Итоги
Дискуссионного клуба «Вопросы ультразвуковой ангиологии» по теме
«Ультразвуковое исследование позвоночных артерий: анатомические варианты развития, атеросклеротический стеноз и окклюзия»

25 июня 2024 года

Ниже представлены результаты обсуждения актуальных вопросов ультразвукового исследования позвоночных артерий в рамках Дискуссионного клуба, проведенного 13.06.24 в онлайн-формате. В ходе мероприятия специалисты постарались прийти к единой точке зрения относительно ключевых аспектов исследования: анатомических вариантов развития, атеросклеротического стеноза и окклюзии.

Модераторы Дискуссионного клуба

Балахонова Татьяна Валентиновна, д.м.н., профессор, главный научный сотрудник, руководитель лаборатории ультразвуковых методов исследования сосудов НМИЦ Кардиологии им. акад. Е. И. Чазова МЗ РФ, г. Москва;

Шульгина Людмила Эдуардовна, д.м.н., заведующая отделением функциональной и ультразвуковой диагностики ФГБУ Поликлиника №1 Управления делами Президента РФ, г. Москва;

Чечёткин Андрей Олегович, д.м.н., главный научный сотрудник, заведующий лабораторией ультразвуковых исследований института клинической и профилактической неврологии ФГБНУ «Научного центра неврологии», г. Москва.

Итоги

1. Согласно литературным данным, ультразвуковыми **критериями гипоплазии позвоночной артерии (ПА)** следует считать:

- диаметр ПА ≤ 2,0 мм или
- диаметр ПА ≤ 2,5 мм (< 3,0 мм) при обязательном сочетании с повышением индекса резистентности ≥ 0,75 и коэффициентом асимметрии диаметров ПА ≥ 1,7.

2. При входе ПА в костный канал на уровне, отличном от 6-го шейного позвонка (С6), в протоколе УЗ-заключения следует отметить **«вариант входа ПА»** с указанием шейного позвонка, на уровне которого она входит в костный канал.

3. Факторы, влияющие на качество визуализации устья ПА:
    - небольшой диаметр ПА;
    - глубокое расположение устья;
    - расположенные рядом вены;
    - отхождение от дуги аорты, задней или нижней поверхности подключичной артерии;
    - извитость сосуда в начальном отделе;
    - короткая и полная шея;
    - класс прибора и частота датчика.

4. Планиметрическая оценка степени стеноза возможна только в случае адекватной визуализации АСБ с обязательным подтверждением результата показателями гемодинамики.

5. Основными критериями степени стеноза являются гемодинамические показатели: пиковая систолическая скорость кровотока (ПСС) в месте стеноза, отношение систолических скоростей, форма и характер спектра кровотока.

6. Согласно литературным данным, диапазон пороговых гемодинамических показателей составляет:
    - для стеноза ≥ 50%: ПСС в месте стеноза 108-140 см/с в сочетании с отношением ПСС в месте стеноза к ПСС в V2 сегменте ≥ 2,1 – 2,2;
    - для стеноза ≥ 70% – ПСС 160-210 см/с в сочетании с отношением ПСС в зоне стеноза к ПСС в V2 сегменте ≥ 4,0 – 4,5.

7. При гемодинамической оценке степени стеноза учитываем:
    - возможное тандемное поражение ПА (в основном в интракраниальном сегменте) или значимый стеноз базилярной артерии;
    - состояние противоположной ПА (стеноз ≥70%, окклюзия, больший или меньший диаметр);
    - проходимость подключичных и сонных артерий;
    - повышенный уровень АД, сниженный сердечный выброс, выраженные нарушения ритма сердца.

Дискуссионный клуб состоялся 13 июня 2024 года в онлайн-формате. Запись мероприятия размещена в свободном доступе.

Для просмотра сканируйте QR-код.