

Материалы и методы. Нами было проведено наблюдение девяти пациенток в возрасте от 35 до 64 лет. Все больные страдали тяжелыми хроническими болями в области тазовых органов интенсивностью от 7 до 9 баллов по десятибалльной шкале. Длительность боли была от восемнадцати месяцев до двадцати одного года. Нарушение ночного сна, подавленное настроение, постоянная усталость. У пяти пациенток были выраженные симптомы нейрогенного мочевого пузыря. Все предыдущие попытки контролировать боль при помощи фармакотерапии и других вмешательств не увенчались успехом.

После пробной стимуляции всем пациенткам имплантировали нейростимуляторы ANS (Advanced Neuromodulation Systems, USA). Мы оценивали влияние нейромодуляции на выраженность боли по аналоговой

шкале боли от 0 до 10, на общее эмоциональное состояние, качество ночного сна и возможность выполнять рутинную домашнюю работу. У пациенток с симптомами нейрогенного мочевого пузыря мы оценивали количество мочеиспусканий в сутки и в ночное время и наличие сильных позывов на мочеиспускание.

Результаты исследования. Интенсивность боли у шести больных снизилась до 1–3 баллов. У трёх пациенток боли исчезли полностью. Все больные отметили улучшение качества жизни. У всех пяти пациенток с симптомами нейрогенного мочевого пузыря мы получили полный контроль симптомов с урежением мочеиспусканий с 10–14 раз в сутки до 4–5.

Заключение. Нейромодуляция является эффективным методом лечения больных с тяжёлой формой хронической боли.

**БАЛЛОННАЯ АНГИОПЛАСТИКА
В ЛЕЧЕНИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Капутин М.Ю., Сидоров В.Н., Абу-Азаб Б.С., Платонов С.А.,
чл.-корр. РАМН Дуданов И.П.*

Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск

Введение. Частота критической ишемии нижних конечностей (КИНК) по данным международных рекомендаций TASC II, составляет до 1000 случаев на 1 миллион населения в год. Увеличение продолжительности жизни, а также распространенности сахарного диабета делают более актуальной проблему КИНК. Малый успех хирургической реваскуляризации приводит к выводу о необходимости пересмотра показаний к шунтирующим операциям в пользу больших ампутаций у наименее «перспективных» больных. Прогресс в развитии эндоваскулярных методов лечения облитерирующих заболеваний артерий конечностей в последнее десятилетие позволил предположить, что транслюминальная баллонная ангиопластика (ТЛБАП) может быть таким методом.

Цель исследования – разработать новое направление в эндоваскулярном лечении КИНК на основе комбинированного использования метода субинтимальной ангиопластики (СА) и интралюминальной ангиопластики (ИА).

Материал исследования. За период с января 2004 по ноябрь 2008 года эндоваскулярные вмешательства выполнены у 126 пациентов с КИНК. Возраст больных колебался от 45 до 89 лет, в среднем составил 68,3±9,6 лет. Клиническая характеристика пациентов представлена в таблице 15.

В 58% случаев среди поражений бедренно-подколенного сегмента встречались поражения типа С и D, формально не подходящие для эндоваскуляр-

Таб. 15. Клиническая характеристика пациентов (n=126)

Характеристика	n	%
Мужской пол	59	46.8
Проявления КИНК:		
- Язва на стопе	69	54.8
- Гангрена	36	28.6
- Боли покоя	21	16.7
- Сахарный диабет	73	57.9
Терапия сахарного диабета:		
- инсулин	53	42.1
- инсулиновые сенситайзеры	16	12.7
- диета	4	3.2
Сопутствующая патология:		
- ИБС	100	79.4
- артериальная гипертония	101	80.2
- цереброваскулярная недостаточность	51	40.5
- хроническая почечная недостаточность	14	11.1
- гемодиализ	6	4.8
- ХНЗЛ	6	4.8

ного лечения. Окклюзии существенно преобладали над стенозами: окклюзии всех трех артерий голени встречались у 47% больных, а окклюзии трех артерий голени с окклюзией в бедренно-подколенном сегменте – у 31%; значительно преобладали длинные окклюзии. При выполнении ангиопластики нами использовались три методики: 1 – СА, 2 – ИА и 3 – стентирование. В разработанных алгоритмах лечения отражены использованные показания для применения каждой из методик ангиопластики отдельно в отношении подвздошного, бедренно-подколенного сегмента и артерий голени.

При выполнении ангиопластики подвздошных артерий выбор методики зависел от вида, локализации и протяженности поражения. В целом считали целесообразным использовать стентирование во всех случаях, кроме поражений, распространяющихся на общую бедренную артерию: при стенозах стентирование выполнялось лишь при неудовлетворительном результате ангиопластики, а при окклюзиях, если это было возможно, отдавалось предпочтение хирургическому вмешательству.

