Важность оценки сердечно-сосудистого риска у пациентов среднего возраста с бессимптомным течением артериальной гипертензии (клиническое наблюдение)

В.Н.Ларина✉, Е.В.Федорова

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России. 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1

✉larinav@mail.ru

В статье представлено клиническое наблюдение пациента среднего возраста без активных жалоб, обратившегося с целью профилактического осмотра. Сбор анамнеза, физикальный осмотр, данные лабораторных и инструментальных методов исследований подтвердили наличие у пациента артериальной гипертензии с низким сердечно-сосудистым риском осложнений по Framingham Risk Scale, умеренным – по шкале Systematic Coronary Risk Estimation, высоким – по данным обследований. Цель статьи – обратить внимание практикующих врачей амбулаторного звена на необходимость комплексного подхода и оценки функционального состояния каждого пациента, независимо от пола и возраста.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, средний возраст пациента, сердечно-сосудистый риск.

Для цитирования: Ларина В.Н., Федорова Е.В. Важность оценки сердечно-сосудистого риска у пациентов среднего возраста с бессимптомным течением артериальной гипертензии (клиническое наблюдение). CardioСоматика. 2018; 9 (3): 41–46. DOI: 10.26442/2221-7185_2018.3.41-46

The importance of assessing cardiovascular risk in middle-aged patients with asymptomatic arterial hypertension (clinical observation)

V.N.Larina✉, E.V.Fedorova

N.I.Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 117997, Russian Federation, Moscow, ul. Ostrovitianova, d. 1

✉larinav@mail.ru

Abstract

The article presents the clinical observation of a patient of middle age without active complaints, who applied for the purpose of preventive examination. The history, physical examination, laboratory and instrumental research data confirmed the patient's hypertension with low cardiovascular risk of complications according to Framingham Risk Scale, moderate – according to the SCORE scale, high – according to the survey data. The purpose of the article is to draw the attention of practicing physicians to the need for an integrated approach and assessment of the functional state of each patient, regardless of gender and age.

Key words: arterial hypertension, middle age, patient, cardiovascular risk.

For citation: Larina V.N., Fedorova E.V. The importance of assessing cardiovascular risk in middle-aged patients with asymptomatic arterial hypertension (clinical observation). Cardiosomatics. 2018; 9 (3): 41–46. DOI: 10.26442/2221-7185_2018.3.41-46

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), по данным Всемирной организации здравоохранения, являются одной из ведущих причин смертности среди населения развитых стран мира. В эту группу наряду с ишемической болезнью сердца (ИБС), цереброваскулярными болезнями (ЦВБ) входит и артериальная гипертензия (АГ) [1]. АГ является одним из самых распространенных ССЗ и встречается у 91,3% лиц с ИБС и 87,2% – с хронической сердечной недостаточностью [2]. Помимо этого АГ является важнейшим модифицируемым фактором риска (ФР) и причиной развития тяжелых ССЗ (ИБС, ИМ, хроническая сердечная недостаточность) и ЦВБ, в том числе инсульта. У больных АГ в 3–4 раза чаще развивается ИБС и в 7 раз чаще – инсульт. Анализ причин развития ССЗ и ЦВБ, проведенный в США, показал, что у 69% больных, впервые перенесших ИМ, 77% – сердечную недостаточность и 77% – инсульт, в анамнезе была неконтролируемая АГ.

Одним из ведущих аспектов решения этой серьезной проблемы является первичная профилактика,

направленная на раннее выявление и коррекцию ФР ССЗ и их осложнений.

При высокой распространенности и низкой эффективности лечения АГ сохраняется неуправляемым фактором, который на популяционном уровне определяет риск поражения органов-мишеней и потенцирует развитие ассоциированных клинических состояний. В Российской Федерации из-за отсутствия контроля эффективности лечения АГ каждый пятый пациент имеет более высокий риск сердечно-сосудистых осложнений и смерти [2]. В странах с наиболее низкой смертностью доли умирающих от болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований практически сравнялись, а в России число умерших от болезней системы кровообращения превышает число умерших от злокачественных новообразований практически в 4 раза [3]. Недавнее эпидемиологическое исследование с участием европейских стран показало, что ССЗ ответственны более чем за 4 млн смертей, что составляет 45% общей смертности. ИБС и ЦВБ были ведущими

