

Результаты комплексного лечения эхинококкоза головного мозга у детей

Голеусов С.В.

Республиканский научный центр нейрохирургии
Ташкент
Узбекистан
+998903714857
gole21@mail.ru

Результаты комплексного лечения эхинококкоза головного мозга у детей Голеусов С.В. Республиканский научный центр нейрохирургии, Узбекистан, Ташкент На сегодняшний день стандартом в лечении эхинококкоза головного мозга является оперативное вмешательство. При первичном эхинококкозе головного мозга (одна эхинококковая киста), когда киста удалена целиком без разрыва результат благоприятный. При рецидиве, интраоперационном разрыве эхинококковой кисты, и вторичного эхинококкоза головного мозга (множественные пузыри в головном мозге) риск развития рецидива приближается к 100%. Ассортимент средств с антипаразитарной активностью широк, но по данным авторов одни средства убивают протосколексы, но сами вызывают токсический энцефалит с возможным летальным исходом (глицерин 80-50%, формалин 1%), другие слабо эффективны (перекись водорода 3%, хлорид натрия 3-20%, диоксидин 1%) [Акшулаков С.К. 2004; Мамытов М.М. 2009].

Работа основана на наблюдении за 18 больными пролеченными в Республиканском Научном Центре Нейрохирургии в период с 2005г. по 2009г. у которых интраоперационно произошел разрыв кисты эхинококкового пузыря и обсеменение операционной раны. Больные были разделены на 3 группы. 1-я группа – дети, у которых после удаления эхинококковых кист проводилось промывание операционной раны раствором перекиси водорода 3% с экспозицией 4 минуты (10 детей). Химиотерапия не проводилась. 2-я группа – дети, у которых после удаления кист так же в качестве антипаразитарного средства использован раствор перекиси водорода 3% и химиотерапия альбендазолом (6 детей). 3-я группа – дети, у которых после удаления кист проводилось промывание операционной раны раствором глюкозы 40% с экспозицией 8 минут и химиотерапия альбендазолом (2 детей). В первой группе методом гидравлического выталкивания оперировано 9 детей, пункционным методом – 1. Во второй группе все 6 детей оперированы методом гидравлического выталкивания. В 3-й группе 1 ребенок оперирован методом гидравлического выталкивания, 1 – пункционным методом. В первой группе рецидив составил 90% (9 детей); во второй – 50% (3 детей); в третьей – 0%.

Анализ результатов лечения детей оперированных по поводу эхинококкоза головного мозга показал, что использование раствора перекиси водорода 3% в качестве антипаразитарного средства не эффективно и дает высокий риск развития рецидивов. Комбинированное лечение с использованием химиотерапии альбендазолом снижает риск развития рецидива. Комплексный подход к лечению детей с эхинококкозом головного мозга при интраоперационных разрывах стенки кисты в сочетании с химиотерапией более эффективен по сравнению с традиционным хирургическим лечением.

Видео-ЭЭГ-мониторирование в прехирургическом обследовании детей с симптоматической височной эпилепсией

Головтеев А.Л.*, Архипова Н.А.*, Казарян А.А.*, Меликян А.Г.*, Чадаев В.А.**, Айвазян С.О.***

*НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, **Российская детская клиническая больница, ***Научно-практический центр медицинской помощи детям Москва Россия
AGolovteev@nsi.ru

ЭЭГ-видеомониторинг – «золотой стандарт» в прехирургической диагностике симптоматических фокальных эпилепсий (F. Rosenow 2004; H. O. Luders 2008). Видео-ЭЭГ уточняет симптоматогенную зону по семиологии пароксизма, зоны интериктальной эпилептиформной активности и инициации эпилептических приступов, и позволяет локализовать эпилептогенный очаг. Методологически видео-ЭЭГ-мониторирование при симптоматической височной эпилепсии отличается от техник рутинного видео-ЭЭГ и обследования экстратемпоральных эпилепсий. Применение дополнительных «скуловых» и сфеноидальных электродов, а также фармакологическая бензодиазепиновая проба позволяют более корректно трактовать нейрофизиологические данные (B. J. Steinhoff 2008).

Цель и задачи исследования: Отработка методики видео-ЭЭГ-мониторирования в составе комплекса прехирургического обследования пациентов с симптоматической височной эпилепсией.

Материалы и методы: В НИИ нейрохирургии проспективно по прехирургическому нейрофизиологическому протоколу было обследовано 45 детей в возрасте от 1 до 17 лет. В 14 (31,1%) случаях выявлена неокортикальная височная эпилепсия, у 31 (68,9%) пациента подтвержден диагноз медиальной височной эпилепсии. Продолжительность видео-ЭЭГ-мониторирования варьировала от 3 до 120 часов. В части мониторингов применялись дополнительные «скуловые» и сфеноидальные электроды и фармакологическая бензодиазепиновая проба.

Результаты: Только у 7 (15,6%) пациентов рутинная запись ЭЭГ позволила локализовать эпилептогенную зону. В 38 (84,4%) наблюдениях её информативность была недостаточна, и проводились продолжительные видео-ЭЭГ исследования. При этом, в 8 (17,8%) случаях стандартная ЭЭГ-схема «10-20 Джаспера» не позволяла локализовать эпилептогенную зону и у этих больных потребовались дополнительные неинвазивные «скуловые» электроды, а в 11 (24,4%) исследованиях потребовалась имплантация сфеноидальных электродов. Эпилептиформная интериктальная активность была выявлена в 97,3% мониторингов. В 1 (2,7%) наблюдении зарегистрирована условно эпилептическая интериктальная активность. Эпилептические приступы зафиксированы в 54,05% пролонгированных исследований. Иктальная эпилептическая активность во всех случаях совпадала с зоной анатомического эпилептогенного поражения. В одном наблюдении (2,7%) отмечался феномен вторичной билатеральной синхронизации и мониторингование проводилось с фармакологическим подавлением генерализованных разрядов на ЭЭГ, что позволило выявить и латерализовать эпилептическую зону.

Выводы: Методология длительного прехирургического видео-ЭЭГ-мониторирования при симптоматической височной эпилепсии отличается от стандартных исследований ЭЭГ и нередко требует применения дополнительных «скуловых» и сфеноидальных электродов, а также фармакологических проб для четкой локализации эпилептогенного очага.