



## КАРДИОЛОГИЯ/CARDIOLOGY

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.168.51> EDN: KBETDZ

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ПАЦИЕНТ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ И СТИЛ-СИНДРОМОМ

Научная статья

**Берязева М.С.<sup>1,\*</sup>, Богданов Д.В.<sup>2</sup>**<sup>1</sup> ORCID : 0009-0001-8815-392X;<sup>2</sup> ORCID : 0000-0002-6641-6178;<sup>1</sup> Челябинский областной клинический терапевтический госпиталь ветеранов войн, Челябинск, Российская Федерация<sup>2</sup> Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Российская Федерация

\* Корреспондирующий автор (mariya\_beryazeva[at]mail.ru)

Предложена: 02.12.2025; Принята: 10.06.2026; Опубликовано: 17.06.2026

**Аннотация**

В лечении больных с мультифокальным атеросклерозом по сегодняшний день остается множество проблем. Данные пациенты нуждаются в комплексном, часто мультидисциплинарном подходе, так как терапия зачастую не ограничивается только медикаментозной, требуются хирургические вмешательства. Кроме того, огромная роль отводится модификации образа жизни пациента, его приверженности к терапии и улучшению комплаентности. Такие больные нуждаются в многолетнем, непрерывном, систематическом динамическом наблюдении и периодической коррекции терапии. В данной статье приведен пример пациента с мультифокальным атеросклерозом, стилл-синдромом с множеством эндоваскулярных вмешательств (стентирования, эндартерэктомия).

**Ключевые слова:** мультифокальный атеросклероз, стентирование, стилл-синдром.**CLINICAL CASE: A PATIENT WITH MULTIFOCAL ATHEROSCLEROSIS AND STEAL SYNDROME**

Research article

**Beriazeva M.<sup>1,\*</sup>, Bogdanov D.V.<sup>2</sup>**<sup>1</sup> ORCID : 0009-0001-8815-392X;<sup>2</sup> ORCID : 0000-0002-6641-6178;<sup>1</sup> Chelyabinsk Regional Clinical Therapeutic Hospital for War Veterans, Chelyabinsk, Russian Federation<sup>2</sup> South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation

\* Corresponding author (mariya\_beryazeva[at]mail.ru)

Suggested: 02.12.2025; Accepted: 10.06.2026; Published: 17.06.2026

**Abstract**

To this day, the treatment of patients with multifocal atherosclerosis remains challenging. These patients require a complex, often multidisciplinary approach, as treatment is frequently not limited to medication alone; surgical interventions are also required. Furthermore, a significant role is played by lifestyle modifications, the patient's adherence to treatment and improved compliance. Such patients require long-term, continuous, systematic and dynamic monitoring, as well as periodic adjustments to their treatment. This article presents a case report of a patient with multifocal atherosclerosis and steal syndrome who has undergone multiple endovascular procedures (stenting, endarterectomy).

**Keywords:** multifocal atherosclerosis, stenting, steal syndrome.**Введение**

Мультифокальным атеросклерозом принято считать системный процесс с поражением двух и более артериальных бассейнов, как правило, коронарного и периферического. Периферический атеросклероз подразумевает атеросклеротический процесс в любой не коронарной артерии (включая аорту) [1]. Может встречаться любая комбинация поражений различных регионов артериального русла: коронарных, церебральных, брахиоцефальных, артерий нижних конечностей и т. д. Заболевание периферических артерий (ЗПА) имеет повсеместную встречаемость и выявляется у ~113 млн человек в возрасте  $\geq 40$  лет. Глобальная распространенность составляет 1,52%, увеличиваясь с возрастом (14,91% в возрасте 80–84 лет), и выше у женщин, чем у мужчин (18,03% vs 10,56% в той же возрастной группе) [2]. Также пациенты с мультифокальным атеросклерозом (МФА) имеют высокие показатели смертности, в основном из-за «больших» сердечно-сосудистых событий. Заболевания периферических артерий (ЗПА) явились причиной 74063 смертей во всем мире в 2019г, при этом рост составил 145,5% в период с 1990 по 2019гг. [7].

Синдром позвоночно-подключичного обкрадывания (СППО) или стилл-синдром («steal-синдром») развивается в случае окклюзии или выраженного стеноза в первом сегменте подключичной артерии (ПКА), до отхождения от неё позвоночной артерии (ПА), либо в случае окклюзии или выраженного стеноза брахиоцефального ствола [4]. Это сосудистое заболевание, характеризующееся ретроградным снижением давления в позвоночной артерии (ВА) вдали от ствола головного мозга, что приводит к вертебробазилярной недостаточности и проявляется различными неврологическими и сосудистыми симптомами, такими как пароксизмальное головокружение, эпизоды падений и/или хромотой в руках [10].

Распространенность различных локализаций стеноза — вопрос непростой, так как многие из них могут быть долгое время оставаться «немыми» или «маскировать» друг друга. Например, когда перемежающая хромота скрывает клинические проявления поражения коронарных артерий (ИБС) или наоборот [5]. «Немые» же стенозы обнаруживаются, как правило, случайно, при скрининговых обследованиях или, как в случае с рассматриваемым нами пациентом удалось заподозрить путем измерения артериального давления на правой и левой верхних конечностях: была выявлена разница, значительно превышающая норму, в связи с чем больной был направлен на дуплексное исследование артерий верхних конечностей, где и был выявлен стил-синдром. В свою очередь, синдром позвоночно-подключичного обкрадывания считается редко встречающимся. Широкомасштабное исследование распространенности стил-синдрома показало, что после 7881 УЗИ брахиоцефальных артерий у 5,4% исследуемых выявлен синдром позвоночно-подключичного обкрадывания [8]. Стил-синдром встречается чаще у мужчин (соотношение мужчин и женщин 2:1) старше 50 лет. Кроме того, левая подключичная артерия поражается в 4 раза чаще правой [9].

