

зован метод магнитно-резонансной ангиографии. Пройодимость шунта в 100%, всем больным удалось сохранить конечность.

Заклучение: Одномоментная гибридная артериальная реконструкция при многоуровневом окклюдизирующем поражении у больных с ХКИНК безопасна, выполнима и эффективна для спасения конечности с сохранением ее опорной функции.

ПРИНЦИПЫ РЕАКЦИЙ ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМЫ НА ИЗМЕНЕНИЕ ОТТОКА ОТ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Иванов А.Ю., Кондратьев А.Н., Иванова Н.Е., Комков Д.Ю., Панунцев Г.К., Петров А.Е., Вершинина Е.А., Попова Е.В., Устаева И.Г. РНХИ им.проф. А.Л. Поленова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: изучить сопряженные реакции артериальной, венозной и ликворной систем головного мозга при изменяющихся условиях притока крови к головному мозгу.

Материал и методы: У 30 пациентов во время внутрисосудистых эмболизаций артериовенозных мальформаций (АВМ) гистаакрилом было проведено ультразвуковое исследование кровотока в артериях и венах мозга и шеи, измерено давление в яремных венах (ЯВ), синусе, ликворное давление на всех этапах операции. Проводилось УЗИ-измерение площади сечения ЯВ до и после наркоза и операции. Исследования проводили при наличии информированного согласия больных

Результаты: До операции скорость венозного кровотока по ЯВ в среднем составляла $70,85 \pm 28,35$ см/сек на стороне АВМ и $65,65 \pm 29,73$ см/сек на контралатеральной стороне. По данным УЗ-обследования только в 13 наблюдениях преимущественное венозное дренирование осуществлялось в яремную вену на стороне АВМ, в 9 наблюдениях в контралатеральную, а в 8 венозный сброс был практически симметричен. Подобное отсутствие латерализации в преимущественном венозном дренировании говорит о наличии смешения потоков крови в сагиттальном синусе.

После эмболизации АВМ объем притекающей к мозгу крови уменьшался на 10-17%, при этом скорость кровотока по доминантной яремной вене не снижалась, а даже имела небольшую тенденцию к нарастанию с $70,85$ до $85,23 \pm 46,65$ см/сек. Площадь сечения доминантной яремной вены достоверно уменьшалась – с $83,59 \pm 39,42$ до $65,13 \pm 37,97$ мм.кв., что приводило к уменьшению дренирования крови по яремным венам приблизительно на тот же процент, на который снижался объем притекающей к мозгу крови. Таким образом, снижение венозного оттока достигалось за счет уменьшения площади сечения яремных вен, а не линейной скорости кровотока. Между скоростью кровотока и площадью сечения в яремной вене отмечалась обратная корреляционная зависимость, что говорит об эле-

ментах активной регуляции кровотока. Давление в доминантной ЯВ составило $6,64 \pm 2,37$ мм.рт.ст. и не изменялось на протяжении всей операции, вне зависимости от колебаний оттока крови (при условии спокойного, незатрудненного дыхания).

Давление в синусе составляло в среднем $18,27 \pm 7,6$ мм.рт.ст., что почти в 2 раза выше нормы и объяснялось повышенным дренированием крови из артериовенозных мальформаций головного мозга. Ликворное давление в среднем составляло $19,8 \pm 7,1$ мм.рт.ст., между давлением в синусах и ликворным давлением получена очень высокая сила корреляции. Давление в синусах всегда превышало давление в яремной вене, при его нарастании одновременно увеличивалось и давление в венах, таким образом, градиент давления между ними сохранялся постоянно.

Заклучение: Учитывая постоянство давления в яремной вене вне зависимости от уменьшения оттока от головного мозга можно предполагать наличие в них элементов ауторегуляции давления. Зафиксированная обратная зависимость между площадью сечения и скоростью кровотока говорит об активной роли тонуса яремных вен в процессах регуляции давления и кровотока.

Выводы:

1. Колебания давления в яремных венах не зависят от объема венозного дренирования мозга.
2. Площадь сечения яремных вен находится в обратной зависимости от скорости кровотока, что предполагает участие тонуса яремных вен в регуляции кровотока и давления
3. Преимущественное венозное дренирование из АВМ осуществляется в ипсилатеральную яремную вену лишь в 1/3 наблюдений.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ПРОЦЕДУР У БОЛЬНЫХ ОИМ С ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДОГОСПИТАЛЬНЫМ ТРОМБОЛИЗИСОМ И БЕЗ НЕГО

Иоселиани Д.Г., Ковальчук И.А., Костянов И.Ю., Колединский А.Г., Громов Д.Г.

Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии, Москва, Россия

Цель исследования: Провести сравнительный анализ клинических и ангиографических результатов ЭВП при ОИМ в группах больных с эффективной ТЛТ на догоспитальном этапе и без ТЛТ с окклюзией ИОА.

Характеристика пациентов. Нами были изучены результаты обследования и лечения 218 больных с острым Q-образующим передним инфарктом миокарда. Критериями исключения были инфаркт миокарда передней локализации в анамнезе, окклюзия ОВ ЛКА и/или ПКА по данным КАГ. У 108 из 218 пациентов на догоспитальном этапе была выполнена системная ТЛТ (в подавляющем большинстве случаев раствором стрептазы (74,1%)), у остальных 110 ТЛТ не про-