

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

данным КАГ в правой КА выявлена фистула между правой КА и стволом легочной артерии.

Протокол КАГ и результаты. В устье фистулы установлен гайд-катетер. Коронарный проводник Whisper проведен до дистальных отделов коронарно-легочной фистулы. Далее суперселективно до уровня дистального сегмента фистулы проведен микрокатетер Headway 17 advanced. Выполнена последовательная эмболизация коронарно-легочной фистулы спиралями AXIUM 8 mm×20 cm и AXIUM 9 mm×30 cm. Проведена эмболизация микроспиралями до полного стаза контраста в коронарно-лёгочной фистуле. После проведенного лечения у пациентки отмечалось улучшение

клинического состояния: увеличилась дистанция ходьбы, уменьшилась одышка и исчезли боли за грудиной.

Заключение. Исходя из вышеизложенного очевидно, что у пациентки имелся гемодинамически значимый сброс коронарного кровотока в легочную артерию из русла правой венечной артерии, что приводило к возникновению синдрома обкрадывания и было причиной возникновения ОИМ по задней стенке ЛЖ. Проведенная эндоваскулярная эмболизация коронарных фистул с помощью спиралей оказалась клинически высокоэффективной и явилась безопасным методом лечения в данном конкретном случае.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОРОТИДНОГО СТЕНТА ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

ЮЛДАШЕВ Н.П., АТАМУРАТОВ Б.Р., КАРИМОВ Б.Х.

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

Цель исследования. Оценить эффективность, безопасность и возможности стентирования сонных артерий у пациентов с патологической извитостью общей сонной артерии (ОСА).

Материал и методы исследования. С января 2014 года по февраль 2018 года в отделении рентгеноэндоваскулярной хирургии (РЭХ) в РСНПМЦК выполнены у 40 пациентов эндоваскулярные вмешательства на внутренних сонных артериях. Из них с патологической извитостью ОСА составило 15 пациентов (37,5%). Большинство из них были мужчины (66,7%). Возраст пациентов составил от 47 до 77 лет, в среднем – 61,3±7,7 года. У 10 больных (80%) в анамнезе перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения (НМК), у 5 пациентов (20%) – переходящее НМК. Для оценки параметров каротидного кровообращения проводили дуплексное сканирование сонных артерий и селективную ангиографию.

Результаты исследования. У всех пациентов технически не удалось канюлировать устье ОСА с помощью направляющего проводникового катетера. Для установки гайд-катетера использовался метод «баллонная поддержка». Для этого каротидный проводник 0,14мм проводился в среднюю

треть наружной сонной артерии (НСА). Используя баллонный катетер разных диаметров проводился в просвет НСА и раздувался, в среднем от 6 до 8 атм. С помощью поддержки баллонного катетера проводниковый катетер устанавливался в среднюю треть ОСА, и выполнялось стентирование внутренней сонной артерии (ВСА) с последующей постдилатацией установленного стента. У всех больных (100%) использовались нитиновые самораскрывающиеся стенты («Acculink» Abbott Vascular, «Protégé Rx» EV3) и фильтры-ловушки («Filterwire» Boston Scientific, «Spider FX» EV3) для защиты от дистальной эмболизации сосудов головного мозга. У пациентов с патологической извитостью ОСА у всех больных достигнуты хорошие ангиографический и клинический результаты. Осложнения в ходе стентирования и ранний послеоперационный период не наблюдались.

Выводы. Эндоваскулярные вмешательства при симптомных стенозах ВСА с патологической извитостью ОСА имеют определенные перспективы; безопасны для выполнения и, возможно, вносят свой вклад в профилактику ишемического инсульта у данной категории больных.