

Фармакорезистентная эпилепсия.

Хирургический метод лечения эпилепсии является достаточно эффективным и проводится пациентам при неудовлетворительных результатах консервативного лечения. Операции направлены на выявление, удаление или изолирование эпилептогенного очага в головном мозге, либо на подавление эпилептической активности головного мозга.

Имплантация сфеноидальных электродов проводится для регистрации электрической активности с медио-базальных отделов височных долей (рис. 1).



Рис. 1. КТЗД основания черепа. Сфеноидальные электроды четко визуализируются в области овальных отверстий клиновидной кости.

Имплантация субдуральных электродов производится для уточнения локализации эпилептогенного очага и проведения картирования коры головного мозга с целью определения границ необходимой и допустимой резекции (рис. 2).

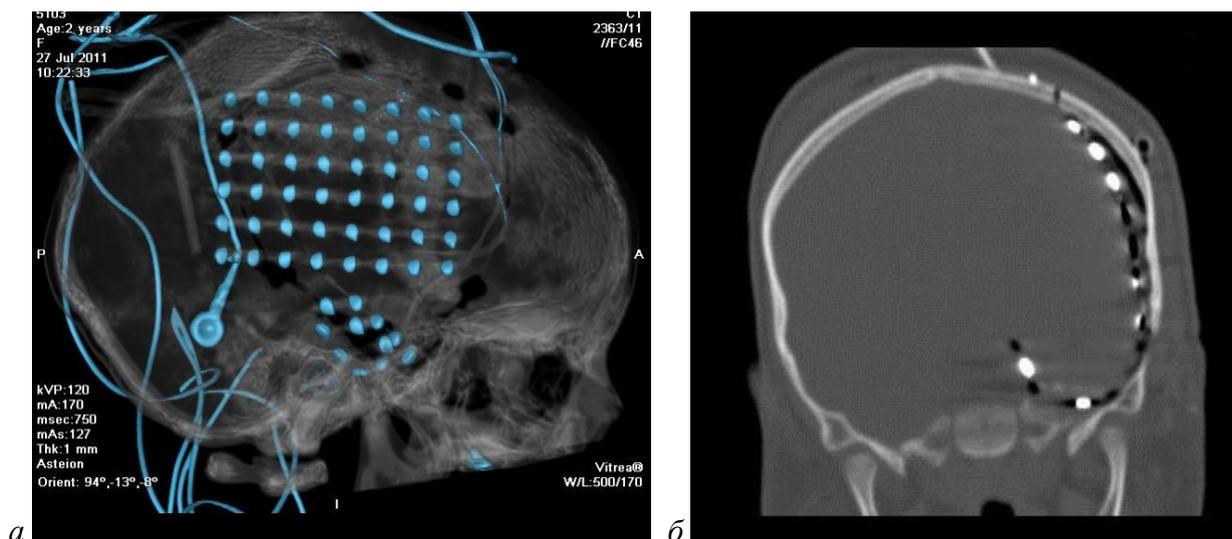


Рис. 2. КТ визуализация субдуральных электродов.

Церебральные резекции. У пациентов с фармакорезистентным течением эпилепсии при четкой локализации эпилептогенного очага в функционально малозначимой зоне он может быть удален. В

зависимости от объема удаления мозговой ткани можно выделить кортикальные (удаление участков коры головного мозга, рис. 18) и лобарные резекции (удаление долей головного мозга, рис. 3).