В данной статье мы рассмотрим Стил-синдром как одно из проявлений мультифокального атеросклероза на примере клинического случая пациента ГБУЗ ЧОКТГВВ.

### **Методы и принципы исследования**

Цель работы. Представить и проанализировать клинический случай пациента с мультифокальным атеросклерозом, стил-синдромом, оптимальная стратегия ведения при сочетании множественных стентирований и шунтирований.

Задачи исследования: представление клинического случая пациента с мультифокальным атеросклерозом, стил-синдромом; освещение трудности и необходимости мультидисциплинарного подхода к терапии заболевания.

Материалы и методы. Изучена история болезни пациента 60 лет, который находится на стационарном лечении в ГБУЗ ЧОКТГВВ г. Челябинска в 2024г.

Индивидуальное добровольное согласие на публикацию статьи «Клинический случай: пациент с мультифокальным атеросклерозом и стил-синдромом» подписано пациентом.

### **Клинический случай пациента с мультифокальным атеросклерозом и Стил-синдромом.**

Пациент Л, 60 лет поступил в ГБУЗ ЧОКТГВВ в мае 2024г с жалобами на боли в икроножных мышцах при ходьбе до 50 метров, повышение АД более 220/... мм рт ст около недели. Сонливость, общую слабость, периодически — онемение левой руки на фоне повышения АД. Одышку смешанного характера при ходьбе на расстояние менее 500 м. Боли за грудиной отрицает.

Из анамнеза заболевания: Гипертоническая болезнь с 1983г (стал отмечать устойчивое повышение АД после контузии (участник боевых действий в Афганистане) Максимальные цифры АД 240/140мм.рт.ст. В конце 90х гг появились боли в прекардиальной области при психоэмоциональных нагрузках. С 2009г боли в груди стали беспокоить при физических нагрузках выше средних, появилась одышка при ходьбе, с этого же года на электрокардиографии выявляются рубцовые изменения нижней стенки левого желудочка (ЛЖ). Лекарственные препараты принимал регулярно, но названия и дозы уточнить не смог.

В октябре 2011г проведена коронароангиография (КАГ): Передняя межжелудочковая ветвь (ПМЖВ) — атеросклеротические изменения с максимальным сужением 90% в начальном отделе, до 80% в среднем отделе. Огибающая артерия (ОА) — протяженный стеноз в среднем отделе до 60%. 16.11.2011 проведена коронарная реваскуляризация миокарда (Маммарно-коронарное шунтирование (МКШ) с ПМЖВ, двойное аутовенозное аорто-коронарное шунтирование (АКШ) с ОА, правой коронарной артерией (ПКА). После проведенного оперативного лечения ангинозных болей стало значительно меньше.

В ноябре-декабре 2013г находился на лечении в 1 терапевтическом отделении ГБУЗ ЧОКТГВВ по поводу нестабильной стенокардии. 19.12.2013 КАГ и шунтография: ПКА — стеноз в проксимальной 1/3 до 50%, в средней 1/3 до 50%, в дистальной до 65%.левой коронарной артерии (ЛКА) — ПМЖВ стеноз в проксимальной 1/3 до 70%, в средней 1/3 до 35%, Огибающая артерия (ОА) — стеноз до 55%. Левая подключичная артерия — окклюзия от устья, с полным стил-синдромом слева. Правая почечная артерия — стеноз устья до 50%, левая почечная артерия — стеноз устья до 60%. 1 шунт левая внутригрудная артерия — ПМЖВ-функционирование определено только ретроградно, частично. 2 шунт аорта — ветвь тупого края (ВТК) ОА — протяженный стеноз в проксимальной 1/3 шунта до 65%. 3 шунт аорта — правая коронарная артерия (ПКА) — стеноз дистального анастомоза до 80%, субокклюзия заднебоковая ветвь (ЗБВ).

В октябре 2014 года стентирование — реканализация окклюзии, стентирование левой подключичной артерии.

06.11.2014г — проведено бифуркационное стентирование дистального анастомоза к ПКА.

В феврале 2015 г — стентирование левой почечной артерии (двусторонний стеноз почечных артерий).

Находился на стационарном лечении в ГБУЗ ЧОКТГВВ в октябре 2016 с нестабильной стенокардией, откуда был направлен в ФЦССХ, где 11.11.2016 года проведена КАГ: стеноз левой подключичной артерии до 90%, рестеноз стента, стеноз ПКА до 70%, окклюзия шунтов, проведено стентирование ПКА; в проксимальной 1/3 левой почечной артерии — стент с рестенозом до 90%. 01.03.2017 — плановая КАГ в ФЦССХ: ПМЖВ — проксимальная и средняя 1/3 — серия стенозов до 90%, в дистальной 1/3 — до 55%. Выполнено стентирование проксимальной 1/3 ПМЖВ. В левой подключичной артерии — стент с локальным рестенозом до 50%. В проксимальной 1/3 левой почечной артерии — стент с рестенозом до 90%. Выполнены серии предилатаций баллонами; просвет левой почечной артерии в области имплантации стента восстановлен, контуры ровные.

