

ID: 2014-02-23-A-3913

Краткое сообщение

Балацкий О.А., Павлишвили Г.В., Федотов И.В., Щербань Ю.В., Смоляк Е.А.

Эндоваскулярное лечение больных с ишемическим синдромом в вертебро-базилярном бассейне

ГУЗ «Областная клиническая больница», Региональный сосудистый центр, г. Саратов

Ключевые слова: эндоваскулярное лечение, вертебро-базилярный бассейн

Следствием временного или перманентного дефицита кровоснабжения ствола головного мозга, мозжечка и затылочных долей является вертебро-базилярная недостаточность (ВБН). Одной из основных причин нарушений кровообращения головного мозга в вертебро-базилярном бассейне (ВББ) является атеросклеротическое поражение I порции подключичной артерии (ПКА).

Материал и методы

В отделении рентгенохирургии ОКБ за период с 2006 по 2013 годы было выполнено 96 эндоваскулярных вмешательств на I порции ПКА у больных, страдающих перманентной или пароксизмальной ВБН, проявляющейся мозжечковыми, вестибулярными и бульбарными расстройствами, либо перенесших инфаркт мозга в данном бассейне. Среди 96 пациентов было 59 мужчин и 37 женщин. Средний возраст пациентов составил 61,1 года. Поскольку окклюзии или стенозы были хроническими и локализовались в I порции ПКА, критическая ишемия верхних конечностей на стороне поражения не возникала, а у 81 % больных (78 человек) отмечена ишемия II степени. Всем пациентам выполнены ДИ ветвей дуги аорты, ТКДГ, МРТ ГМ, ангиография экстра- и интракраниальных ветвей дуги аорты. Оценивали анатомию поражения ветвей дуги аорты, степень стенозирования ПКА, проходимость позвоночных артерий (ПА), состояние Виллизиева круга, наличие синдрома позвоночно-подключичного обкрадывания.

По данным ангиографии были получены следующие результаты: хроническая окклюзия I порции ПКА с синдромом подключично-позвоночного обкрадывания выявлена в 32% случаев (31 пациент), декомпенсированный стеноз (80-99%) I порции ПКА с наличием стил-синдрома – в 49% случаев (47 больных), субкомпенсированный стеноз (70-80%) с наличием антеградного кровотока по ПА на стороне поражения – в 19% случаев (18 больных).

Методика вмешательства. Ретроградная реканализация — трансаксиллярным доступом, была выполнена в 9% случаев (9 больных), в остальных случаях был использован трансфеморальный доступ. После реканализации хронической окклюзии проводником выполняли преддилатацию баллонным катетером малого диаметра (2,5-3,0мм). Наличие декомпенсированных стенозов (80%-90%) также требовало преддилатации, как меры профилактики дислокации стента в момент имплантации. В остальных случаях выполняли прямое стентирование. Диаметр стентов 7-10 мм, длина 22-37 мм. Особое внимание уделяли расположению баллонного катетера и стента относительно устья ПА с целью его максимальной защиты от интраоперационных осложнений.

Результаты

В 5 % случаев реканализация хронической окклюзии не удалась.

Ангиографический и клинический эффект был достигнут в 95% случаев (91 пациент). В результате операции был восстановлен магистральный антеградный кровоток по артериям ВББ.

Оценка неврологического статуса в раннем послеоперационном периоде показала, что в результате ангиопластики и стентирования I порции подключичной артерии клинически было отмечено улучшение состояния, проявлявшееся в уменьшении или исчезновении вестибулярных, статических и мозжечковых расстройств.

Выводы

1. Баллонная ангиопластика и стентирование I порции ПКА является эффективным и безопасным методом лечения ВБН и профилактики инсульта.

2. В устранении ВБН сосудистого генеза решающее значение ликвидация синдрома позвоночно-подключичного обкрадывания.