

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТА С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ****Б.А. Аляви\*, Ш.А. Исхаков, С.Э. Камилова, Ж.К. Узоков**

АО «Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский Центр Терапии и Медицинской Реабилитации»

\*ТашПМИ, Ташкент, Узбекистан

**Ключевые слова:**  
стеноз, стентирование,  
атеросклероз,  
сонные артерии,  
перемежающаяся  
хромота.**Резюме.** В статье приводится описание случая одномоментного стентирования внутренней сонной артерии и баллонной ангиопластики берцовых артерий у пациента с мультифокальным атеросклерозом.

Буковинский медицинский вестник. Т.22, №2 (86). С. 154-158.

**DOI:**10.24061/2413-0737.  
XXII.2.86.2018.49**E-mail:**september-84@mail.ru**Ключові слова:**  
стеноз, стентування,  
атеросклероз, сонні  
артерії, перемижна  
кульгавість.**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЕНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ПАЦІЄНТІВ З КРИТИЧНОЮ ІШЕМІЄЮ НИЖНІХ КІНЦІВОК****Б.А. Аляві, Ш.А. Ісхаков, С.Е. Камілова, Ж.К. Узоков****Резюме.** У статті наведено опис випадку одномоментного стентування внутрішньої сонної артерії та балонної ангиопластики гомілкових артерій у пацієнта з мультифокальним атеросклерозом.

Буковинський медичний вісник. Т.22, № 2 (86). Р. 154-158.

**Key words:** stenosis,  
stenting, atherosclerosis,  
carotid arteries,  
intermittent claudication.**A CLINICAL CASE OF ENDOVASCULAR TREATMENT OF A PATIENT WITH CHRONIC ARTERIAL INSUFFICIENCY OF THE BRAIN WITH CRITICAL ISCHEMIA OF LOWER EXTREMITIES****B.A. Alyavi, Sh.A. Iskhakov, S.E. Kamilova, J.K. Uzoqov****Abstract.** The article describes the case of one-stage stenting of the internal carotid artery and balloon angioplasty of the tibial arteries in a patient with multifocal atherosclerosis.

Bukovinian Medical Herald. V.22, № 2 (86). P. 154-158.

**Резюме.** В статье приводится описание случая одномоментного стентирования внутренней сонной артерии и баллонной ангиопластики берцовых артерий у пациента с мультифокальным атеросклерозом.**Ключевые слова:** стеноз, стентирование, атеросклероз, сонные артерии, перемежающаяся хромота.

Атеросклеротические поражения сосудов поддаются лечению как методом шунтирования, так и эндоваскулярным, что включает транслюминальную или субинтимальную ангиопластику со стентированием. Иногда применяется и гибридная техника, однако выбор тактики определяется индивидуально [1].

## Case of practice

Пациенты, получающие современные антитромбоцитарные средства, перипроцедурную антитромбиную терапию и стенты с лекарственным покрытием нового поколения (DES), имеют превосходные результаты в краткосрочной и среднесрочной перспективе [2]. Однако, у 20-30% пациентов указанные методы

неэффективны, и единственной приемлемой опцией остается ампутация конечности [3]. При наличии критической ишемии нижней конечности в сочетании со стенозами внутренней сонной артерии (ВСА) возникает добавочный интраоперационный риск неблагоприятного исхода, что резко ограничивает применение

Таблица 1

## Результаты анализа линейных скоростей кровотока сонных артерий (исходно)

	Справа			Слева		
	Vmax	RI	d, мм	Vmax	RI	d, мм
ОСА	0,41	0,80	6,2	0,4	0,77	6,1
ВСА	2,5	0,65	1,4	0,45	0,66	4,0
НСА	0,51	0,77	3,4	0,56	0,90	3,3

Таблица 2

## Лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) берцовых артерий (исходно)

	Справа		Слева	
	ЗББА	ПББА	ЗББА	ПББА
ЛПИ	0,41	0,38	0,78	0,85

Таблица 3

## Результаты анализа крови при поступлении

Наименование	Результат
Сахар крови, ммоль/л	5,2
Гликированный НВ, %	6,5
Алт, ммоль/л	35,6
Аст, ммоль/л	21,2
Креатинин, ммоль/л	120
Мочевина, ммоль/л	6,9
Общий холестерин, ммоль/л	4,7
ЛПНП, ммоль/л	4,8
ЛПВП, ммоль/л	1,1
ТГ, ммоль/л	1,9