В мае 2017 году — повторное стентирование ПКА двумя сентами.

В сентябре 2020 года — острый повторный не Q инфаркт миокарда заднебоковой стенки левого желудочка. Рестентирование ПКА — ЗМЖВ, рестентирование и ангиопластика ПМЖВ ЛКА.

03.09.2021 — проведена ангиопластика огибающей артерии.

В августе 2023г находился на плановой госпитализации в ГБУЗ ЧОКТГВВ, где при проведении дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий был выявлен стеноз левой внутренней сонной артерии до 90%, с чем пациент при выписке был направлен к ангиохирургу.

С 03.10.2023 по 17.10.2023 находился в отделении сосудистой хирургии с диагнозом I65.2 Атеросклероз. Стеноз ветвей дуги аорты. Рестеноз 80- 85% стента 1-го сегмента левой подключичной артерии с неполным стил-синдромом. Стеноз левой внутренней сонной артерии (ВСА) 90%. Хронический сосудистой мозговой недостаточности 1 ст. Стентирование левой подключичной артерии в 2014 г.

10.10.2023 проведена эверсионная каротидная эндартерэктомия слева.

На момент поступления в ГБУЗ ЧОКТГВВ в 2024г пациент амбулаторно принимал: Ацетилсалициловую кислоту, Амлодипин — 10 мг, Бисопролол — 2,5 мг утром, Юпериио 50 мг 2 р/сутки, Аторвастатин 40мг. Также назначали препарат Брилинта (появились подкожные гематомы, препарат отменен). В течение месяца пациент отметил повышение артериального давление, нарастание общей слабости. Направлен в 1 терапевтическое отделение ГБУЗ ЧОКТГВВ для стабилизации состояния.

Из анамнеза известно, что пациент проживает в сельской местности, инвалид 3 группы по общему заболеванию, не работает, курит более 30 лет по одной пачке в день, индекс курильщика более 30.

При объективном осмотре: рост 174см, вес 100 кг, Индекс массы тела (ИМТ) 33кг/м<sup>2</sup>. Артериальное давление (АД) на правой руке — 200/110мм рт ст, на левой — 160/80 мм рт ст.

В анализах крови обращали на себя внимание: Холестерин: 5,20 ммоль/л; липопротеиды низкой плотности (ЛПНП): 4,70 ммоль/л; Липопротеиды очень низкой плотности (ЛПОНП): 0,60 ммоль/л; Коэффициент атерогенности (КА): 6,5%, Липопротеиды высокой плотности (ЛПВП): 0,69 ммоль/л. Триглицериды (ТГ): 1,26 ммоль/л; Креатинин 132 мкмоль/л, скорость клубочковой фильтрации по СКД-ЕПІ 50,2 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.

Таблица 1 - Проведена оценка липидограммы в динамике с 2017 по 2024 гг. на фоне приема гиполипидемических препаратов

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.168.51.1>

Год	Общий холестерин, ммоль/л	ЛПВП (Липопротеиды высокой плотности), ммоль/л	ЛПНП (Липопротеиды низкой плотности), ммоль/л	ЛПОНП (Липопротеиды очень низкой плотности), ммоль/л	ТГ (Триглицериды), ммоль/л	Препараты, принимаемые пациентом
2017	5,29	0,7	3,56	1,03	2,27	Аторвастатин 40мг
2018	5,5	1,1	3,69	0,51	1,12	Розувастатин 20мг
2019	5,8	0,79	4,31	0,7	1,57	Пациент самостоятельно отменил прием всех препаратов
2021	6,1	0,68	5,2	?	1,51	Аторвастатин (доза неизвестна)
2023	5,5	0,88	4,23	0,6	1,23	Аторвастатин 40мг
2024	5,2	0,69	4,7	0,6	1,26	Аторвастатин 40мг

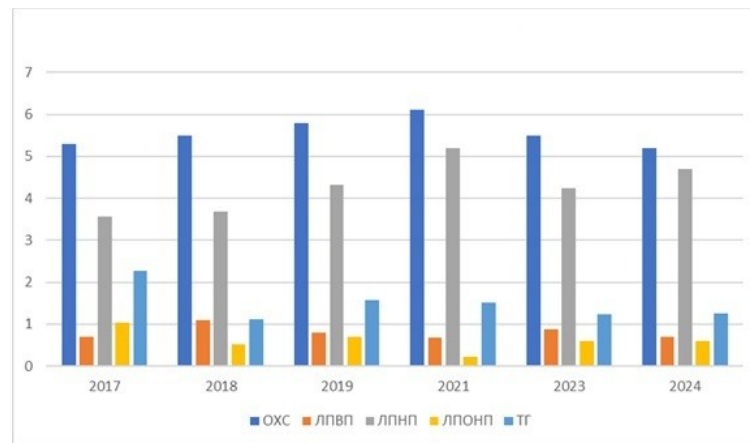


Рисунок 1 - Динамика липидограммы  
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.168.51.2>

Как видно из таблицы и графика, существенной динамики показателей липидограммы за время наблюдения не отмечено, отмена статинов дала прирост основных показателей, но и на фоне приема липидснижающей терапии целевые параметры достигнуты не были, что, вероятно, объясняется недостаточной дозой назначенных липидснижающих препаратов.

