

Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения многоочаговой эпилепсии

Касумов В.Р.

Early and late results of surgical treatment of multifocal epilepsy

Kasumov V.R.

Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. А.Л. Поленова, г. Санкт-Петербург

© Касумов В.Р.

Изучены исходы хирургического лечения больных многоочаговой эпилепсией. Исследование показало, что они зависят от локализации эпилептических очагов. В первой группе (92 пациента в ближайшем послеоперационном периоде) у 62 (51,7%) человек была диагностирована однополушарная корковая локализация эпилептических очагов, у 30 (25,0%) – битемпоральная. Во второй группе (30 больных в отдаленном послеоперационном периоде) у 17 (42,5%) – однополушарная корковая, у 13 (32,5%) – битемпоральная. При этом в первой группе у 80,4% пациентов наблюдались ремиссии припадков и снижение их частоты более чем на 80,0%, а во второй у 67,7% – снижение частоты припадков более чем на 50,0%, у 26,7% развился их рецидив.

Ключевые слова: эпилепсия, хирургическое лечение.

Studies of surgical outcomes in multifocal epilepsy patients showed them to depend on epileptic foci sites in two groups of the diseased according to J. Engel scale (1993): 92 early postoperative period patients (group 1), and 30 late one patients (group 2). Of 92 group 1 patients unilateral cortical epileptic foci were diagnosed in 62 (51.7%), bitemporal ones in 30 (20.0%) patients. Of 30 group 2 patients – unilateral cortical in 17 (42.5%), and bitemporal in 13 (32.5%) patients. In group 1 remission of the seizures and decrease of their frequency over 80.0% was achieved in 80.4% of the patients, in group 2 – decrease of seizure frequency over 50.0% in 67.7%, and recurrent seizures in 26.7% of the patients.

Key words: epilepsy, surgical treatment.

УДК 616.853-089.17-036.8

Введение

Эпилепсия является широко распространенным прогрессирующим заболеванием нервной системы. Несмотря на синтезирование новых противосудорожных препаратов, эффективность медикаментозного лечения составляет 70–75% [3, 4]. Хирургическое лечение одноочаговой эпилепсии в 50–70% случаев вызывает ремиссию эпилептических припадков и снижение их частоты [1, 5, 6, 8]. В системе хирургического лечения многоочаговой эпилепсии имеются противоречивые данные о методе оперативных вмешательств и тактике дифференцированных вариантов хирургического воздействия на эпилептические очаги и ее эффективности [2, 11, 13, 16, 17].

Цель исследования – изучение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения больных многоочаговой эпилепсией с учетом социально-трудовой адаптации и компенса-

ции интеллектуально-мнестических расстройств в зависимости от локализации эпилептических очагов и методов оперативных вмешательств, а также исследование степени коррекции интеллектуально-мнестических расстройств.

Материал и методы

Проведен анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения 132 больных многоочаговой эпилепсией по данным ближайшего и отдаленного катамнеза в период от 1 года до 23 лет. Все пациенты разделены на две группы. В первую группу вошли 92 обследованных, у которых изучены ближайшие результаты хирургического лечения, а вторую составили 30 больных с изученным отдаленным катамнезом в возрасте от 18 до 48 лет. Обследованные пациенты обеих групп по половому и возрастному составу не различались. Длительность заболевания составляла от 1 года до 10

лет у 33 (25%) больных, 11–20 лет – у 76 (57,6%) и свыше 20 лет – у 23 (17,4%) пациентов. В качестве основных этиологических факторов рассматривались черепно-мозговая травма – у 80 (60,6%) пациентов и нейроинфекция – у 52 (39,4%). Типы эпилептических припадков у пациентов были идентичными, у большинства (75%) из них встречались парциальные в виде простых и комплексных приступов с вторичной генерализацией. Ко всем обследованным применялся метод клинического наблюдения, проводились нейропсихологические тесты и мониторинг электроэнцефалограмм.

Анализ исходов хирургического лечения многоочаговой эпилепсии проводился по модифицированной шкале J. Engel [15]: I класс – отсутствие клинически проявляющихся припадков (возможны ауры); II класс – наличие припадков, не изменяющих качество жизни больных; III класс – снижение частоты припадков более чем на 80%; IV класс – отсутствие значимого улучшения. Для изучения ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения многоочаговой эпилепсии проводился опрос больных, включающий модифицированную шкалу J. Engel. Пациентам, которые по различным причинам не могли явиться на обследование, рассылались анкеты для ответов на вопросы, соответствующие шкале J. Engel.