Таблица 1. Данные СМАД пациента Б				
Вся регистрация: 9:40–8:56. Длительность: 23:16. Измерения: 36/41 (87%)				
	Среднее	SD	Макс. (дата/время)	Мин. (дата/время)
САД, мм рт. ст.	136	±13,4	164 (25.01.2018/7:00)	111 (24.01.2018/9:40)
ДАД, мм рт. ст.	86	±15,9	137 (25.01.2018/4:00)	61 (25.01.2018/0:00)
ЧСС, уд/мин	73	±9,0	93 (25.01.2018/7:30)	56 (25.01.2018/5:00)
Среднее АД, мм рт. ст.	103	±13,4	141 (25.01.2018/4:00)	80 (25.01.2018/0:00)
ПД, мм рт. ст.	50	±14,5	74 (25.01.2018/7:30)	11 (24.01.2018/9:40)
Нагр. давл. САД: 50% значений САД>140 мм рт. ст. и >120 мм рт. ст. во сне Нагр. давл. ДАД: 36% значений ДАД>90 мм рт. ст. и >80 мм рт. ст. во сне Ночное падение: 5% снижений САД и 7% снижений ДАД во сне			Индекс сглаживания 0,80 Утренний подъем А 20,33	
Бодрствование: 6:30–23:00. Длительность: 16:30. Измерения: 29/33 (87%)				
	Среднее	SD	Макс. (дата/время)	Мин. (дата/время)
САД, мм рт. ст.	137	±12,9	164 (25.01.2018/7:00)	111 (24.01.2018/9:40)
ДАД, мм рт. ст.	87	±12,3	116 (25.01.2018/7:00)	68 (24.01.2018/12:10)
ЧСС, уд/мин	76	±7,3	93 (25.01.2018/7:30)	60 (25.01.2018/6:30)
Среднее АД, мм рт. ст.	104	±11,0	130 (25.01.2018/7:00)	84 (24.01.2018/12:10)
ПД, мм рт. ст.	50	±13,6	74 (25.01.2018/7:30)	11 (24.01.2018/9:40)
Нагр. давл. САД: 48% значений САД>140 мм рт. ст. Нагр. давл. ДАД: 38% значений ДАД>90 мм рт. ст.				
Сон: 23:00–6:30. Длительность: 7:30. Измерения: 7/8 (87%)				
	Среднее	SD	Макс. (дата/время)	Мин. (дата/время)
САД, мм рт. ст.	130	±14,7	149 (25.01.2018/3:00)	114 (25.01.2018/5:00)
ДАД, мм рт. ст.	81	±26,9	137 (25.01.2018/4:00)	61 (25.01.2018/0:00)
ЧСС, уд/мин	61	±5,4	71 (24.01.2018/23:00)	56 (25.01.2018/5:00)
Среднее АД, мм рт. ст.	100	±21,7	141 (25.01.2018/4:00)	80 (25.01.2018/0:00)
ПД, мм рт. ст.	49	±19,0	74 (25.01.2018/6:00)	74 (25.01.2018/6:00)
Нагр. давл. САД: 57% значений САД>120 мм рт. ст. во сне Нагр. давл. ДАД: 29% значений ДАД>80 мм рт. ст. во сне				
Примечание. ПД – пульсовое давление.				

причинами сердечно-сосудистой смертности (1,8 и 1,0 млн соответственно). В связи с этим проблема своевременного выявления ФР и диагностики ССЗ у пациентов, не имеющих клинических проявлений, сохраняет свою актуальность [4].

При опросах пациентов терапевтического профиля, находившихся на стационарном лечении, обращает на себя внимание очень низкая информированность об основных ФР развития ССЗ, что сохраняет очень высокий риск развития нежелательных последствий. Практически никто из пациентов не указывал на повышенный уровень холестерина и артериального давления (АД) как ФР развития ССЗ. Большинство пациентов отмечали только 1–2 ФР, чаще всего они считали, что стресс является ФР развития ССЗ [5].

Следует отметить, что наиболее низкая информированность о данном заболевании и возможных осложнениях отмечена именно у трудоспособных пациентов молодого и среднего возраста, которые в силу своей занятости субъективно не ощущают подъем АД. В данной статье будет акцентировано внимание на необходимости тщательного осмотра и обследования пациентов, не имеющих клинического проявления заболевания, не предъявляющих активных жалоб для своевременного выявления АГ, ее осложнений и оценки сердечно-сосудистого риска (ССР).