Результаты некоторых инструментальных методов исследования:

Таблица 2 - Эхокардиография  
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.168.51.3>

Показатель	2022	2023	2024	2025
Объем левого предсердия	78	85	77	87
Конечный диастолический размер ЛЖ	5,2	5,2	5,3	5,4
Конечный систолический размер ЛЖ	3,5	3,2	3,6	3,6
Фракция выброса ФВ (Simpson)	61	65	57	56
Задняя стенка ЛЖ	1,1	1,1	1,1	1,0
Межжелудочковая перегородка	1,1-1,2	1,2	1,5	1,5
Индекс массы миокарда ЛЖ	105	111	107	105
Правое предсердие: размеры	4,1*5,2	4,2*5,2	4,4*5,4	4,2*5,4
Зоны гипокинезов	Базальный, средний и нижний сегменты	Базальный, средний и нижний сегменты	Базальный, средний и нижний сегменты	Базальный, средний и нижний сегменты
E/e' ср	-	7,01	7,8	-

Как видно из представленной таблицы, в динамике имело место некоторое увеличение объема левого предсердия, однако говорить о тенденции к его увеличению нельзя — скорее, речь идет о различиях, связанных с условиями исследования (разных аппаратов ЭхоКГ). В то же время, заметна отчетливая тенденция снижения фракции выброса левого желудочка и незначительное увеличение объемов левого желудочка.

Таблица 3 - Дуплексное сканирование артерий верхних конечностей (21.05.2024г):

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.168.51.4>

<p>Исследованы брахиоцефальный ствол (БЦС), подключичные артерии (ПкЛА), общие сонные артерии (ОСА), внутренние сонные артерии (ВСА), наружные сонные артерии (НСА), позвоночные артерии (ПА).</p> <p>Справа: проходимость: частично нарушена, сосудистая геометрия: не нарушена ИМК на протяжении ОСА утолщен до 1,7мм стеноз 20% Атеросклеротические бляшки: в устье ПкЛА — неоднородная, частично кальцифицированная, стеноз 35–40%, в области бифуркации ОСА-средней эхогенности с кальцинатами, стеноз 25–30%, с переходом на устье ВСА стеноз 45% и на устье НСА стеноз 25–30%. Спектральные и скоростные параметры кровотока: Диаметр ПА 3,8 мм.</p> <p>Слева: проходимость: частично нарушена, сосудистая геометрия: не нарушена ИМК на протяжении ОСА до 1,7 мм, стеноз 20%. Атеросклеротические бляшки: в области бифуркации ОСА неоднородная, стеноз 20–25%, в ВСА а/с бляшка средней эхогенности, стеноз 40–50%, в НСА средней эхогенности, стеноз 30%. Спектральные и скоростные параметры кровотока: снижение линейных скоростных параметров кровотока по ПА в сегменте V2 (Vps 17см/с) кровотоков ретроградный. В устье левой ПкЛА кровотоков магистрально изменен Диаметр ПА 4,7 мм.</p>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</b>
<p>Выявленные эхографические признаки расцениваются как состояние после эверсионной эндартерэктомии слева, атеросклеротический процесс в устье правой подключичной артерии (стеноз 35–40%), вероятно окклюзия устья левой ПкЛА, в артериях каротидного бассейна: стеноз по диаметру (метод ECST) — на протяжении ОСА (20% билатерально), в области бифуркации ОСА (справа 25–30%, слева 20–25%), в устье ВСА (справа 45%, слева 40–50%), в устье НСА (справа 25–30%, слева 30%), снижение линейных скоростных параметров кровотока по левой ПА в сегменте V2 (полный стил-синдром).</p>

Диагноз сформулирован следующим образом:

Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения 2 функциональный класс. Постинфарктный кардиосклероз (2009 г, 2020 г.). Коронарная реваскуляризация миокарда: МКШ с ПМЖВ, двойное аутовенозное АКШ с ОА, ПКА от 16.11.2011. 06.11.2014г — бифуркационное стентирование дистального анастомоза к ПКА. Стентирование ПКА 11.11.2016. Повторное стентирование двумя стентами ПКА в 2017г. 01.03.2017 — стентирование ПМЖВ. Сентябрь 2020г — Острый повторный не Q ИМ заднебоковой стенки ЛЖ. Рестентирование ПКА — 3МЖВ, рестентирование и ангиопластика ПМЖВ ЛКА. Синдром ветвей дуги аорты. Реканализация окклюзии, стентирование левой подключичной артерии (октябрь 2014 года). Генерализованный атеросклероз: Двусторонний стеноз почечных артерий. Стентирование левой почечной артерии (февраль 2015 года).

I67.1 Аневризматическое расширение основной артерии (аневризма без разрыва). 10.10.2023 Эверсионная каротидная эндартерэктомия слева. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, окклюзия бедренных артерий, ишемия 2б ст по Фонтену.

Гипертоническая болезнь III ст (ИБС), Целевое АД достигнуто, риск 4 (очень высокий) (пол, гиперурикемия, курение, ожирение 1ст, дислипидемия). Сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса (ФВ 57%) 2Аст. Функциональный класс 2. Дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст., синдром вестибулярных нарушений. Остеохондроз шейного, поясничного отдела позвоночника, хронически рецидивирующее течение, вне обострения. Киста правой почки. Хроническая болезнь почек С3а (СКФ 50 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>). Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, вне обострения.

