

Рубрику ведёт руководитель научно-редакционного отдела Специализированного журнала «МЕДИЦИНА» врач Тимур Ильин.

В этой рубрике мы публикуем интересные случаи из клинической практики наших коллег.

Вы готовы поделиться своим уникальным врачебным опытом и рассказать об этом профессиональной аудитории нашего издания? Мы ждём ваших писем по адресу: medicinayuga@mail.ru

Доктор медицинских наук Карен Георгиевич Айрапетов (г.Ростов-на-Дону) известен на Юге России своими прогрессивными микронеурохирургическими методиками.



Карен Георгиевич – заведующий нейрохирургическим отделением на базе Клинической больницы №1 Южного окружного медицинского центра ФМБА России. Широкопрофильный нейрохирург высшей квалификационной категории, д.м.н. К.Г. Айрапетов за период своей медицинской практики выполнил более 1000 операций на нервной системе, большая часть из которых это вмешательства высшей категории сложности при опухолях головного и спинного мозга, межпозвоночных грыжах.

Карен Георгиевич является автором более 150 научных работ и 10 патентов РФ на изобретения в области нейрохирургии и нейроонкологии. Также является сертифицированным специалистом по нейрохирургии и онкологии, имеет международный сертификат Школы по эндovasкулярной нейрохирургии и хирургии опухолей основания черепа.

Сегодня на страницах нашего журнала д.м.н. Карен Георгиевич Айрапетов рассказывает о своих интересных клинических наблюдениях и проведенных операциях.

Удаление гигантской выпавшей грыжи диска L4-L5 промежутка

Больной М., 50 лет, поступил в нейрохирургическое отделение КБ №1 ЮОМЦ ФМБА России с диагнозом: *Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника. Гигантская секвестрированная грыжа диска L4-L5 с компрессией дурального мешка и кореш-*

ков конского хвоста. Неполный синдром корешков конского хвоста. Нижний глубокий вялый парализ. Выраженный болевой корешковый синдром L5-S1 справа.

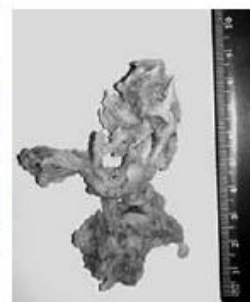
10.02.12 больному было выполнено оперативное вмешательство: Интерламинотомия L4-L5 промежутка справа, аркотомия дужки L4 справа, микрохирургическое удаление гигантской секвестрированной выпавшей грыжи диска.

На фото представлен фрагмент удаленной гигантской грыжи диска (в позвоночном канале находился практически весь выпавший диск, который критически сдавливал корешки спинного мозга).

Уникальность данного наблюдения состоит в том, что:

- во-первых, подобные гигантские выпавшие грыжи дисков встречаются, к счастью, редко;
- во-вторых, несмотря на гигантские размеры грыжи, ее удалось удалить полностью с помощью микронеурохирургической техники с минимальным повреждением опорных структур позвоночника и смещением корешков позвоночного канала из кожного разреза длиной всего 2 см;
- в-третьих, результат операции оказался позитивным – больной постепенно восстанавливается, начал самостоятельную передвигаться с помощью локтевых ходунков, боли полностью регрессировали.

Важно отметить, что те межпозвоночные грыжи, которые действительно необходимо оперировать, следует оперировать вовремя, необоснованный отказ больного от операции может привести к большим проблемам.



Удаление глиальной опухоли глубоких отделов правой височной доли мозга.

Больная И., 66 лет, поступила в нейрохирургическое отделение КБ №1 ЮОМЦ ФМБА России с диагнозом: *Глиобластома медио-базальных отделов левой височной доли головного мозга с ростом в островок, нижний рог левого бокового желудочка и охватывающую цистерну головного мозга с масс-эффектом.*

16.09.11 больной было выполнено оперативное вмешательство: Декомпрессивная расширенная лобно-височная краниотомия слева, микрохирургическое удаление диффузной внутримозговой опухоли (глио-

бластомы) медиобазальных отделов левой височной доли с ростом в островок, нижний рог левого бокового желудочка и охватывающую цистерну головного мозга в пределах видимых неизмененных тканей.