Клиническое наблюдение

Пациент Б., 44 года, обратился в поликлинику для обследования в профилактических целях. Пациент имеет высшее образование, ведет малоподвижный

образ жизни, живет с семьей, курение отрицает. АД никогда не измерял, убежден в том, что оно никогда не повышалось до настоящего времени. Наличие сопутствующих заболеваний, перенесенных острого нарушения мозгового кровообращения и ИМ отрицает; лекарственные препараты не принимает. У отца в анамнезе хроническая обструктивная болезнь легких, АГ и перенесенный ИМ; у матери – АГ.

При осмотре пациента состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, рост 173 см, масса тела 93 кг, индекс массы тела (ИМТ) 31 г/м², окружность талии 102 см, объем бедер 110 см. Органы дыхания: перкуторный звук ясный легочный. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Частота дыхательных движений 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, патологические шумы не выслушиваются. АД в положении сидя после 10-минутного отдыха в покое на правой руке 140/100 мм рт. ст., на левой – 130/100 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений (ЧСС) 88 уд/мин. В положении лежа АД 145/95 мм рт. ст., после активного перехода в положение стоя через 3 мин уровень АД составил 142/95 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, стул оформленный; печень по краю реберной дуги. Мочиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Клинический анализ крови: гемоглобин 13 г/л, гематокрит 42,4%, эритроциты 4,85×10¹²/л, лейкоциты 8,57×10⁹/л, гликозилированный гемоглобин 5,8%. Биохимический анализ крови: общий холестерин 7,62 ммоль/л, триглицериды 2,62 ммоль/л, липопро-

Таблица 2. Данные СМАД пациента Б. с 01:00 до 08:30

№	Время/дата	САД/ДАД, мм рт. ст.	ЧСС, уд/мин	СрАД, мм рт. ст.	Метод	Комментарий
30	1:00/25.01.2018	118/71	65	87	АУСК	
32	3:00/25.01.2018	149/92>	60	115	ОСЦ	
33	4:00/25.01.2018	149/137>	57	141	АУСК	
34	5:00/25.01.2018	114/69	56	84	АУСК	
35	6:00/25.01.2018	135/61>	57	103	ОСЦ	
36	6:30/25.01.2018	139/87>	60	103	ОСЦ	
37	7:00/25.01.2018	164/116>	69	130	ОСЦ	
38	7:30/25.01.2018	160/86>	93	111	АУСК	
39	8:00/25.01.2018	147/95>	75	112	АУСК	
40	8:30/25.01.2018	141/90>	72	102	ОСЦ	

Примечание. АУСК – аускультативный метод, ОСЦ – осциллометрический метод.

теиды высокой плотности (ЛПВП) 1,33 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) 5,1 ммоль/л; мочевина 6,8 ммоль/л, креатинин 81,3 мкмоль/л. Расчетная скорость клубочковой фильтрации 95 мл/мин (по формуле MDRD – Modification of diet in renal disease).

Электрокардиограмма: синусовый ритм, ЧСС 78 уд/мин, нормальная электрическая ось сердца. Эхокардиограмма: толщина межжелудочковой перегородки в диастолу 0,98 см, задней стенки левого желудочка (ЛЖ) в диастолу 0,95 см, индекс массы миокарда ЛЖ 106 г/м². Нарушений локальной сократимости миокарда не выявлено, относительная толщина стенки ЛЖ – 0,34. Гипертрофии ЛЖ нет, конечный диастолический размер ЛЖ – 5,2 см, конечный систолический размер ЛЖ – 3,2 см, размер левого предсердия – 4,0×4,9 см. Правый желудочек не увеличен – 3,1 см, фракция выброса ЛЖ – 68%.

Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий: комплекс интима–медиа (КИМ) общих сонных артерий утолщен слева до 1,0 мм, справа – до 1,1 мм, интима уплотнена; признаки нестенозирующего атеросклероза.

Согласно данным суточного мониторирования АД (СМАД) зарегистрировано среднее дневное АД 137/87 мм рт. ст. (норма 135/83 мм рт. ст.), среднее ночное АД – 130/81 мм рт. ст. (норма 120/70 мм рт. ст.), суточный индекс (степень ночного снижения АД) составил для САД 5%, ДАД – 7% (табл. 1).