В стационаре принимал следующие препараты: бисопролол 2,5 мг утром, валсартан+сакубитрил 100мг 2 р/день, амлодипин 10 мг вечером, гидрохлоротиазид 25мг утром, ацетилсалициловая кислота 100 мг утром, Дапаглифлозин 10 мг утром, Магния сульфат 250 мг/мл — 10,0 в/в стр на 20,0 физ.р-ра №3. Этилметилгидроксипиридина сукцинат 2,0 в/в стр №7 аторвастатин 40 мг вечером, так же, учитывая высокий сердечно-сосудистый риск, пациент получал Ривароксабан 2,5 мг 2 р/сутки [6].

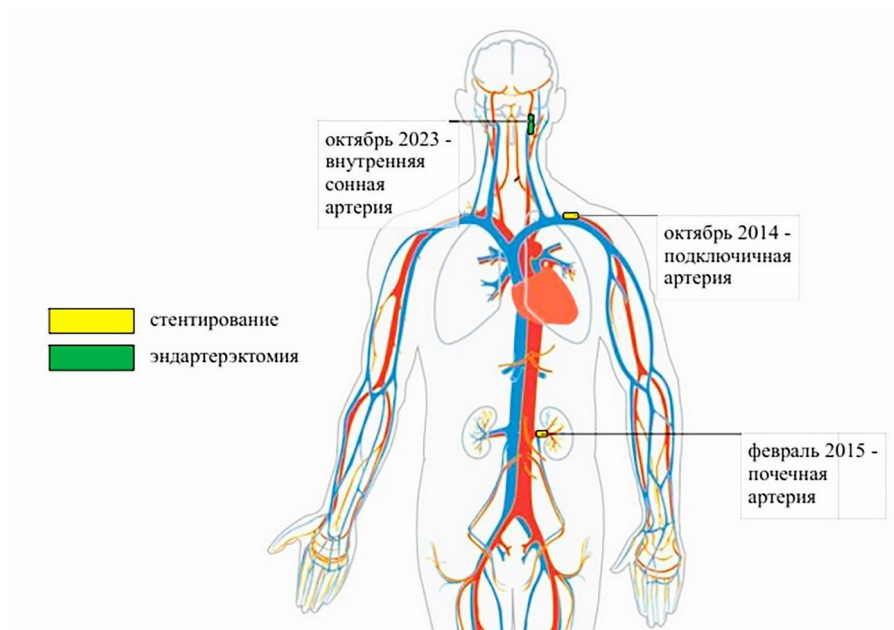


Рисунок 2 - Экстракардиальные вмешательства  
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.168.51.5>

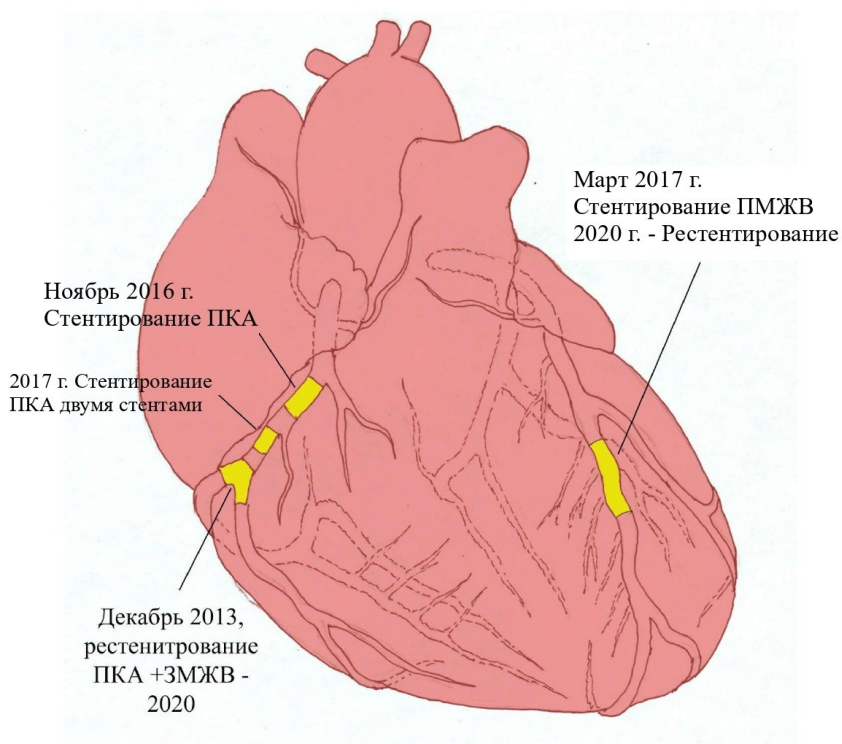


Рисунок 3 - Стентирование коронарных артерий  
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.168.51.6>

