

пируват (инт) – 19,4 (18,2; 23,4), лактат/пируват (пор) – 22,6 (18,7; 28,7), глицерол (инт) – 68 (41; 195) мкмоль/л.  $\text{FiO}_2$  1,0: глюкоза (инт) – 1,2 (0,15; 1,4) ммоль/л, глюкоза (пор) – 1 (0,3; 1,4) ммоль/л, лактат/пируват (инт) – 19,3 (18; 31,5), лактат/пируват (пор) – 23,8 (19,6; 26,6), глицерол (инт) – 82 (42; 155) мкмоль/л. Исходно у всех пациентов соотношение потребления и доставки кислорода к головному мозгу ( $\text{VO}_2/\text{DO}_2$ ) находилось в пределах нормальных значений ( $\text{SvjO}_2$  –  $75,1 \pm 10,1\%$ ). Проведение нормобарической гипероксии сопровождалось существенным увеличением  $\text{SvjO}_2$  ( $\text{FiO}_2$  0,5 –  $80,8 \pm 5,3\%$  ( $p < 0,05$ ),  $\text{FiO}_2$  1,0 –  $88,1 \pm 8,9\%$  ( $p < 0,05$ )). ВЧД оставалось стабильным на всех этапах исследования ( $12,1 \pm 2,9$  мм рт. ст. ( $\text{FiO}_2$  0,3),  $10,7 \pm 2,5$  мм рт. ст. ( $\text{FiO}_2$  0,5),  $11,2 \pm 5,8$  мм рт. ст. ( $\text{FiO}_2$  1,0)).

**Выводы.** Проведение нормобарической гипероксии у больных с внутричерепными кровоизлияниями с нормальным соотношением доставки и потребления кислорода в головном мозге сопровождается увеличением напряжением кислорода в артериальной крови и в веществе головного мозга, не влияет на ВЧД и церебральный метаболизм.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ АНЕВРИЗМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ

*Страхов А.А., Колотвинов В.С., Киселева Е.В.,  
Улицкий И.Р.*

МАУ ГКБ № 40, г. Екатеринбург

**Цель.** Оценка результатов и выбор тактики эмболизации внутричерепных аневризм в остром периоде субарахноидального кровоизлияния.

**Материалы и методы.** За 2009-2010 годы в МУ ГКБ № 40 г. Екатеринбурга произведено 59 эндоваскулярных вмешательств на аневризмах сосудов головного мозга в остром периоде САК. Всем пациентам производилась эмболизация аневризмы микроспиральями. Главной целью вмешательства в остром периоде САК было армирование стенок аневризмы микроспиральями и предотвращение непосредственного контакта крови со стенками аневризмы в кратчайшие сроки. Из них на контрольное исследование явились 34 человека (58%). Возраст пациентов этой группы в интервале от 24 до 73 лет, из них 17 женщин и 17 мужчин. Период контрольного наблюдения составил от 3 до 16 месяцев. За это время ни у кого из пациентов повторного САК не зафиксировано. Тяжесть состояния оценивалась по шкале Hunt-Hess (H-N): H-N I – 6 человек, H-N II – 13 человек, H-N III – 13 человек, H-N IV – 2. Средний максимальный размер аневризмы составил от 4,1 мм до 16 мм, в среднем 7,7 мм. Объём эмболизации от 11,3% до 51,2%, в среднем 19,98%. Соотношение D/N составило от 1 до 5,8, в среднем 2,5. Ангиографический результат степени закрытия аневризмы оценивался с помощью Consensus Grading Scale (CGS).

**Результаты.** Оценивалась степень закрытия полости аневризмы непосредственно после окончания операции и через 3-16 месяцев. На конечном этапе операции тотальной окклюзии полости аневризмы (0 ст. по CGS) удалось достичь у 8 пациентов (24%), субтотальной (1

ст. по CGS) у 17 (50%) и парциальной окклюзии (2-3 ст. по CGS) у 9 пациентов (26%). При контрольной ангиографии получены следующие **Результаты.** тотальная окклюзия у 19 пациентов (56%), субтотальная у 5 пациентов (15%) и парциальная у 10 (29%). Реканализация пришеечной части аневризмы зафиксирована в 6 случаях (18%), у одного пациента тотальная окклюзия перешла в субтотальную, в 5 случаях увеличилась полость контрастирования при субтотальной окклюзии, что означало переход этих пациентов в группу парциальной окклюзии. Средний максимальный размер аневризмы у этих пациентов составил 7,3 мм, среднее соотношение D/N 2,2. Отсроченное тромбирование пришеечной части отмечалось у 11 пациентов (32%). При этом у 10 человек субтотальная и парциальная окклюзии перешли в тотальную, у одного парциальная – в субтотальную. В этой группе преобладали пациенты мужского пола (82%), средний максимальный размер аневризмы составил 7,8 мм, соотношение D/N 2,8; Средний объём эмболизации полости аневризмы у пациентов с реканализацией составил 13,3%, у пациентов с отсроченным тромбированием – 19%. Соответственно, стабильная субтотальная окклюзия сохранилась у 5 пациентов, у остальных 12 человек произошла динамика процесса либо в сторону тотальной окклюзии (92%), либо в сторону парциальной (8%).

**Выводы.** Степень тотальности закрытия аневризмы в остром периоде САК с течением времени остаётся стабильной у 47% пациентов, у 53% претерпевает изменения, при этом изменения чаще носят характер отсроченного тромбирования, чем реканализации. Учитывая вышесказанное и отсутствие рецидивов САК в контрольной группе, мы считаем оправданной тактику щадящего эндоваскулярного вмешательства на аневризмах в остром периоде САК, направленную в первую очередь на армирование стенки аневризмы и предотвращение её контакта с кровью, а не на достижение тотальной облитерации аневризматической полости.

#### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ И СТРУКТУРЫ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С НЕТРАВМАТИЧЕСКИМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ, НАХОДЯЩИХСЯ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ, НА ОСНОВАНИИ МОНИТОРИНГА СИСТЕМНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ

*Титова Ю.В., Петриков С.С., Салодов А.А.*

Научно-исследовательский институт скорой помощи  
им. Н.В. Склифосовского, Москва

Выбор объема и структуры инфузионной терапии (ИТ) на основании оценки параметров системной гемодинамики (СГ) методом транспульмональной термодилуции является новым направлением интенсивной терапии больных с внутричерепными кровоизлияниями (ВЧК) нетравматического генеза, находящихся в критическом состоянии.

**Цель исследования.** Определить роль мониторинга СГ в формировании тактики и структуры ИТ у больных с ВЧК нетравматического генеза, находящихся в критическом состоянии.