Величина утреннего подъема САД и ДАД составила 50 мм рт. ст. (при норме до 56 мм рт. ст.) и 55 мм рт. ст. (при норме до 36 мм рт. ст.) соответственно. Скорость утреннего подъема САД составила 25 мм рт. ст./ч (при норме до 10 мм рт. ст./ч), ДАД – 55 мм рт. ст./ч (при норме до 6 мм рт. ст./ч); табл. 2.

Вариабельность АД не оценивалась по причине недостаточного количества измерений АД за сутки.

На основании данных анамнеза, физикального осмотра, биохимического анализа крови и инструментальных методов обследования был поставлен диагноз: гипертоническая болезнь II стадии; АГ 2-й степени; дислипидемия; ожирение 1-й степени; риск сердечно-сосудистых осложнений 3 (высокий).

Обсуждение

На сегодняшний день диагностика АГ не вызывает затруднений, поскольку определены ее критерии, а именно: повышение АД ≥ 140/90 мм рт. ст. в общей популяции людей, 140/85 мм рт. ст. или более – при наличии сахарного диабета (СД) и меньшие значения при постоянном приеме антигипертензивной терапии [6, 7].

Однако адекватная диагностика и ведение больных АГ невозможны только на основании офисных измерений АД, ограничениями которого являются ошибка исследователя, гипердиагностика АГ вследствие феномена «белого халата» или гиподиагностика АГ из-за переоценки эффективности антигипертензивной терапии вследствие маскированной АГ. Офисное измерение АД не дает представления о колебаниях АД в периоды разной активности больного, в том числе во время ночного сна, утреннего пробуждения, а также не позволяет адекватно оценить эффективность гипотензивных препаратов на протяжении суток [8].

Пациент Б. на момент осмотра не предъявлял жалобы и отрицал повышение АД в анамнезе. При офисном измерении АД было повышено преимущественно за счет ДАД. Согласно данным СМАД среднее дневное АД составило 137/87 мм рт. ст., среднее ночное – 130/81 мм рт. ст., что говорит как о дневной, так и о ночной гипертензии.

Точность измерения АД на сегодняшний день рассматривается в качестве одной из серьезных проблем не только диагностики, но и лечения АГ. Наиболее широко применяемым и общепризнанным является аускультативный метод измерения АД по Н.С.Короткову. Метод, однако, не лишен некоторых недостатков. Также используются методы домашнего контроля АД и СМАД, осуществляемого специальным аппаратом автоматически. Результаты многих исследований и реальный практический опыт свидетельствуют о том, что неманометрические показатели, которые определяются по данным СМАД, а именно: вариабельность АД, тип суточного профиля АД, скорость и величина утреннего подъема АД, – являются независимыми ФР развития сердечно-сосудистых осложнений при наличии АГ [9]. В частности, данные систематического обзора свидетельствуют, что увеличение утреннего подъема АД на 10 мм рт. ст. по данным СМАД ассоциировано с повышенным риском развития инсульта (отношение шансов 1,11 при 95% доверительном интервале 1,03–1,20) [10].

По данным СМАД у пациента Б. суточный индекс САД и ДАД составил 5 и 7% соответственно, что отражает недостаточное снижение АД в ночное время (non-dipper). Помимо этого наблюдалось превышение нормальных показателей величины утреннего подъема ДАД на 55 мм рт. ст., а также скорости утреннего подъема САД и ДАД на 15 и 49 мм рт. ст. соответственно, что свидетельствует о высоком риске развития неблагоприятных клинических исходов.

Многочисленные исследования свидетельствуют о пользе применения СМАД для диагностики АГ, но

этот метод не является обязательным для обследования пациентов.

Основным методом диагностики АГ является офисное измерение АД – многократное (не менее 2) измерение АД на приеме у врача. Офисное измерение АД имеет наибольшую доказательную базу для обоснования классификации уровней АД, прогноза рисков, оценки эффективности терапии.

Согласно клиническим рекомендациям по диагностике и лечению АГ результаты СМАД и самостоятельного контроля АД могут помочь в ее диагностике, но не заменяют повторные измерения АД в лечебном учреждении [6]. Возможными причинами, не рассматривающими этот метод диагностики в качестве обязательного, являются его высокая стоимость, низкая повторяемость результатов, отсутствие общепринятой классификации АГ по данным СМАД. Однако в некоторых странах, в частности в Великобритании, СМАД рекомендовано в качестве рутинного метода диагностики АГ и ее особенностей [11, 12].