Таблица 4

## Результаты анализа линейных скоростей кровотока правой ВСА (после стентирования)

	Справа			Слева		
	Vmax	RI	d, мм	Vmax	RI	d, мм
ВСА	0,41	0,68	4,2	0,45	0,66	4,0

Таблица 5

## Лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) берцовых артерий правой нижней конечности (после баллонной ангиопластики)

	Справа	
	ЗББА	ПББА
ЛПИ	0,79	0,82

## Випадок із практики

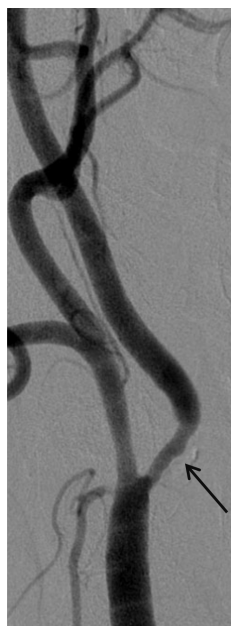
открытой хирургии.

Малоинвазивность и малотравматичность эндоваскулярных методов позволяет проводить быстрое и эффективное восстановление кровотока к ишемизированной ткани независимо от локализации пораженного участка артериального русла.

В данном клиническом примере описывается методика одномоментного эндоваскулярного лечения каротидного и берцовых артериальных бассейнов у симптомного пациента с критической ишемией

нижних конечностей.

Пациент А., 65 лет, был госпитализирован в отделение интервенционной кардиологии АО «Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский Центр Терапии и Реабилитации» с жалобами на боли покоя в нижних конечностях (больше справа). При детальном расспросе, помимо указанных жалоб, выявлено наличие ранее перенесенного нарушения мозгового кровообращения в виде умеренного левостороннего гемипареза. При поступлении



*Исходно*



*После стентирования*

Рис. 1. Артериография правой сонной артерии до и после эндоваскулярного вмешательства (стрелками указан участок стеноза)

пациенту было проведено дуплексное сканирование сонных артерий и артерий обеих нижних конечностей, где был выявлен гемодинамически значимый устьевой стеноз (80%) правой внутренней сонной артерии (пВСА) и множественные критические стенозы на грани окклюзии передней большеберцовой (ПББА) и задне-большеберцовой артерий (ЗББА). Данные линейных скоростей указанных бассейнов изложены ниже (табл. 1,2). С первого дня пациенту была назначена двойная антиагрегантная терапия (ДААТ): ацетилсалициловая кислота 100 мг/сут. и клопидогрель в нагрузочной дозе 600 мг/сут. с переводом на поддерживающую — 75 мг/сут. Результаты общеклинических и биохимических анализов крови представлены ниже (табл. 3).

Учитывая изложенное было решено о проведении стентирования правой ВСА с транслюминальной баллонной ангиопластикой берцовых артерий правой нижней конечности. Ретроградным левым бедренным доступом произведена пункция а. femoralis communis с установкой 6F интродюсера. После установки гайд-интродюсера в просвет правой ОСА через стеноз пВСА

проведена система дистальной защиты с последующей имплантацией самораскрывающегося стента 6,0x9,0x30. Перед завершением процедуры проведена постдилатация остаточного стеноза. На контрольных ангиограммах признаков дистальной эмболизации нет, неврологическая симптоматика пациента без изменений. Исходная каротидография и результаты стентирования указаны ниже (рис.1)

В дальнейшем проведена пункция правой а. femoralis communis в антеградном направлении с установкой 6F интродюсера. Ниже подколенного сегмента до бифуркации берцовых артерий проведен мультифункциональный диагностический катетер 5F. На коронарном проводнике в зону стенозов ПББА доставлен баллонный катетер 3,0x100 с дилатацией на всем протяжении. Время экспозиции баллона 5-7мин. Аналогичные действия были реализованы и в ЗББА. На контрольных артериограммах отмечается восстановление магистрального контрастирования ПББА и ЗББА (рис. 2).

Произведен мануальный гемостаз с наложением давящей повязки на область пункции с обеих сторон.