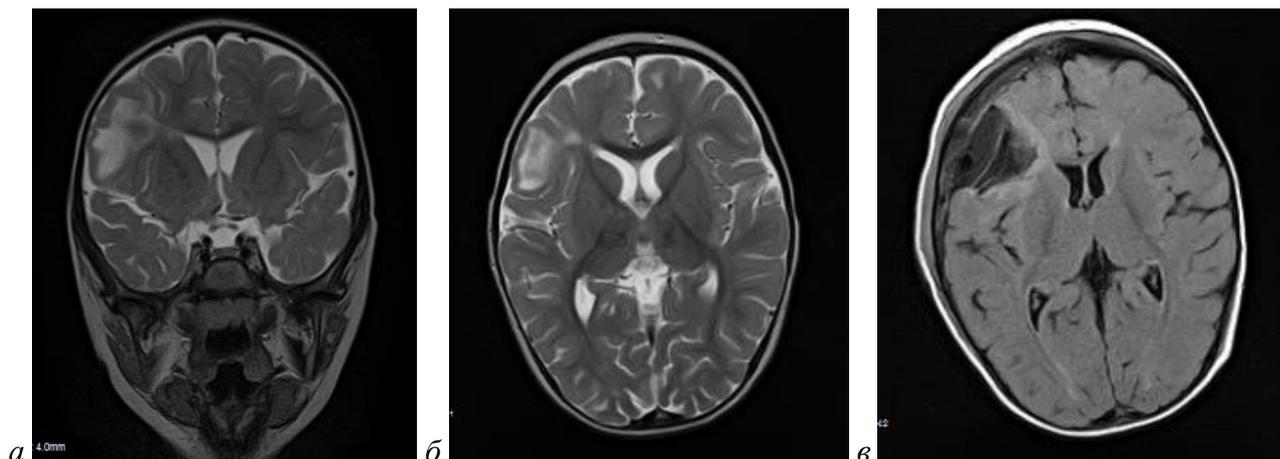


Рис. 3. МРТ пациентки 8 лет с фокальной корковой дисплазией правой лобной доли, симптоматической эпилепсией до (а, б) и после (в) кортикальной резекции.

Клиническое наблюдение. Пациентка 5 лет. страдает симптоматической эпилепсией. С 2-х лет ежедневно наблюдаются генерализованные тонико-клонические судороги до 5-7 раз, ребенок отстает в развитии. Получила практически все доступные противосудорожные препараты, без эффекта. МР исследование головного мозга выявлена фокальная корковая дисплазия правых лобной и височной долей головного мозга (рис. 4 а). При инвазивном видео-ЭЭГ мониторинге в течении 92 часов зарегистрированы эпилептические приступы, исходящие из правой лобной доли и передних отделов правой височной доли. С целью детальной локализации фокуса эпилептической активности первым этапом пациентке выполнена операция 1 – лобно-височная краниотомия справа, имплантация субдуральных электродов над правыми лобной и височными долями головного мозга. При инвазивном видео-ЭЭГ мониторинге в течении 48 часов зарегистрированы эпилептические приступы, исходящие из передних отделов правой лобной доли и полюса правой височной доли. Вторым этапом пациентке выполнена операция 2 – фронтальная и передняя темпоральная лобэктомии справа (рис. 4 б). Гистологическое исследование удаленных тканей мозга выявило фокальную корковую дисплазию. После операции судорожные приступы прекратились. При повторных видео-ЭЭГ мониторингах с интервалом каждые 6 мес. эпилептиформная активность не выявляется. Развитие пациентки существенно улучшилось. Планируется постепенная отмена противосудорожной терапии.