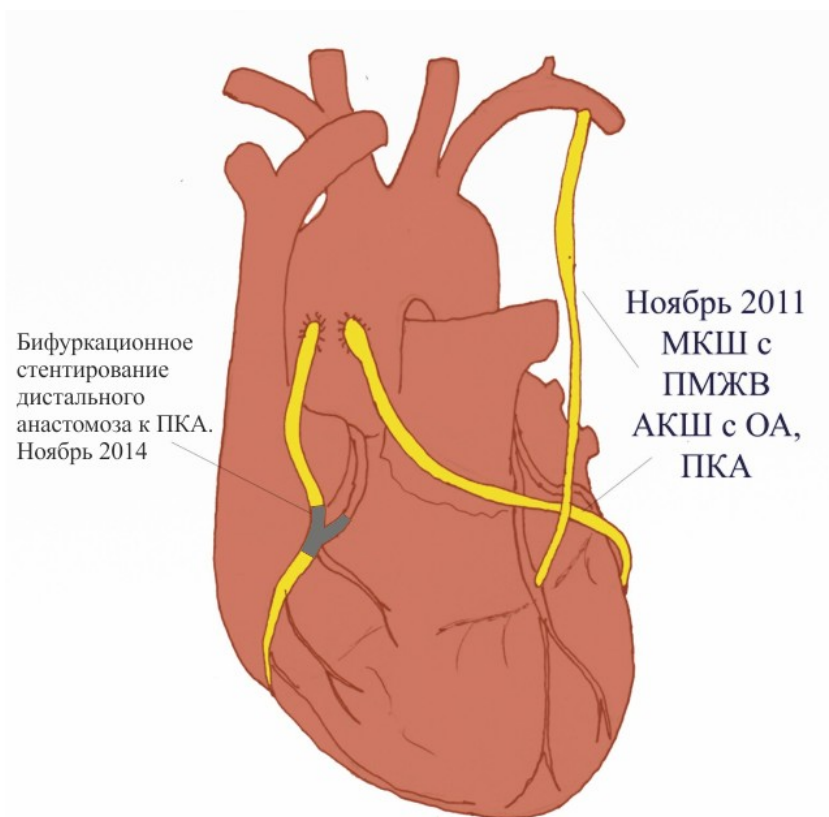


Рисунок 4 - АКШ, МКШ, стентирование  
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.168.51.7>

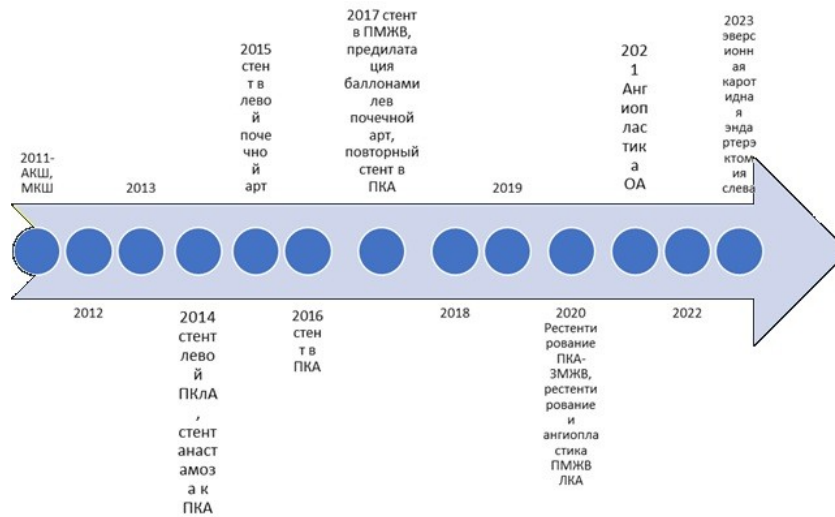


Рисунок 5 - Хронология оперативных вмешательств  
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.168.51.8>

### Заключение

Данный случай представляет интерес как пример мультифокального атеросклероза с поражением не только коронарных, но и периферических артерий. Можно заметить, что у представленного пациента имеется множество факторов риска атеросклероза: ожирение 1 ст, курение более 30 лет по 1 пачке/день, гипертоническая болезнь, дислиппротеинемия, хроническая сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса, хроническую болезнь почек С3а стадии [1]. Отказ от приема статинов также, несомненно, способствовал прогрессированию заболевания. Пациенты с мультифокальным атеросклерозом нуждаются в длительной лекарственной терапии, а при наличии тяжелых ишемических состояний — в реваскуляризации целевых артерий. По данным Всемирной организации здравоохранения, большинство пациентов с хроническими заболеваниями не выполняют рекомендации медицинских специалистов, что ведет к серьезным медико-социальным последствиям: увеличению количества случаев госпитализации, нарушению трудоспособности, повышению показателей инвалидизации и смертности [3].

Предлагаем следующий подход ведения пациента:

1. Дать рекомендации по изменению модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний: курение, ожирение, малоподвижный образ жизни, питание.

2. Рекомендовать плановые осмотры не реже 1 раза в 6 месяцев с проведением дуплексных исследований брахиоцефальных, подключичных и почечных артерий для своевременного выявления показаний к хирургическому лечению; электрокардиографии, 1 раз в год - эхокардиографии.

3. Коррекция медикаментозной терапии: учитывая не достигнутые целевые значения гиполлипдемической терапии, необходимо помимо статинов (аторвастатин) добавить эзетимиб и фенофибрат. Учитывая наличие хронической сердечной недостаточности, пациенту показано продолжить принимать Сакубитрил+Валсартан, Дапаглифлозин, диуретик (Торасемид), Бисопролол. Амлодипин добавлен к терапии как гипотензивный препарат для достижения целевого артериального давления.