Стоимость сеанса проведения пациенту СМАД значительно ниже затрат на лечение, в связи с чем необходимо рассмотреть возможность использования этого метода диагностики в качестве рутинного, что поможет оценить реальное число пациентов, имеющих АГ и достигающих целевого уровня АД на ее фоне [13].

Согласно национальным рекомендациям по диагностике и лечению АГ имеется ряд ФР, применяемых для стратификации общего ССР: мужской пол; возраст (55 лет и более у мужчин, 65 лет и более у женщин); курение, дислипидемия (повышение уровня общего холестерина, и/или ЛПНП, и/или триглицеридов, и/или понижение ЛПВП); глюкоза плазмы натощак 5,6–6,9 ммоль/л; нарушение толерантности к глюкозе 7,8–11,0 ммоль/л; ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²); абдоминальное ожирение (окружность талии: 102 см и более у мужчин, 88 см и более у женщин) – для лиц европейской расы; семейный анамнез ранних ССЗ (моложе 55 лет у мужчин, моложе 65 – у женщин).

У пациента Б. имелась дислипидемия (общий холестерин 7,62 ммоль/л, ЛПНП – 5,1 ммоль/л); ожирение 1-й степени (ИМТ 31 г/л²), абдоминальное ожирение (окружность талии 102 см).

В последние годы в кардиологической и терапевтической практике широко используются шкалы для оценки риска развития заболеваний и прогноза. Такие шкалы созданы на основе обширного анализа клинических данных и помогают врачу принимать обоснованные решения в плане профилактики и лечения многих заболеваний. Прогнозирование сердечно-сосудистых и других осложнений является достаточно сложной задачей, поскольку многие шкалы не могут выявить лиц молодого и среднего возраста с высоким риском развития этих осложнений. Существующие шкалы специфичны именно для тех стран, в которых были разработаны, с учетом национальных данных по распространению ФР и смертности. Среди наиболее известных – шкалы PROCAM (Германия), ASSIGN (Швеция), Framingham (США), Risk Score, Q-RICK (Великобритания), CUORE (Италия) и др. [14].

Одной из первых шкал для оценки ССР была Фремингемская шкала риска (Framingham Risk Scale – FRS), которая на основе анализа 6 ФР (пол, возраст, курение, САД, общий холестерин, ЛПВП) позволяет прогнозировать фатальные и нефатальные случаи ИБС в ближайшие 10 лет.

Математическая модель PROCAM была разработана на основании результатов проспективного исследования в Мюнстере (Германия). Эта модель оценивает риск осложнений ИБС (острый ИМ, внезапная смерть) в ближайшие 8 лет у мужчин и у женщин в постменопаузальном периоде. Для расчета суммарного риска используется значительно больше факторов: 3 немодифицируемых (возраст, ИМ в анамнезе, наследственная отягощенность по ССЗ) и 6 модифицируемых (статус курения, САД, общий холестерин, триглицериды, ЛПВП, наличие СД). Эта шкала широко используется в научных исследованиях, в том числе у пациентов с метаболическим синдромом. Главным ограничением для широкого применения является ее валидизация лишь на немецкой популяции пациентов. Хотя в дальнейшем и были разработаны модифицируемые варианты компьютерной программы PROCAM с учетом всех европейских популяций, в том числе и России, однако эта модель не нашла широкого применения в повседневной клинической практике [15].

Начиная с 2003 г. в Европе широко используется Шкала систематической оценки коронарного риска (Systematic Coronary Risk Estimation – SCORE), которая разработана на основании результатов ряда когортных исследований, проводимых в 12 европейских странах, включая Россию, и прошла внешнюю валидизацию [14].

У пациента Б., согласно FRS, результат составил 6 баллов (возраст пациента 44 года – 0 баллов; уровень САД – 6 баллов; отсутствие у пациента СД, курения в анамнезе, ИБС, аритмии и гипертрофия ЛЖ – по 0 баллов), что говорит о низком ССР. Согласно шкале SCORE результат соответствовал 4 баллам (молодой возраст, некурящий, повышение офисного САД до 140 мм рт. ст.), что свидетельствует об умеренном ССР.

