

# Выявление ишемической болезни сердца у пациентов с артериальной гипертензией: проблема существует

**А.С. Галявич**

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Казань, Республика Татарстан, Россия

Галявич А.С. — доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент Академии наук Республики Татарстан, заведующий кафедрой факультетской терапии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России.

**Контактная информация:** ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, ул. Бутлерова, д. 49, Казань, Республика Татарстан, Россия, 420012. E-mail: galyavich@inbox.ru (Галявич Альберт Сарварович).

## Резюме

В статье обсуждаются подходы к диагностике ишемической болезни сердца у больных артериальной гипертензией; в частности, на примере клинического случая продемонстрировано несовершенство существующих алгоритмов выявления поражения коронарных артерий у бессимптомных пациентов.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, бессимптомное течение, диагностический алгоритм.

## Diagnostic approach to the coronary heart disease in hypertensive patients: the problem still exists

**A.S. Galyavich**

Kazan State Medical University, Kazan, Tatarstan Republic, Russia

**Corresponding author:** Kazan State Medical University, 49 Butlerov st., Kazan, Tatarstan Republic, 420012. E-mail: galyavich@inbox.ru (Albert S. Galyavich, MD, PhD, Professor, the corresponding member of the Academy of Science of Tatarstan Republic, the Chief of the Department of Internal Medicine at the Kazan State Medical University).

## Abstract

The existing diagnostic approaches to coronary artery disease in systemic hypertension are discussed, and the clinical case demonstrates the imperfection of the common algorithm, in particular, in asymptomatic patients.

**Key words:** coronary artery disease, asymptomatic patients, diagnostic algorithm.

*Статья поступила в редакцию 12.06.14 и принята к печати 14.06.14.*

У пациентов с артериальной гипертензией риск возникновения ишемической болезни сердца (ИБС) в 2–3 выше, чем у лиц с нормотензией [1]. У 60 % пациентов с ИБС имеется артериальная гипертензия [1, 2].

Особенностью ИБС является то, что она длительное время остается бессимптомной, манифестируя либо фатальным проявлением в виде внезапной сердечной смерти, либо такими опасными состояниями, как инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, сердечная недостаточность. Учитыва-

вая, что основной причиной смертности населения остается ИБС, проблема выявления/исключения атеросклероза коронарных артерий у пациентов с артериальной гипертензией приобретает огромное значение.

В возникновении ишемии миокарда у пациентов с артериальной гипертензией имеют значение различные механизмы. Причинами снижения резерва кровотока коронарных артерий, кроме коронарного атеросклероза, могут быть комбинации различных факторов разной степени выраженности:

– увеличение гемодинамической нагрузки (неадекватный контроль высокого артериального давления);

- неадекватность кровоснабжения миокарда из-за его гипертрофии;
- дисфункция эндотелия;
- увеличение внутрисердечного давления;
- активация симпатической нервной и ренин-ангиотензиновой систем.

Снижение резерва кровотока коронарных артерий, особенно при стрессе (резкое повышение артериального давления, психоэмоциональный стресс или значительная физическая нагрузка), приводит к уменьшению коронарной перфузии субэндокарда, нарушению диастолической и систолической функций сердца. Наряду с этим, могут возникать изменения в балансе системы «тромбоз/фибринолиз». Все эти механизмы у пациентов с артериальной гипертензией вызывают нарушение отношения «потребность / доставка кислорода» к миокарду и провоцируют развитие острых коронарных событий.

В соответствии с современными международными рекомендациями у пациентов с артериальной гипертензией диагностика ИБС базируется на оценке риска. К категории очень высокого риска относят пациентов с высокими показателями артериального давления (более 180/110 мм рт. ст.), наличием сахарного диабета, поражением органов-мишеней.

Предложен диагностический алгоритм для выявления ИБС у бессимптомных пациентов с артериальной гипертензией [3]. Суть его заключается в трехступенчатом подходе.

Первая ступень — оценка риска. После клинического обследования пациента, регистрации электрокардиограммы (ЭКГ) и определения наличия поражения органов-мишеней определяется риск ИБС. При низком риске ИБС дальнейшее обследование для выявления бессимптомной ИБС не проводится.

Вторая ступень — нагрузочная проба. При умеренном или высоком / очень высоком риске рекомендуется проведение тредмил-теста. При наличии положительного результата проводится дальнейшее обследование для подтверждения ИБС — стресс-эхокардиографическое исследование или перфузия миокарда с нагрузкой.

Третья ступень — коронарная ангиография.

На наш взгляд, такой подход имеет определенные недостатки, начиная с малой информативности шкал оценки риска ИБС (в том числе SCORE), низкой чувствительности и специфичности нагрузочной пробы, а также огромного

числа пациентов с артериальной гипертензией. В качестве примера приведем собственное клиническое наблюдение.

Пациент Х., 55 лет. В анамнезе высокое артериальное давление около 20 лет. Беспокоит чувство нехватки воздуха при физической нагрузке, боли в межлопаточной области без связи с физическими нагрузками, без эффекта от нитроглицерина. Может пройти до 1–1,5 км в среднем темпе без дискомфорта, поднимать до 30 кг груза (то есть переносимость физических нагрузок хорошая). Данные амбулаторного обследования: артериальное давление — 170/105 мм рт. ст., индекс массы тела 36 кг/м<sup>2</sup>, ЭКГ — без отклонений, фракция выброса по данным эхокардиографического исследования — 58 %, общий холестерин — 4 ммоль/л, холестерин липопротеинов низкой плотности — 2,2 ммоль/л, триглицериды — 1,92 ммоль/л. В связи с нечеткой клинической картиной ИБС пациенту было предложено пройти мультиспиральную компьютерную томографию коронарных артерий. При обследовании был выявлен значительный коронарный атеросклероз. В связи с этими находками была проведена коронарная ангиография, на которой обнаружено многососудистое поражение (стенозы ствола левой коронарной артерии 60 %, передней межжелудочковой артерии 50 %, огибающей артерии 70 %, правой коронарной артерии 80 %).

В данном случае у пациента риск по шкале SCORE невысок (менее 5 %), факторы риска — широко распространенные (мужской пол, высокое артериальное давление, избыточная масса тела), имеется атипичная стенокардия с вероятностью наличия ИБС для данного возраста 49 % [4]. Тем не менее по данным инвазивного обследования имеется выраженный коронарный атеросклероз со стенозом ствола более 50 %, что является фактором риска внезапной смерти. Пациенту было рекомендовано обсудить вопрос о реваскуляризации миокарда.

Этот пример демонстрирует, что существующие на сегодня подходы к выявлению ИБС у бессимптомных (малосимптомных) пациентов с артериальной гипертензией далеки от совершенства. Имеется потребность в разработке новых критериев выявления бессимптомной ИБС у пациентов с артериальной гипертензией в связи с огромной медицинской, социальной и экономической значимостью данной проблемы.

#### Литература

1. 2007 Guidelines for the Management of arterial hypertension: task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and of the European

Society of Cardiology // J. Hypertens. — 2007. — Vol. 25, № 6. — P. 1105–1187.

2. Kearney P.M., Whelton M., Reynolds K. et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data // Lancet. — 2005. — Vol. 365, № 9455. — P. 217–223.

3. Tsioufis C., Dimitriadis K., Thomopoulos C., Manolis A., Agabiti-Rosei E. How to identify coronary artery disease in an asymptomatic hypertensive patient? // European Society of Hypertension Scientific Newsletter. — 2012. — Vol. 13, № 54.

4. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. The Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology // Eur. Heart J. — 2013. — Vol. 34, № 38. — P. 2949–3003.