4. Контроль лабораторных исследований (в том числе липидограммы, липопротеида (а)), АЛТ, АСТ, Креатинина, электролитов через 3 месяца после начала приема скорректированной терапии.

Можно сделать вывод о том, что не смотря на отсутствие наследственного анамнеза по сердечно-сосудистым патологиям, без модификации образа жизни (отказа от курение, снижение массы тела) и приема статинов либо других липидснижающих препаратов атеросклеротический процесс продолжал прогрессировать, что вело к новым хирургическим вмешательствам на артериальных сосудах. Именно количество перенесенных вмешательств делает данный случай чрезвычайно интересным.

Учитывая наличие симптомов ишемии левой верхней конечности непостоянного характера, при повышении АД, данный случай можно отнести ко II стадии декомпенсации [4].

Возможно, адекватная липидснижающая терапия и коррекция образа жизни позволят остановить прогрессирование атеросклероза у данного пациента.

### Конфликт интересов

Не указан.

### Рецензия

Все статьи проходят рецензирование. Но рецензент или автор статьи предпочли не публиковать рецензию к этой статье в открытом доступе. Рецензия может быть предоставлена компетентным органам по запросу.

### Conflict of Interest

None declared.

### Review

All articles are peer-reviewed. But the reviewer or the author of the article chose not to publish a review of this article in the public domain. The review can be provided to the competent authorities upon request.

## Список литературы / References

1. Арутюнов А.Г. Мультифокальный атеросклероз: фокус на профилактике развития ишемических событий / А.Г. Арутюнов, Т.И. Батлук, Р.А. Башкино [и др.] // Российский кардиологический журнал. — 2021. — № 26 (12). — С. 4808. — DOI: 10.15829/1560-4071-2021-4808.
2. Арутюнов Г.П. Особенности мультифокального атеросклероза и диагностическая значимость лодыжечно-плечевого индекса у пациентов с ишемической болезнью сердца. Результаты регистра реальной клинической практики КАММА (Клинический регистр по изучению популяции пациентов с выявленным мультифокальным атеросклерозом на территории Российской Федерации и стран Евразии) / Г.П. Арутюнов, Е.И. Тарловская, А.Г. Арутюнов // Российский кардиологический журнал. — 2024. — № 29 (4). — С. 5837. — DOI: 10.15829/1560-4071-2024-5837. — EDN: AZMGQZ.
3. Гайгиев Т.И. Мультифокальный атеросклероз: эпидемиология и приверженность лечению / Т.И. Гайгиев, О.А. Боровикова, Н.А. Николаев // Профилактическая медицина. — 2024. — № 27 (8). — С. 107–113. — DOI: 10.17116/profmed202427081107.
4. Гайсенек О.В. Синдром позвоночно-подключичного обкрадывания (steal-синдром): описание клинического случая, патогенеза заболевания и подходов к лечению / О.В. Гайсенек, С.А. Бернс, В.Б. Бошков [и др.] // REJR — 2019. — № 9 (4). — С. 177–184. — DOI: 10.21569/2222-7415-2019-9-4-177-184.
5. Землянская О.А. Пациент с мультифокальным атеросклерозом и тяжелым стенозом устья аорты. (Клинический случай) / О.А. Землянская, Е.П. Панченко, Г.К. Арутюнян [и др.] // Кардиологический вестник. — 2021. — № 16 (4). — С. 81–88.
6. Ломакин Н.В. Сравнительное клинико-лабораторное исследование ривароксабана и его воспроизведённых форм у больных стабильной ишемической болезнью сердца / Н.В. Ломакин, И.Ю. Ткач, Е.А. Широков // Российский кардиологический журнал. — 2025. — № 30 (2). — С. 6286. — DOI: 10.15829/1560-4071-2025-6286. — EDN: TEWITO.
7. Шляхто Е.В. Мультифокальный атеросклероз в реальной практике кардиолога: что знаем и где должны сконцентрировать усилия / Е.В. Шляхто // Российский кардиологический журнал. — 2024. — № 29 (4). — С. 5845. — DOI: 10.15829/1560-4071-2024-5845. — EDN: AEVJXB.
8. Яриков А.В. Синдром позвоночно-подключичного обкрадывания: клиническая картина, диагностика и лечение / А.В. Яриков, А.С. Филяева, Л.В. Казакова [и др.] // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. — 2025. — № 1. — С. 17–38.
9. Басукала С. Синдром подключичного обкрадывания, вторичный по отношению к атеросклерозу: описание случая и обзор литературы / С. Басукала, Б.Д. Патак, С. Риджал [и др.] // Clin Case Rep. — 2022. — № 10. — С. e05740. — DOI: 10.1002/ccr3.5740
10. Mansour M. Subclavian steal syndrome: a case study of diagnosis, management, and successful surgical resolution / M. Mansour, L. Raffoul, O. Alattar [et al.] // J Surg Case Rep. — 2024. — № 2024 (5). — P. rjae280. — DOI: 10.1093/jsr/rjae280. — PMID: 38706487; PMCID: PMC11068443.