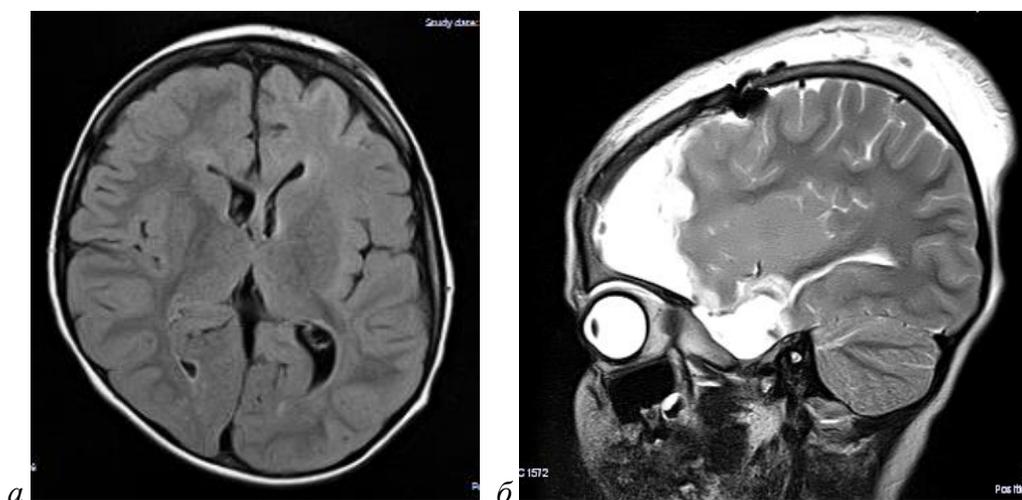


Рис. 4. МРТ пациентки 5 лет с симптоматической эпилепсией, фокальной корковой дисплазией правых лобной и височной долей, симптоматической эпилепсией до (а) и после через 3 дня после (б) операции.

Вариантами изолирования эпилептогенного очага в головном мозге являются квадрантэктомия и гемисферотомия. **Квадрантэктомия** выполняется при локализации эпилептогенного очага в височной и затылочной долях одного из полушарий (субдоминантного). Как правило, хирургическое вмешательство состоит из 2-х процедур: темпоральная лобэктомии и окципито-париетальной диссекции (рис. 5).

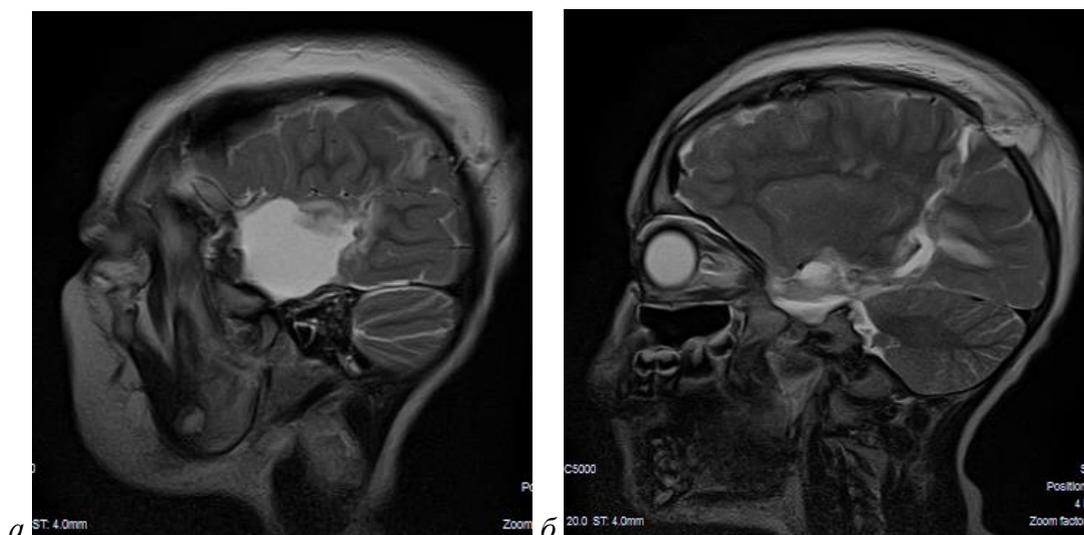


Рис. 5. Квадрантэктомия: темпоральная лобэктомия (а) и окципито-париетальная диссекция (б).

Гемисферотомия. При локализации обширного эпилептогенного очага в пораженном полушарии головного мозга (энцефалит Рассмусена, гемимегалэнцефалия, синдром Штурге-Вебера, последствия ишемического поражения) при наличии контрлатерального гемипареза выполняется гемисферотомия (отделение одного из полушарий головного мозга). Такая функциональная изоляция пораженного полушария делает невозможным генерализацию эпилептогенной активности и развитие судорожных приступов.

Имплантация стимулятора блуждающего нерва. Данный способ хирургического лечения фармакорезистентной эпилепсии применяется у пациентов с множественными эпилептогенными очагами. Стимуляция блуждающего нерва вызывает подавление эпилептической активности головного мозга, что снижает количество и частоту судорожных приступов.