Современный подход к оценке ССР помимо общепринятых ФР включает также оценку результатов инструментальных методов исследований с целью выявления атеросклеротических изменений в артериях. Атеросклероз представляет собой хроническое прогрессирующее воспалительное заболевание артерий крупного и среднего калибра, которое развивается задолго до клинических проявлений (субклинический атеросклероз). Субклиническим считается бессимптомное атеросклеротическое поражение, когда формирование атеросклеротических бляшек находится в начальной стадии и степень сужения кровеносных сосудов не достигает гемодинамической значимости. Однако заболевание не всегда прогрессирует постепенно, а может сразу манифестировать развитием таких сердечно-сосудистых осложнений, как ИМ, острое нарушение мозгового кровообращения или даже внезапная сердечная смерть. Поэтому важно вовремя распознать наличие субклинического атеросклеротического поражения артерий и принять необходимые меры для профилактики осложнений. Одним из проявлений субклинического атеросклероза является толщина КИМ общих сонных артерий более 0,9 мм или неокклюзирующей атеросклеротической бляшки, что мы и наблюдали у пациента Б. по данным дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий.

В настоящее время показана не только связь увеличения толщины КИМ с рядом ФР ССЗ [16], но и ее значение в качестве предиктора ИМ, инсульта и сердечно-сосудистой смертности. Согласно данным Фремингемского исследования [17] субклинический атеросклероз имелся у 38% женщин и 41% мужчин среднего возраста, проспективного обсервационно-

го исследования PESA (Progression of Early Subclinical Atherosclerosis) – у 49,7% пациентов [18], исследования NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) – у 75% пациентов при наличии гемодинамически незначимой степени сужения сосудов возникал ИМ [6, 19, 20].

В связи с этим наличие утолщения КИМ и признаков нестенозирующего атеросклероза автоматически переводит пациента Б. в группу высокого риска сердечно-сосудистых осложнений [21].

Действительно, клиническая практика показала, что ССР не всегда реально отражает истинное значение. Так, при оценке ССР по FRS у 30–45%, а по шкале SCORE – у 25–40% пациентов результат не соответствует действительности, что мы и наблюдали у пациента Б. [22].

Важно учитывать, что в настоящее время все больше сердечно-сосудистых событий, включая ИМ, инсульт, внезапную сердечную смерть, возникает именно в молодом возрасте [23]. M.George и соавт. оценили частоту госпитализаций пациентов с инсультом в возрасте 18–64 лет с 1995 по 2012 г. в 44 штатах Америки. По результатам этого исследования было показано, что частота госпитализаций в возрасте 18–34 лет у мужчин увеличилась с 11,2 до 18,0 на 10 тыс., у женщин – с 3,8 до 5,8 на 10 тыс., в возрасте 35–44 лет частота госпитализаций у мужчин возросла с 37,7 до 68,2 на 10 тыс., у женщин – с 24,8 до 35,8 на 10 тыс. за период с 1995–1996 по 2011–2012 гг. [24].

Необходимо обратить внимание на тот факт, что при отсутствии ССЗ, ЦВБ, хронической болезни почек и СД общий ССР при использовании шкалы SCORE следует считать минимальным. С другой стороны, основываясь на доказательствах того, что поражение органов-мишеней является предиктором смерти от ССЗ, независимо от величины риска по шкале SCORE, их оценку следует проводить всем пациентам среднего риска заболевания [6].

Заключение

Данные анамнеза, физикального осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследований подтвердили наличие у пациента с АГ и низким ССР осложнений по FRS и умеренным – по шкале SCORE. Однако данные дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий свидетельствовали в пользу высокого суммарного ССР, что подтверждает необходимость учета индивидуальных особенностей пациента, включая приверженность немедикаментозному и медикаментозному лечению в будущем. Учитывая, что информированность пациентов о наличии у них ФР занимает важнейшее место в профилактике ССР и их осложнений, а эффект лечения во многом зависит от осведомленности пациентов о своем заболевании, необходимы меры, направленные на повышение мотивации пациента к повышению информированности о проблемах со здоровьем.

Клиническое наблюдение пациента в возрасте 44 лет без проявлений заболеваний, связанных с атеросклерозом, но имеющего высокий риск их развития, демонстрирует индивидуальность каждого клинического случая и необходимость комплексного подхода, независимо от пола и возраста больного.

Конфликт интересов. Отсутствует.

Авторы выражают благодарность за помощь в подготовке материала кандидату медицинских наук, ассистенту кафедры поликлинической тера-

пии лечебного факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова» Минздрава России, врачу функциональной диагностики отделения по оказанию платных медицинских услуг ГБУЗ «Диагностический клинический центр №1» Департамента здравоохранения г. Москвы Ольге Михайловне Кульбачинской.

