

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕРМОКОАГУЛЯЦИИ ЭПИЛЕПТОГЕННОЙ ЗОНЫ ЧЕРЕЗ ГЛУБИННЫЕ ЭЛЕКТРОДЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СТЕРЕОЭЭГ У ПАЦИЕНТОВ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ФОКАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ.

Балацкая А.С., Саламов И.П., Димерцев А.В., Педяш Н.В., Утяшев Н.П., Зуев А.А.

ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

Вступление: Стереотаксическая радиочастотная термокоагуляция используется в лечении фокальной фармакорезистентной эпилепсии (ФФЭ) с середины прошлого века. Современное развитие технологий позволяет выполнять данную манипуляцию через установленные электроды после проведенного стереоЭЭГ (сЭЭГ) и верификации эпилептогенной зоны (ЭЗ). Цель настоящего исследования проанализировать первые результаты применения радиочастотной термокоагуляции (РЧК) после стереоэлектроэнцефалографии у пациентов с ФФЭ.

Материалы и методы: произведено ретроспективное исследование на основании лечения 23 пациентов в возрасте от 19 лет до 61 года, проходивших инвазивный сЭЭГ мониторинг по поводу ФФЭ в ФГБУ НМХЦ им. Н.И. Пирогова с февраля 2020 г. по декабрь 2020 г. В исследование включены 23 пациента (11 женщин, 12 мужчин), которым для определения эпилептогенной зоны (ЭЗ) потребовалось выполнить сЭЭГ. После проведения сЭЭГ, обсуждения на эпилептологическом консилиуме и определения ЭЗ больным было проведено локальное разрушение эпилептогенного очага - РЧК с использованием радиочастотного генератора Cosman RFG-G4 на контактах электродов, с которых был зарегистрирован паттерн начала эпилептического приступа. Использованные параметры коагуляции: мощность 3 Вт, экспози-

ция 180 секунд. Среди них 17 МР-негативных пациентов, 6 пациентов с множественной патологией по данным МРТ головного мозга.

После процедуры электроды извлекались под местной анестезией. На следующие сутки выполнялась контрольная МРТ головного мозга. Повторное МРТ головного мозга проводилось через полгода от момента процедуры.

Результаты: Катамнез более 6 месяцев после РЧК отслежен у 14 пациентов. Количество контактов, на которых выполнена РТК составило от 4 до 8. Полного отсутствия приступов (Engel I) достигли 5 пациентов (36%). У 2 пациентов (14%) отмечалась ремиссия приступов в течение 4х месяцев, затем приступы возобновились. После чего им была выполнена стандартная височная лобэктомия, приведшая к ремиссии приступов. У 5 пациентов (36%) отмечен эффект в виде урежения частоты приступов и улучшения качества жизни. В дальнейшем они были прооперированы (тотальное удаление эпилептогенной зоны, выявленной при сЭЭГ), в настоящее время у них отмечается ремиссия эпилептических приступов (Исход по Engel I). У 2 пациентов (14%) процедура не повлияла на частоту возникновения эпилептических приступов. Осложнений по результатам процедуры не получено. Локализация ЭЗ по данным сЭЭГ: височная доля- 16 пациентов (70 %); >1 доли головного мозга - 7 пациентов (30%). По данным МРТ головного мозга размер зоны венчика разрушения составил – от 5,9х6,2х15,0 мм до 6,27х5,28х14,4 мм.

Выводы: РЧТ миниинвазивный метод лечения ФФЭ, который в 36% случаев позволяет избавиться от приступов. Данная процедура может выполняться всем пациентам, которым необходимо провести сЭЭГ для уточнения локализации и границ ЭЗ. РЧК, может быть разумным терапевтическим вариантом в сложных случаях ФФЭ, превращая диагностическую сЭЭГ в лечебную процедуру.