При выполнении ангиопластики артерий бедренно-подколенного сегмента тактика зависела от вида и протяженности поражения. При стенозах или окклюзиях длиной менее 10 см предпочитали выполнять ИА. При протяженных окклюзиях и стенозах первично выполняли СА. В целом успех СА артерий голени составил 79%.

Благодаря применению предложенных технических приемов даже тотальная окклюзия подколенной артерии, включая зону трифуркации, не являлась непреодолимым препятствием для реканализации целевой артерии голени, кровоснабжающей зону трофического дефекта на стопе. При неудаче выполняли ретроградную субинтимальную реканализацию из тиббиального доступа, которая была успешна в 4 из 6 (67%) случаев.

В результате исследования было проведено 139 ангиопластик, в том числе 5 этапных и 8 повторных. В 53,1% случаев выполнялась СА, в 37,5% – ИА. Стентирование выполнялось в 9,4% случаев. В 17,6% применялось их сочетание в пределах одного артериального сегмента. В 78,6% случаев для проведения ангиопластики использовался бедренный антеградный доступ как обеспечивающий наилучшую поддержку.

Восстановить кровоток хотя бы по одной артерии голени удалось у 89,7% пациентов. Частота технического успеха ангиопластики составила 90,5%.

Клинический успех вмешательства был достигнут у 113 (89,7%) больных, в том числе – у 89% пациентов с сахарным диабетом (СД) и у 90% без СД. Из 8 (6,3%) больших ампутаций 7 были выполнены при неудаче ТЛБАП у больных без хирургических альтернатив. Частота больших осложнений равнялась 7%.

Выводы. В результате применения разработанных стандартов эндоваскулярного лечения технический успех ангиопластики наблюдался у 90,5% пациентов. Высокие ампутации выполнялись лишь при неудаче вмешательства. С целью улучшения отдаленного результата ТЛБАП в условиях КИНК изучается возможность комбинации хирургического и эндоваскулярного методов реваскуляризации.

ХИРУРГИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ

Медведев А.П.¹, Лашманов Д.И.², Пичугин В.В.¹, Широков М.В.², Земскова Е.Н.², Немирова С.В.¹, Чистяков И.С.¹

¹ Нижегородская государственная медицинская академия;

² Специализированная клиническая кардиохирургическая больница, Нижний Новгород

Заболееваемость инфекционным эндокардитом (ИЭ) в последние годы составляет 46–116 человек на 1 млн. жителей в год [6, 9, 10]. В последние десятилетия в нашей стране и во всем мире отмечается рост частоты ИЭ, причем чаще заболевают лица трудоспособного возраста (20–50 лет). Существенно изменилась клиническая картина заболевания, вследствие чего 87% больных ИЭ поступают в стационар с неправильным диагнозом, заболевание распознается только спустя 2–3 месяца от момента появления первых жалоб и первого обращения к врачу, при развитии грубых изменений клапанного аппарата, возникновении тромбозомболических осложнений и полиорганной недостаточности. Летальность при ИЭ до сих пор остается на уровне 24–30%, достигая у лиц пожилого и старческого возраста 34–44% [1, 4, 6, 8].

В последние годы появилось много нового в диагностике и методах комплексного лечения ИЭ,

включая операции при протезном эндокардите. В то же время многие важные вопросы хирургического лечения ИЭ остаются дискуссионными и требуют своего решения. С одной стороны, во всем мире нет единой концепции оперативного лечения таких больных. С другой стороны следует учитывать и специфические особенности пациентов с ИЭ в нашей стране, поступающих для оперативного лечения после длительных сроков консервативной терапии с выраженными явлениями эндотоксемии, полиорганной и сердечной недостаточности [2, 3, 4, 5, 7].

Цель исследования – оценить 30-летний опыт хирургического лечения инфекционного эндокардита.

Материалы и методы. За период с 1978 по 2009 гг. в Специализированной клинической кардиохирургической больнице г. Н. Новгорода оперированы 795 больных активным ИЭ. У 643 пациентов, из которых 45 страдали наркотической зависимостью, выявлено поражение естественных клапанов сердца. Электрод-индуцированный ИЭ был диагностирован в 46 случаях: по поводу деструктивного поражения трикуспидального клапана (ТК) оперированы 7 пациентов. У 90 больных имелся клапанный протезный эндокардит; в 37 случаях ИЭ осложнил течение неклапанных врожденных пороков сердца (ВПС). У 89 пациентов инфекционный процесс распространился за пределы клапанов сердца