## Список литературы на английском языке / References in English

1. Arutyunov A.G. Multifokalnii ateroskleroz: fokus na profilaktike razvitiya ishemicheskikh sobitii [Multifocal atherosclerosis: focus on the prevention of ischemic events] / A.G. Arutyunov, T.I. Batluk, R.A. Bashkino [i dr.] // Rossiiskii kardiologicheskii zhurnal [Russian Journal of Cardiology]. — 2021. — № 26 (12). — P. 4808. — DOI: 10.15829/1560-4071-2021-4808. [in Russian]
2. Arutyunov G.P. Osobennosti multifokalnogo ateroskleroza i diagnosticheskaya znachimost lodizhechno-plechevogo indeksa u patsientov s ishemicheskoi boleznью serdtsa. Rezultati registra realnoi klinicheskoi praktiki KAMMA (Klinicheskii registr po izucheniyu populyatsii patsientov s viyavlenim Multifokalnim Aterosklerozom na territorii Rossiiskoi Federatsii i stran Yevrazii) [Peculiarities of polyvascular disease and the diagnostic significance of the ankle-brachial index in patients with coronary artery disease: results from the real-world registry KAMMA (Clinical registry on patient population with polyvascular disease in the Russian Federation and Eurasian countries)] / G.P. Arutyunov, Ye.I. Tarlovskaya, A.G. Arutyunov // Rossiiskii kardiologicheskii zhurnal [Russian Journal of Cardiology]. — 2024. — № 29 (4). — P. 5837. — DOI: 10.15829/1560-4071-2024-5837. — EDN: AZMGQZ. [in Russian]
3. Gaigiev T.I. Multifokalnii ateroskleroz: epidemiologiya i priverzhennost lecheniyu [Multifocal atherosclerosis: epidemiology and treatment adherence] / T.I. Gaigiev, O.A. Borovikova, N.A. Nikolaev // Profilakticheskaya meditsina [Russian Journal of Preventive Medicine]. — 2024. — № 27 (8). — P. 107–113. — DOI: 10.17116/profmed202427081107. [in Russian]
4. Gaisenok O.V. Sindrom pozvonochno-podklyuchichnogo obkradivaniya (steal-sindrom): opisanie klinicheskogo sluchaya, patogeneza zabolevaniya i podkhodov k lecheniyu [Subclavian steal syndrome: description of a clinical case, pathogenesis of disease and approaches to treatment] / O.V. Gaisenok, S.A. Berns, V.B. Boshkov [et al.] // REJR — 2019. — № 9 (4). — P. 177–184. — DOI: 10.21569/2222-7415-2019-9-4-177-184. [in Russian]
5. Zemlyanskaya O.A. Patsient s multifokalnim aterosklerozom i tyazhelim stenozom ustya aorti. (Klinicheskii sluchai) [Treatment of a patient with multifocal atherosclerosis and severe aortic stenosis] / O.A. Zemlyanskaya, Ye.P. Panchenko, G.K. Arutyunyan [et al.] // Kardiologicheskii vestnik [Russian Cardiology Bulletin]. — 2021. — № 16 (4). — P. 81–88. [in Russian]
6. Lomakin N.V. Sravnitelnoe kliniko-laboratornoe issledovanie rivaroksaбана i yego vosproizvedyonnikh form u bolnikh stabilnoi ishemicheskoi boleznью serdtsa [Comparative clinical and laboratory study of rivaroxaban and its generic forms in patients with stable coronary artery disease] / N.V. Lomakin, I.Yu. Tkach, Ye.A. Shirokov // Rossiiskii kardiologicheskii zhurnal [Russian Journal of Cardiology]. — 2025. — № 30 (2). — P. 6286. — DOI: 10.15829/1560-4071-2025-6286. — EDN: TEWITO. [in Russian]



7. Shlyakhto Ye.V. Multifokalnii ateroskleroz v realnoi praktike kardiologa: chto znaem i gde dolzhni skontsentrirovat usiliya [Polyvascular disease in the real practice of a cardiologist: what we know and where efforts should be concentrated] / Ye.V. Shlyakhto // Rossiiskii kardiologicheskii zhurnal [Russian Journal of Cardiology]. — 2024. — № 29 (4). — P. 5845. — DOI: 10.15829/1560-4071-2024-5845. — EDN: AEVJXB. [in Russian]
8. Yarikov A.V. Sindrom pozvonochno-podklyuchichnogo obkradivaniya: klinicheskaya kartina, diagnostika i lechenie [Vertebral-subclavian steal syndrome: clinical picture, diagnosis and treatment] / A.V. Yarikov, A.S. Filyaeva, L.V. Kazakova [et al.] // Zdravookhranenie Yugri: opit i innovatsii [Healthcare of Yugra: experience and innovation]. — 2025. — № 1. — P. 17–38. [in Russian]
9. Basukala S. Sindrom podklyuchichnogo obkradivaniya, vtorichnii po otnosheniyu k aterosklerozu: opisaniye sluchaya i obzor literaturi [Subclavian steal syndrome secondary to atherosclerosis: A case report and review of literature] / S. Basukala, B.D. Patak, S. Ridzhal [et al.] // Clin Case Rep. — 2022. — № 10. — P. e05740. — DOI: 10.1002/ccr3.5740. [in Russian]
10. Mansour M. Subclavian steal syndrome: a case study of diagnosis, management, and successful surgical resolution / M. Mansour, L. Raffoul, O. Alattar [et al.] // J Surg Case Rep. — 2024. — № 2024 (5). — P. rjae280. — DOI: 10.1093/jscr/rjae280. — PMID: 38706487; PMCID: PMC11068443.