**КОРОНАРНО-ПОДКЛЮЧИЧНЫЙ STEAL СИНДРОМ**

Антикеев А.М., Райханов М.А., Серкиз О.А., Жусупов А.К., Абильтаев А.М.

КГП на ПХВ “Павлодарский областной кардиологический центр”, г. Павлодар, Казахстан

**Актуальность**. На сегодняшний день по данным всемирной организации здравоохранения заболевания сердца является лидером среди не инфекционных заболеваний как по уровню заболеваемости, так и по уровню смертности. Поражение коронарных артерий, зачастую сопровождаются атеросклерозом аорты и периферических сосудов. В Республике Казахстан по информации Мединформ, заболевания сердца в сочетании с атеросклерозом периферических артерий, имеет такое же широкое распространение, как и в развитых странах. Левая внутренняя грудная артерия является часто применяемым кондуитом при коронарном шунтировании. Однако, при значимом стенозе проксимального отдела левой подключичной артерии кровоток по маммарокоронарному шунту может быть скомпрометирован. «Подключичный стил-синдром» относится к феномену обратного потока крови в ветви подключичной артерии, который является результатом гемодинамически значительного поражения проксимальной части подключичной артерии. Подключичные стенозы, чаще всего бессимптомны и поэтому не требуют особой терапии. "Подключичный стил-синдром" может проявиться у пациентов с симптомами артериальной недостаточности, поражением мозга, верхних конечностях, или даже сердца, если часть коронарного кровообращения поставляется через маммарокоронарный шунт, что приводит к рецидиву ишемии миокарда, как это было в данном случае. Коронарно-подключичный steal-синдром является жизнеугрожающим состоянием, ранняя диагностика и своевременное лечение ишемии сердца, улучшает качества и увеличивает продолжительность жизни пациентов.

**Методы**. Проведен ретроспективный анализ историй болезни, пациентов, проходивших стационарное лечение в условиях Павлодарского Областного Кардиологического центра (ПОКЦ) за период с 2016 года по 2022 год.

**Результаты**. Пациент мужского пола, в возрасте 59 лет. С жалобами на наличие боли в области сердца при физической нагрузке. Обратился с повторными проявлениями стенокардии напряжения, после перенесенного аортокоронарного шунтирования в 2012 году. Коронарный анамнез с 2001 года тогда впервые перенес инфаркт, в 2005 году произошёл повторный инфаркт миокарда. Физическое обследование ничего не показало. При проведении теста 6-минутной ходьбы, зафиксировали снижение толерантности к физической нагрузке. По данным ЭКГ выявлено наличие ишемии передней стенки ЛЖ, ультразвуковое исследования сердца, показало снижение ФВ и умеренную дилатация ЛЖ. При проведении диагностической шунтографии обнаружено наличие ретроградного (обкрадывания) кровотока из передней межжелудочковой артерии через маммарокоронарный шунт, в левую подключичную артерию. На серии снимков КТ с контрастированием, выявлена окклюзия левой подключичной артерии. В последующем с целью восстановления кровотока в левой подключичной артерии и снижение проявления стенокардии, в связи с анатомическими особенностями строения артерии, проведение стентирования не представляется возможным, по данной причине выполнено шунтирование от левой общей сонной артерии к левой подключичной артерии.

**Выводы**. По нашему мнению, при наличии особенностей атеросклеротического поражения у пациентов с коронарно-подключичным steal-синдром, золотым стандартом с целью разобщения steal-синдрома является выполнение сонно-подключичного шунтирования.