

ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИИ ЭПИЛЕПСИИ

В.А. Хачатрян¹, К.Е. Пошатаев², Н.О. Даллакян³

ФГБУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, г. Санкт-Петербург, Россия¹

ГУЗ Свердловский областной онкологический центр, г. Екатеринбург, Россия²

Медицинский университет, г. Ереван, Армения³

Широкая распространенность эпилепсии (Э) в популяции (0,5%), низкая эффективность медикаментозной терапии (< 70%), плохой прогноз прогрессирующих форм заболевания, узкие показания к хирургическому лечению и его низкая эффективность являются причиной стойкой актуальности проблемы хирургии эпилепсии.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов исследования и лечения 7200 больных Э в возрасте от 1 до 46 лет, 942 операций 862 больным со сроком катамнеза от 3 до 33 лет. Проанализированы хирургическая активность среди медикаментозно-резистентных (МР) больных, структура результатов и осложнения хирургического лечения.

Результаты. Для данной категории больных свойственно отсутствие грубого структурного поражения мозга, нестабильность амплитудно-частотной и пространственно-временной организации ЭЭГ эпилепсии, полиморфность и нестереотипность пароксизмального синдрома и психопатологической симптоматики. При этом, данная тенденция оказалась неизменной на протяжении 30-летнего наблюдения. Руководствуясь распространенной центрэнцефалической и центральнострикулярной концепциями, показания к хирургическому лечению Э удавалось сформулировать лишь в 33% случаев. У 5,3% с гипорезорбтивной гидроцефалией проведены ликворшунтирующие операции (ЛШО). В результате операции полная и стойкая ремиссия проявлений Э (Engel I типа) достигнута в 21% случаев, а нестойкая или неполная

ремиссия (Engel II) – в 55,4%. Без эффекта или дальнейшее прогрессирование заболевания констатировано в 9,2 %.

Заключение. Для данной группы больных с МР Э общепринятая концепция выбора тактики хирургического лечения малоэффективна. Она позволяет сформулировать показания к операции в 1/3 наблюдений и достигнуть желаемого эффекта – в 1/5, что не позволяет считать универсальными центрэнцефалическую и центральнострикулярную концепции. Они эффективны при прогрессирующих формах Э со структурным поражением мозга, стереотипностью проявлений. В большинстве случаев возникает необходимость рассматривать эпилептическую систему как нестабильное иерархическое состояние, алгоритмы функционирования которой подчиняются принципу доминантности А.А. Ухтомского. Становится очевидным применение универсальных методов лечения (нейростимуляция, мультидеструкция, ЛШО). В отношении данной популяции больных применим принцип оценки результатов хирургического лечения, разработанный W.Penfield, при котором учитывается динамика основных проявлений Э а не только пароксизмального синдрома (как при классификации J. Engel, 1993, 1996).

У части больных патология системы СМЖ играет существенную роль в патогенезе Э, а коррекция ликворообращения должна быть включена в комплекс хирургического лечения Э. Тогда ликвор рассматривается как структурно-функциональная составляющая эпилептической системы.