Литература/References

1. Чазова И.Е., Ощепкова Е.В. Опыт борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России. Аналитический вестн. 2015; 44 (597): 4–8. / Chazova I.E., Oshchepkova E.V. Opyt bor'by s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami v Rossii. Analiticheskii vestn. 2015; 44 (597): 4–8. [in Russian]
2. Фомин И.В., Полякова Д.С., Бадин Ю.В. и др. Артериальная гипертензия в Европейской части Российской Федерации с 1998 по 2007 год: чего мы добились на популяционном уровне? Сердце: журнал для практикующих врачей. 2016; 15 (5): 369–78. / Fomin I.V., Poliakova D.S., Badin Iu.V. i dr. Arterial'naya gipertonii v Evropeiskoi chasti Rossiiskoi Federatsii s 1998 po 2007 god: chego my dobilis' na populiatsionnom urovne? Serdtse: zhurnal dlia praktikuiuscbikh vrachei. 2016; 15 (5): 369–78. [in Russian]
3. Папанова Е., Тимонин С. Смертность от болезней системы кровообращения в России и Москве в свете мировых тенденций. Моск. мед. 2017; 4 (19): 57–65. / Papanova E., Timonin S. Smernost' ot boleznei sistemy krovoobrashcheniia v Rossii i Moskve v svete mirovykh tendentsii. Mosk. med. 2017; 4 (19): 57–65. [in Russian]
4. Townsend N, Wilson L, Bhatnagar P et al. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016. Eur Heart J 2016; 37 (42): 3232–45.
5. Погосова Н.В., Лысенко М.А., Самсонова И.В. и др. Медицинская информированность о факторах риска развития сердечно-сосудистых заболеваний пациентов различного терапевтического профиля, находящихся на стационарном лечении. Кардиология. 2017; 57 (12): 34–42. / Pogosova N.V., Lysenko M.A., Samsonova I.V. i dr. Meditsinskaiia informirovannost' o faktorakh riska razvitiia serdechno-sosudistyk zabolevanii patsientov razlichnogo terapevticheskogo profilii, nachodiaschbikhsia na statsionarnom lechenii. Kardiologiya. 2017; 57 (12): 34–42. [in Russian]
6. Чазова И.Е., Ощепкова Е.В., Жернакова Ю.В. Клинические рекомендации: «Диагностика и лечение артериальной гипертензии». Кардиологический вестн. 2015; 1: 3–30. / Chazova I.E., Oshchepkova E.V., Zhernakova Iu.V. Klinicheskie rekomendatsii: "Diagnostika i lechenie arterial'noi gipertonii". Kardiologicheskii vestn. 2015; 1: 3–30. [in Russian]
7. Mancina G, Fagard R, Narkiewicz K. Рекомендации по лечению артериальной гипертензии. ESH/ESC 2013. Рос. кардиологический журн. 2014; 1 (105): 7–94. / Mancina G, Fagard R, Narkiewicz K. Rekomendatsii po lecheniiu arterial'noi gipertonii. ESH/ESC 2013. Ros. kardiologicheskii zhurn. 2014; 1 (105): 7–94. [in Russian]
8. Котовская Ю.В., Кобалава Ж.Д. Амбулаторные методы регистрации артериального давления в клинической практике. Кардиология. 2013; 12: 59–63. / Kotovskaia Iu.V., Kobalava Zh.D. Ambulatornye metody registratsii arterial'nogo davleniia v klinicheskoi praktike. Kardiologiya. 2013; 12: 59–63. [in Russian]
9. Kario K. Morning surge in blood pressure and cardiovascular risk evidence and perspectives. Hypertension 2010; 56 (5): 765–73.
10. Sheppard JP, Hodgkinson J, Riley R et al. Prognostic Significance of the Morning Blood Pressure Surge in Clinical Practice: A Systematic Review. Am J Hypertens 2015; 28 (1): 30–41.
11. Lovibond K, Jowett S, Barton P et al. Cost-effectiveness of options for the diagnosis of high blood pressure in primary care: a modelling study. Lancet 2011; 378 (9798): 1219–30.