Исходно

После баллонной дилатации

Рис. 2. Артериография берцовых артерий до и после эндоваскулярного вмешательства (стрелками указаны участки стеноза и окклюзии)

Через 1 сутки отмечалась положительная динамика по данным УЗИ-доплерографии (табл. 4,5). На 2-е сутки возобновлена физическая активность пациента. Неврологической симптоматики не наблюдали. Боли покоя купированы, кожные покровы теплые на ощупь, цвет стопы обычный, пульсация по магистральным артериям стопы (a.dorsalis pedis et tibialis posterior) прослеживается. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии. Даны необходимые рекомендации по дальнейшему лечению.

#### Вывод

Данный клинический случай хорошо описывает современные возможности эндоваскулярного вме-

шательства, позволяющего выполнять сложные диагностические и лечебные процедуры практически в любом клинико-зависимом сосуде у пациентов с сочетанной патологией.

#### References

1. Pierret C, Tourtier JP, Bordier L, Blin E, Duverger V. Subintimal angioplasty and diabetic foot revascularisation. *Presse Med.* 2011;40:10–16. [PubMed]
2. Robert A. Stent thrombosis and restenosis: what have we learned and where are we going. *Eur. Heart J.* 2015; 36(47): 3320–31.
3. Rosenberg CJ, Watson JC. Treatment of painful diabetic peripheral neuropathy. *Prosthetics and Orthotics International.* 2015;39:17–28. [PubMed]

#### Сведения об авторах:

Аляви Б. А. — д. м. н., заведующий кафедрой факультетской терапии, пропедевтики внутренних болезней, военно-полевой терапии и госпитальной терапии в ТашПМИ, генеральный директор АО «Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский Центр Терапии и Медицинской Реабилитации», г. Ташкент, Узбекистан.

Исхаков Ш. А. — интервенционный кардиолог АО «Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский Центр Терапии и Медицинской Реабилитации», г. Ташкент, Узбекистан.

Камилова С. Э. — врач-кардиолог отделения интервенционной кардиологии АО «Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский Центр Терапии и Медицинской Реабилитации», г. Ташкент, Узбекистан.

---

**Випадок із практики**

---

зорований Научно-практический Медицинский Центр Терапии и Медицинской Реабилитации», г. Ташкент, Узбекистан.

Узоков Ж. К. — врач-кардиолог отделения интервенционной кардиологии АО «Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский Центр Терапии и Медицинской Реабилитации», г. Ташкент, Узбекистан.

**Відомості про авторів:**

Аляві Б. А. — д. мед. н., завідувач кафедри факультетської терапії, пропедевтики внутрішніх хвороб, військово-польової терапії і госпітальної терапії в ТашПМІ, генеральний директор АТ «Республіканський Спеціалізований Науково-практичний Медичний Центр Терапії і Медичної Реабілітології», м. Ташкент, Узбекистан.

Ісхаков Ш. А. — інтервенційний кардіолог АТ «Республіканський Спеціалізований Науково-практичний Медичний Центр Терапії і Медичної Реабілітології», м. Ташкент, Узбекистан.

Камілова С. Е. — лікар-кардіолог відділення інтервенційної кардіології АТ «Республіканський Спеціалізований Науково-практичний Медичний Центр Терапії і Медичної Реабілітології», м. Ташкент, Узбекистан.

Узоков Ж. К. — лікар-кардіолог відділення інтервенційної кардіології АТ «Республіканський Спеціалізований Науково-практичний Медичний Центр Терапії і Медичної Реабілітології», м. Ташкент, Узбекистан.

**Information about the authors:**

Alyavi B. A. — MD, Head of the Department of Faculty and Hospital Therapy in TashPMI, General Director of JSC «Republican specialized scientific-practical medical centre of therapy and medical rehabilitation» Tashkent, Uzbekistan

Iskhakov Sh. A. — interventional cardiologist of JSC «Republican specialized scientific-practical medical centre of therapy and medical rehabilitation Tashkent, Uzbekistan

Kamilova S. E. — cardiologist of Interventional cardiology department of JSC «Republican specialized scientific-practical medical centre of therapy and medical rehabilitation» Tashkent, Uzbekistan

Uzoqov J. K. — cardiologist of Interventional cardiology department of JSC «Republican specialized scientific-practical medical centre of therapy and medical rehabilitation» Tashkent, Uzbekistan

*Надійшла до редакції 20.02.2018*

*Рецензент — проф. Польовий В.П.*

*© Б.А. Аляви, Ш.А. Исхаков, С.Э. Камілова, Ж.К. Узоков, 2018*

---