Результаты и обсуждение

Оценка результатов хирургического лечения 92 больных многоочаговой эпилепсией, входящих в первую группу, проводилась в зависимости от локализации эпилептических очагов. В ходе исследования данные больные были разделены на две подгруппы: 1-я подгруппа – 62 (67,4%) больных с однополушарной височной корковой локализацией, 2-я подгруппа – 30 (32,6%) пациентов с битемпоральной локализацией.

Данные изучения ближайших результатов хирургического лечения (до 1 года после операции) у 92 больных с многоочаговой эпилепсией представлены в табл. 1.

Таблица 1
Результаты хирургического лечения больных в ближайшем послеоперационном периоде по

модифицированной шкале
J. Engel (1993)

Класс исходов по J. Engel	Локализация эпилептических очагов, абс.		Всего (92 пациента)	
	Однополушарные корковые (62 пациента)	Битемпоральные (30 пациентов)	Абс.	%
I класс	28	4	32	34,8
II класс	15	8	23	25,0
III класс	9	10	19	20,6
IV класс	10	8	18	19,6
Результат				
не известны	–	–	–	–

Как видно из табл. 1, у 74 (80,4%) больных из 92 с однополушарной корковой локализацией эпилептических очагов в ближайшем послеоперационном периоде наблюдались положительные результаты, в том числе ремиссии припадков – у 32 (34,8%) пациентов, снижение их частоты более чем на 80% – у 42 (45,6%).

Анализ данных хирургического лечения 30 пациентов, входящих во вторую группу, в отдаленном послеоперационном периоде проводился в зависимости от локализации эпилептических очагов. Пациенты этой группы были разделены на две подгруппы: 1-я подгруппа – 17 (56,7%) человек с однополушарной корковой локализацией, 2-я подгруппа – 13 (43,3%) с битемпоральной локализацией.

Результаты хирургического лечения второй группы представлены в табл. 2.

Таблица 2
Результаты хирургического лечения больных в отдаленном послеоперационном периоде по модифицированной шкале J. Engel (1993)

Класс исходов по J. Engel	Локализация эпилептических очагов, абс.		Всего (30 пациентов)	
	Однополушарные корковые (17 пациентов)	Битемпоральные (13 пациентов)	Абс.	%
I класс	3	2	5	16,7
II класс	4	4	8	26,7
III класс	5	2	7	23,3
IV класс	5	4	9	30
Результат				
не известны	–	1	1	3,3

Из табл. 2 видно, что у 20 (66,7%) из 30 больных с многоочаговой эпилепсией в отдаленном

ленном послеоперационном периоде наблюдались ремиссии припадков и снижение их частоты более чем на 80,0%.

Рецидивы эпилептических припадков у 8 (26,7%) пациентов наблюдались в течение 2–3 лет после операции и были связаны с нарушением режима противосудорожного лечения, самостоятельным прекращением приема противосудорожного препарата и употреблением алкоголя.

При анализе исходов хирургического лечения у больных многоочаговой эпилепсией были получены данные, указывающие на то, что в случаях с однополушарными корковыми эпилептическими очагами результаты оказались лучше (75–80%), чем в наблюдениях с битемпоральными очагами. Наибольшая эффективность хирургического лечения у больных с локализацией эпилептического очага в коре одного полушария связана с адекватной диагностикой очага, его локальностью и доступностью для радикального удаления, в частности при операциях на недоминантном полушарии. Грубые морфологические расстройства с вовлечением одной-двух долей полушария с преимущественным поражением подкорково-стволовых структур функционально вызывают сложности для радикального удаления эпилептического очага, так как эти факторы обуславливают сохранение в последующем пароксизмальных форм активности.

Проведена оценка результатов хирургического лечения больных многоочаговой эпилепсией в зависимости от методов оперативного вмешательства. Так, у 40 больных с однополушарной корковой локализацией эпилептических очагов проводилась открытая операция, у 14 пациентов с битемпоральной локализацией эпилептических очагов выполнялась их стереотаксическая деструкция. При этом полученные данные исходов хирургического лечения показывают, что в первой группе наблюдалась ремиссия припадков и снижение их частоты на 80%. Во второй группе выявлялось снижение припадков на 60%. В 26,7% случаев развивался рецидив эпилептических приступов и сохранялось прогрессивное течение заболевания с выраженными интеллектуально-мнестическими расстройствами. Следует отметить, что пациенты, пере-

несшие хирургические методы воздействия на эпилептические очаги, нуждаются в длительном многолетнем приеме антиэпилептических препаратов с учетом динамики припадков.