Ход операции: Под общим эндотрахеальным наркозом в положении больной на правом боку из подковообразного разреза кожи и мягких тканей произведена расширенная лобно-височная (птериональная)

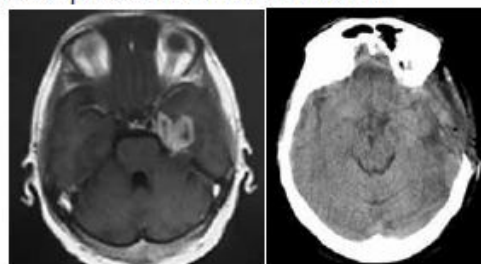


краниотомия наложением 5-ти фрезевых отверстий с обнажением скуловой дуги и максимально низко к основанию средней черепной ямки. После поднятия костного лоскута твердая мозговая оболочка (ТМО) напряжена без признаков ее пульсации. Перед вскрытием ТМО произведена люмбальная пункция со сбросом около 10 мл ликвора, напряжение ТМО спало. ТМО вскрыта подковообразным разрезом максимально низко к основанию черепа. Левая височная доля увеличена в размерах, извилины и борозды передних и средних отделов левой височной доли сглажены, мозг пролабирует в рану не пульсирует. В проекции на границе передней и средней трети средней и нижней височных извилин слева произведена линейная церебротомия длиной до 2 см. После ревизии мозгового вещества с помощью ретрактора на глубине около 2 см по направлению к основанию черепа обнаружена патологическая опухолевая ткань внутримозговой опухоли, богато васкуляризированная, с нечеткими границами роста, мягко-эластической консистенции, серо-розового цвета с участками распада. При ревизии и этапном микрохирургическом удалении опухоли обнаружено, что опухоль занимает медио-базальные отделы передних и средних отделов левой височной доли с прорастанием нижних отделов островковой доли и нижнего рога левого бокового желудочка, общим размером около 7х6х6 см. Опухоль по виду, вероятнее всего, злокачественная глиома. При дальнейшей ревизии выявлено, что медиобазальные отделы опухоли прорастают наружный листок медиальной ТМО средней черепной ямки, распространяются в охватывающую цистерну мозга слева. С помощью микрохирургической техники произведено удаление опухоли в пределах видимых неизмененных тканей, измененная ТМО очищена от остатков опухоли, обработана диатер-

мией, охватывающая цистерна мозга слева освобождена от фрагментов опухолевой ткани, из нее получено свободное истечение ликвора. Левая ножка мозга и сосуды основания средней черепной ямки интактные. После удаления опухоли напряжение мозга несколько спало, появилась его слабая пульсация. Гемостаз в ложе удаленной опухоли произведен с помощью диатермии, раствора перекиси водорода, гемостатического материала «Серджиселл». ТМО не ушивалась, была подшита по периметру дефекта. Учитывая сохраняющийся пролапс мозга и недоброкачественную природу новообразования, костный лоскут решено не ставить на место, в связи с чем он был удален. Произведена пластика дефекта ТМО височной мышцей и ее апоневрозом по периметру. Установлен трубчатый субдуральный и резиновый подкожный дренажи. Апоневроз и кожа ушиты послойно. Наложена асептическая повязка. Интраоперационная кровопотеря – около 400 мл.

Уникальность данного наблюдения состоит в том, что:

- во-первых, опухоль имела сложную для хирурга топографию, а именно глубокое расположение, диффузные границы роста, распространялась на островковую дольку, нижний рог левого бокового желудочка и росла в охватывающую цистерну головного мозга, т.е. имела крайне опасное околостволовое расположение.
- во-вторых, с помощью микронеурхирургической техники удалось удалить данную опухоль тотально в пределах неизмененных тканей, с сохранением островка, жизненно важных структур основания черепа, удалось избежать повреждения зрительных нервов, сонных артерий и ствола мозга.
- в-третьих, после данной операции у больной не было никаких неврологических выпадений, сохранено удовлетворительное качество жизни.



На фото представлены МРТ головного мозга исходно перед операцией и КТ-контроль после операции.

Контактная информация для связи с доктором медицинских наук Кареном Георгиевичем Айрапетовым:

+7 (863) 237-47-40 – Отделение нейрохирургии КБ №1 ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России
 моб. тел.: +7 (918) 553-80-68 – зав. отделением, д.м.н. К.Г.Айрапетов
 Веб-сайты: www.neuro-rostov.ru
www.нейрохирургия-ростов.рф www.umedcentr.ru
 Электронная почта: karen-neuro@yandex.ru