

данном 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 спиральями AXIUM 8 mm×20 cm и AXIUM 9 mm×30 cm. Проведена эмболизация микроспиральями до полного стоаза 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 нитиноловые 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.