Показатели интеллектуально-мнестических и эмоционально-аффективных расстройств представлены в табл. 3.

Таблица 3
Отдаленные результаты хирургического лечения больных многоочаговой эпилепсией в связи с показателями интеллектуально-мнестических расстройств

Результаты изменений психики	Локализация эпилептических очагов				Всего (30 человек)	
	Однополушарные корковые (17 пациентов)		Битемпоральные (13 пациентов)		Абс.	%
	Абс.	%	Абс.	%		
Нормализация	7	41,2	1	7,7	8	26,7
Значительное улучшение	8	47,1	7	61,5	15	50

Из табл. 3 видно, что адаптация психической деятельности наблюдалась у 8 (26,7%) из 30 больных. Значительное улучшение отмечалось у 15 (50%) оперированных, а изменения психики оказались без улучшения у 4 (13,3%) пациентов. Кроме того, установлено, что имеется зависимость степени коррекции интеллектуально-мнестических расстройств от возраста больного, в котором появились эпилептические припадки, длительности заболевания, локализации эпилептических очагов, характера и степени морфологических расстройств мозга до операции. Восстановление расстройств психики зависит от радикальности тактики хирургического метода лечения и пластичности головного мозга.

В послеоперационном периоде наблюдалась полная коррекция психических расстройств у больных с началом заболевания после 16-летнего возраста. У этих пациентов во время оперативных вмешательств обнаруживались локальные эпилептические очаги, которые были полностью удалены. После хирургического лечения у оперированных наступала ремиссия припадков. У пациентов с однополушарной корковой локализацией эпилептических очагов выявились хорошие результаты коррекции эмоционально-аффективных расстройств, нормализация психики обнаружена

у 7 (41,2%) из 30 больных. В группе пациентов с битемпоральной локализацией эпилептических очагов коррекция интеллектуально-мнестических расстройств наблюдалась в меньшем числе случаев (7,7%). По-видимому, это обусловлено диффузными и более распространенными морфологическими изменениями в мозге, тяжестью психотической симптоматики, недостаточной радикальностью хирургического удаления эпилептических очагов. В 47,1% случаев наблюдалось значительное улучшение психики с регрессом эмоционально-аффективных расстройств и дисфории и улучшением данных интеллектуально-мнестических показателей. У 34,8% больных отмечалась ремиссия эпилептических припадков, улучшились показатели биоэлектрической активности, характеризующиеся отсутствием разрядных форм активности. У 34% пациентов в послеоперационном периоде в процессе медикаментозной адекватной антиэпилептической терапии наступила социально-трудовая и семейная адаптация. Так, 4 пациента работают по своей специальности, 5 трудятся в облегченных условиях труда, 12 из 30 наблюдаемых не работают, поскольку являются инвалидами.

После перенесенной операции в 4 (13,3%) случаях уровень интеллектуальных и эмоциональных расстройств не изменился, у 60% больных обнаружено снижение кратковременной памяти. У большинства (65%) пациентов заболевание появилось в раннем детском возрасте и характеризовалось грубыми морфологическими расстройствами мозга в виде атрофии с образованием арахноидальных кист, склонностью к прогрессивному течению заболевания с выраженными интеллектуально-мнестическими расстройствами в стадии имбециальности, диффузными изменениями биоэлектрической активности с вовлечением подкорково-стволовых структур, что позволяло установить тяжелую стадию многоочаговой эпилепсии. У некоторых пациентов наблюдалось снижение количества эпилептических припадков, отсутствие статусных состояний, но имеющиеся выраженные интеллектуально-мнестические и эмоционально-аффективные расстройства способствовали социально-трудовой дезадаптации. Больные сохраняли III группу инвалидности, нуждались в

регулярном уходе и надзоре со стороны близких родственников, иногда госпитализировались в областную психоневрологический диспансер.

Открытый способ хирургического лечения больных многоочаговой эпилепсией с однополушарной корковой локализацией эпилептических очагов оказался наиболее эффективным. Терапевтическая ремиссия эпилептических очагов наблюдалась у 34,8% больных, снижение частоты припадков – у 45,6% оперированных. Недостаточная эффективность отмечалась у 19,6% пациентов. Данные литературы [1, 9, 10] также свидетельствуют об эффективности этого метода лечения. Выявлено, что компенсация расстройств психики связана с радикальностью удаления эпилептических очагов и пластичностью головного мозга, а степень коррекции интеллектуально-мнестических расстройств зависит от возраста больных эпилепсией, длительности заболевания, локализации и латерализации эпилептических очагов.

