

НЕЙРОМОДУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ

Ильинский О.И.¹, Шумаков Д.В.²

¹ Медицинский центр Питсбургского университета, Дублин, Ирландия

² ФГУ «ФНЦ трансплантологии и искусственных органов
им. академика В.И. Шумакова» Минздравсоцразвития РФ, Москва

Метод нейромодуляции путём электростимуляции задних рогов спинного мозга, корешков и периферических нервов применяется с 1967 года. Происходит постоянное развитие и улучшение технических

возможностей имплантируемых устройств. Начиная с девяностых годов XX столетия появились многоканальные пульс-генераторы, что позволило значительно повысить качество нейростимуляции и добиваться лучших результатов лечения.

Цели исследования. Изучить возможности использования метода нейромодуляции в лечении пациентов с рефрактерной хронической болью в области тазовых органов (Chronic Pelvic Pain). Определить оптимальные параметры электростимуляции при ретроградном эпидуральном расположении крестцовых электродов в области сакральных корешков на уровне S3.

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 $68,3 \pm 9,6$ 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.