сидла арахноїдального мішка (супраселярної цистерни), заповненого ліквором, із подальшою компресією гіпофіза та його сплюсненням вздовж внутрішньої стінки порожнини турецького сидла. Павутинна оболонка пролабує у порожнину турецького сидла через отвір у діафрагмі в тому випадку, коли розмір останнього перевищує 5 мм. Недостатність діафрагми є обов'язковою умовою формування СПТС. Іноді СПТС виникає за умов накопичення надлишкової кількості рідини у черепі, і внаслідок цього, на тлі підвищеного гідростатичного тиску, розміри гіпофіза зменшуються. Термін "порожнє" турецьке сидло не слід розуміти буквально: його запов-

нено ліквором, залозистою тканиною гіпофіза, іноді в нього можуть "провисати" хіазма та зорові нерви. У 80% випадків трапляється переднє пролабування супраселярної цистерни.

Причинами формування вторинного СПТС можуть бути травми, променеве, хірургічне або комбіноване лікування захворювань хіазмально-селярної ділянки.

До фізіологічних і патологічних чинників розвитку синдрому "порожнього" турецького сидла належать:

- жіноча стать (СПТС у жінок розвивається у 4-5 разів частіше);
- ожиріння та асоційоване з ним підвищення артеріального тиску;
- вагітність, пологи, клімакс;
- первинна недостатність периферичних ендокринних залоз;
- тривале приймання оральних контрацептивів;
- підвищення внутрішньочерепного тиску (легенево-серцева недостатність, артеріальна гіпертензія, черепно-мозкова травма);
- локальне підвищення тиску у шлуночках головного мозку внаслідок пухлин, тромбозу синусів;
- арахноїдальні кісти, що розвинулися внаслідок оптико-хіазмального арахноїдиту;
- спонтанний некроз аденоми гіпофіза, інфаркт гіпофіза (синдром Шихана);
- інфекційні захворювання з тяжким перебігом (менінгіт, геморагічна лихоманка);
- аутоімунні захворювання (хвороба Шегрена, лімфоцитарний аденогіпофізит, цукровий діабет 1-го типу);
- спадкова неповноцінність сполучної тканини.

Отже, для формування синдрому порожнього турецького сидла є необхідними дві умови: недостатність діафрагми та внутрішньочерепна гіпертензія, а інші чинники лише сприяють його розвитку.

Клініка. Часто жодних симптомів або об'єк-