Заключение

Полученные данные изучения ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения больных многоочаговой эпилепсией показали, что у больных с однополушарными корковыми эпилептическими очагами наблюдались лучшие результаты – у 80,4% ремиссии припадков и снижение их частоты более чем на 80% (I и II класс по шкале J. Engel (1993)). У больных с битемпоральными очагами отмечается снижение частоты эпилептических припадков на 50% – у 66,7% и у 26,7% развивается рецидив эпилептических припадков со склонностью к прогрессирующему течению.

Литература

1. Беляев Ю.И. Отдаленные результаты хирургического лечения эпилепсии в зависимости от природы и локализа-

Экспериментальные и клинические исследования

2. ции эпилептического очага // Хирург. лечение эпилепсии. Тбилиси, 1985. С. 118–120.
3. *Божик В.П., Ромоданов А.П.* Обоснование и эффективность сочетаний хирургических вмешательств при эпилепсии // Хирург. лечение эпилепсии. Тбилиси, 1985. С. 45–48.
4. *Гехт А.Б., Авакян Г.Н., Гусев Е.И.* Современные стандарты диагностики и лечения эпилепсии в Европе // Журн. неврологии и психиатрии. 1999. № 7. С. 4–7.
5. *Громов С.А.* Контролируемая эпилепсия. СПб.: ИИЦ Балтика, 2004. 302 с.
6. *Земская А.Г., Кривошеина Ю.П.* Многоочаговая эпилепсия у детей // Акт. проблемы профилактич. и клинич. медицины. Л., 1975. С. 158–160.
7. *Зотов Ю.В.* Хирургическое лечение очаговой эпилепсии у взрослых. Л., 1975. 104 с.
8. *Касумов Р.Д., Степанова Т.С., Берснев В.П. и др.* Каллозотомия в системе хирургического лечения сложных форм эпилепсии. СПб.: Изд-во «Русь», 2005. С. 25.
9. *Розулов В.А., Яцук С.Л.* Сочетанные односторонние последовательные открытые и стереотаксические операции в хирургическом лечении эпилепсии у взрослых и детей // Комплексное лечение эпилепсии. Л., 1982. С. 43–48.
10. *Рябуха Н.П., Берснев В.В.* Многоочаговая эпилепсия (этиопатогенез, клиника, диагностика и хирургическое лечение). СПб.: Изд-во ФГУ «РНХИ им. проф. А.Л. Поленова Росмедтехнологий», 2008.
11. *Сараджишвили П.М., Чхенкели С.А.* О показаниях к хирургическому лечению сложных форм эпилептических припадков, его тактика и результаты // Комплексное лечение эпилепсии. Л., 1982. С. 13–23.
12. *Скрябин В.В., Шершевер А.С., Бейн Б.Н.* Отдаленные результаты хирургического лечения эпилепсии // Хирург. лечение эпилепсии: Междунар. симп. по функциональной нейрохирургии. Тбилиси, 1985. С. 137–138.
13. *Степанова Т.С., Касумов Р.Д., Берснев В.П. и др.* Нейростимуляция как метод лечения медикаментозно-резистентных форм эпилепсии. СПб., 2008. 24 с.
14. *Чхенкели С.А.* О принципах функциональной нейрохирургии эпилепсии и ее результаты // Хирург. лечение эпилепсии: Междунар. симп. по функциональной нейрохирургии. Тбилиси, 1985. С. 146–148.
15. *Яцук С.Л.* Особенности течения височной эпилепсии при начале заболевания в детском возрасте // Вопр. детской нейрохирургии. Л., 1985. С. 110–114.
16. *Engel J., Van Ness P.C., Rasmussen T.B., Ojeman L.M.* Outcome with respect to epileptic seizure // Surgical treatment of epilepsies / Ed. J.Jr. Engel. Second edition. New York: Raven Press, 1993. P. 609–621.
17. *Wieser H.G., Yasargil M.G.* Selective amygdalohippocampectomy as a surgical treatment of mesiobasal limbic epilepsy // Surg. Neurol. 1982. V. 17. № 6. P. 445–457.
18. *Wieser H.G.* Role of surgery in the therapy of epilepsy // Europ. Neurol. 1994. V. 34. P. 66–70.

Поступила в редакцию 26.03.2009 г.

Сведения об авторах

В.Р. Касумов – канд. мед. наук, старший научный сотрудник РНХИ им. А.Л. Поленова (г. Санкт-Петербург).

Для корреспонденции

Касумов Вугар Рауфович, тел. +7 (905) 2650064, e-mail: vugar24@mail.ru