12. *Hypertension: The Clinical Management of Primary Hypertension in Adults: Update of Clinical Guidelines 18 and 34* [Internet]. doi: <http://dx.doi.org/10.18821/0023-2149-2017-95-7-581-58> (17.06.2018).
13. Бокарев И.Н., Дулин П.А., Овчинников Ю.В., Симоненко В.Б. Артериальная гипертензия: современное состояние проблемы. *Клиническая мед.* 2017; 95 (6): 581–5. / Bokarev I.N., Dulin P.A., Ovchinnikov Iu.V., Simonenko V.B. Arterial'naya gipertonii: sovremennoe sostoianie problemy. *Klinicheskaia med.* 2017; 95 (6): 581–5. [in Russian]
14. Бубнова М.Г., Драпкина О.М. и др. Национальные рекомендации «Кардиоваскулярная профилактика 2017». 2017; с. 1–288. / Bubnova M.G., Drapkina O.M. i dr. Natsional'nye rekomendatsii "Kardiovaskuliarnaya profilaktika 2017". 2017; s. 1–288. [in Russian]
15. Веселовская Н.Г., Чумакова Г.А., Шенкова Н.Н. и др. Модель прогнозирования риска коронарного атеросклероза у пациентов с висцеральным ожирением. *Рос. кардиол. журн.* 2015; 4 (120): 49–54. / Veselovskaia N.G., Chumakova G.A., Shenkova N.N. i dr. Model' prognozirovaniia riska koronarnogo ateroskleroza u patsientov s vistseral'nym ozhireniem. *Ros. kardiolog. zhurn.* 2015; 4 (120): 49–54. [in Russian]
16. Зволинская Е.Ю., Розанов В.Б., Александров А.А. и др. Связь толщины интимы-медиа сонных артерий с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний у молодых мужчин. *Кардиология.* 2012; 8 (52): 54–60. / Zvolinskaia E.Iu., Rozanov V.B., Aleksandrov A.A. i dr. Sviaz' tolschbiny intimy-media sonnykh arterii s faktorami riska serdechno-sosudistykh zabolevanii u molodykh muzhchin. *Kardiologiya.* 2012; 8 (52): 54–60. [in Russian]
17. Jaffer F, O'Donnell C, Larson M et al. Age and sex distribution of subclinical aortic atherosclerosis: a magnetic resonance imaging examination of the Framingham Heart Study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2002; 22 (5): 849–54.
18. Fernandes-Friera L, Fuster V, Lopez-Melgar B et al. Normal LDL-Cholesterol Levels are associated with subclinical atherosclerosis in the absence of risk factors. *J Am Coll Cardiol* 2017; 70: 2979–91.
19. Ajani UA, Ford ES. Has the risk for coronary heart disease changed among US adults. *J Am Coll Cardiol* 2006; 48: 1177–82.
20. Аничков Д.А., Шостак Н.А. Новые маркеры сердечно-сосудистого риска: от исследований к клиническим рекомендациям. *Клиницист.* 2014; 1: 4–8. / Anichkov D.A., Shostak N.A. Noveye markery serdechno-sosudistogo riska: ot issledovaniy k klinicheskim rekomendatsiiam. *Klinitsist.* 2014; 1: 4–8. [in Russian]
21. Бойцов С.А., Кухарчук В.В., Карпов Ю.А. и др. Субклинический атеросклероз как фактор риска сердечно-сосудистых осложнений. *Кардиоваск. терапия и профилактика.* 2012; 11 (3): 82–6. / Boitsov S.A., Kukharchuk V.V., Karpov Iu.A. i dr. Subklinicheskii ateroskleroz kak faktor riska serdechno-sosudistykh oslozhenii. *Kardiovask. terapiia i profilaktika.* 2012; 11 (3): 82–6. [in Russian]
22. Van Dis I, Kromhout D, Geleijnse JM et al. Evaluation of cardiovascular risk predicted by different SCORE equations: the Netherlands as an example. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010; 17 (2): 244–9.
23. Singh A, Collins B, Gupta A et al. Cardiovascular risk and statin eligibility of young adults after an MI: Partners YOUNG-MI Registry. *J Am Coll Cardiol* 2018; 71 (3): 292–302.
24. George MG, Tong X, Bowman BA. Prevalence of cardiovascular risk factors and strokes in younger adults. *JAMA Neurol* 2017; 74 (6): 695–703.

Сведения об авторах

Ларина Вера Николаевна – д-р мед. наук, зав. каф. поликлинической терапии лечебного фак-та ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова».

E-mail: larinav@mail.ru

Федорова Екатерина Владимировна – аспирант каф. поликлинической терапии лечебного фак-та ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова»