

## НАШ ОПЫТ ПО СТЕНТИРОВАНИЮ ЛЕВОЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ УСТЬЯ ЛЕВОЙ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

ЮЛДАШЕВ Н.П., АТАМУРАТОВ Б.Р., САБИРОВА Ш.А., ЮЛДАШЕВ Б.А., МАДРАХИМОВ Н.К.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан*

**Цель исследования.** Оценить непосредственные результаты, безопасность и возможность стентирования сонных артерий (СА) у пациентов с патологической извитостью устья общей сонной артерии (ОСА).

**Материал и методы.** С января 2014 по февраль 2018 года в условиях клиники РСНПМЦК эндоваскулярные вмешательства на внутренних сонных артериях (ВСА) были проведены у 40 пациентов. Из них патологическая извитость устья ОСА была выявлена у 15 (37,5%) человек (из них 10 – мужчины). Средний возраст пациентов составил  $61,3 \pm 7,7$  (от 47 до 77) лет. Все поражения имели атеросклеротический генез. Асимптомных пациентов не было; ОНМК в анамнезе отмечали 10 (80%) больных; ПНМК – 5 (20%) пациентов. Основные методы выявления значимого стенозирования сонных артерий включали ультразвуковое доплеровское исследование и селективную ангиографию. У 8 (53,3%) пациентов для исследования зоны поражения каротидных артерий использовалась контрастная КТ-ангиография.

**Результаты.** Доступ осуществлялся во всех 15 случаях через правую общую бедренную артерию. В условиях нашей клиники не имелось технической возможности конюлировать устье левой ОСА с помощью направляющего проводникового катетера. Для установки гайд катетера нами ис-

пользовался метод «баллонная поддержка». Для этого коронарный проводник 0,14 мм был проведен в С/З левой наружной СА (НСА). Через проводник был проведен баллонный катетер 3×20 мм и раздут (8атм) в просвете левой НСА. С помощью поддержки баллонного катетера проводниковый катетер установлен в С/З ОСА, выполнено стентирование левой ВСА и стент постдилатирован. Во время стентирования использовалось устройство (фильтры-ловушки Spider) защиты дистальной эмболизации артерий головного мозга. Во всех случаях (100%) использовались нитиноловые самораскрывающиеся стенты («Acculink» Abbott Vascular, «Protégé Rx» EV3) и различные устройства («Filterwire» Boston Scientific, «Spider FX» EV3) защиты от дистальной эмболизации.

У пациентов с патологической извитостью устья левой ОСА во всех случаях был достигнут непосредственно хороший ангиографический и клинический успех. Осложнений в виде инсульта и летальных исходов не было.

**Выводы.** По-видимому, эндоваскулярные вмешательства при симптомных стенозах ВСА с патологической извитостью устья ОСА имеют положительные перспективы использования, безопасны и возможно, будут способствовать улучшению мер профилактики ишемического инсульта при данной патологии.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОРОНАРНО-ЛЕГОЧНОЙ ФИСТУЛЫ

ЮЛДАШЕВ Н.П., ХОЛИКУЛОВ С.Ш., АТАМУРАТОВ Б.Р.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан*

Коронарная фистула – это врожденная аномалия, при которой коронарная артерия (КА) впадает в камеры сердца или близлежащие сосуды, что приводит к шунтированию крови и синдрому обкрадывания. Коронарная фистула встречается с частотой 0,2–2% случаев среди всех пороков сердца.

**Материал и методы исследования.** В условиях клиники РСНПМЦК была обследована и пролечена 1 пациентка 59 лет. Из анамнеза: в январе 2018 г. перенесла острый инфаркт миокарда

(ОИМ) левого желудочка (ЛЖ) без зубца Q. При поступлении предъявляла жалобы на стенокардитические боли, возникающие при умеренной физической нагрузке. Больной были проведены общеклинические исследования, в ходе которых было обнаружено, что у пациентки имеется дислипидемия IIa типа по Фредриксону; на ЭКГ признаки очаговых изменений, связанных с перенесенным ОИМ без зубца Q. Учитывая характер болей и сохраняющиеся очаговые изменения на ЭКГ, пациентке провели коронароангиографию (КАГ). По