

## "Задыхаясь от неизвестности". Клинический случай

CASE  
КАРДИОЛОГИЯ

Сарибекян А. Г., Крупичка К. С., Башняк В. С.

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России.  
Москва, Россия

Легочная артериальная гипертензия — заболевание, которое встречается крайне редко, однако несет колоссальную опасность для жизни данных пациентов. Необходимо четко понимать критерии постановки диагноза, подбора и оценки эффективности специфической терапии. В клиническом случае пошагово описан алгоритм, помогающий прийти к редкому и интересному диагнозу.

**Ключевые слова:** легочная гипертензия, легочная денервация, хроническая сердечная недостаточность.

**Отношения и деятельность:** нет.

Поступила 10/05-2023

Рецензия получена 17/05-2023

Принята к публикации 09/06-2023



**Для цитирования:** Сарибекян А. Г., Крупичка К. С., Башняк В. С. "Задыхаясь от неизвестности". Клинический случай. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(7S):3627. doi:10.15829/1728-8800-2023-3627. EDN ATAMJO

## "Suffocating from the unknown". Case report

Saribekyan A. G., Krupichka K. S., Bashnyak V. S.

National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine. Moscow, Russia

Pulmonary hypertension is an extremely rare disease that threatens the life of patients. It is necessary to clearly understand the diagnosis criteria and evaluate the effectiveness of specific therapy. In a case report, an algorithm is described step by step that helps to come to a rare and interesting diagnosis.

**Keywords:** pulmonary hypertension, pulmonary denervation, chronic heart failure.

**Relationships and Activities:** none.

Saribekyan A. G.\* ORCID: 0000-0002-2408-1541, Krupichka K. S. ORCID: 0000-0001-8711-7348, Bashnyak V. S. ORCID: 0000-0001-9378-9378.

\*Corresponding author:

nairiann@mail.ru

**Received:** 10/05-2023

**Revision Received:** 17/05-2023

**Accepted:** 09/06-2023

**For citation:** Saribekyan A. G., Krupichka K. S., Bashnyak V. S. "Suffocating from the unknown". Case report. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(7S):3627. doi:10.15829/1728-8800-2023-3627. EDN ATAMJO

КТ — компьютерная томография, ЛА — легочная артерия, ЛАГ — легочная артериальная гипертензия, ЛГ — легочная гипертензия, СДЛА — среднее диастолическое давление в легочной артерии, ТШХ — тест шестиминутной ходьбы, ЭхоКГ — эхокардиография.

## Введение

Легочная гипертензия (ЛГ) — повышение среднего диастолического давления (СДЛА) в легочной артерии (ЛА) при чрезвенной катетеризации сердца. К развитию ЛГ ведут крайне разнообразные заболевания, включающие в себя сердечные и внесердечные патологии, однако существует отдельная группа ЛГ, при которой определить причину не является возможным [1]. Данный диагноз является диагнозом исключения и выставляется лишь после исключения всевоз-

можных причин, которые могли привести к патологическому повышению давления в ЛА. Принимая во внимание крайне редкую встречаемость легочной артериальной гипертензии (ЛАГ), зачастую врачи недостаточно проинформированы о данном заболевании и о тактике ведения пациентов данного спектра [2].

## Описание клинического случая

Пациентка 75-ти лет госпитализирована в сентябре 2022г с жалобами на одышку в состоянии по-

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: nairiann@mail.ru

[Сарибекян А. Г.\* — ординатор 1 года по специальности кардиология, ORCID: 0000-0002-2408-1541, Крупичка К. С. — врач-кардиолог, ORCID: 0000-0001-8711-7348, Башняк В. С. — врач-кардиолог, ORCID: 0000-0001-9378-9378].

кая, усиливающуюся при минимальной физической нагрузке, а также на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение толерантности к физической нагрузке (рисунок 1).

В анамнезе: с 2009г стала отмечать одышку, в связи с чем была госпитализирована в стационар по месту жительства, проводилась терапия, на фоне которой состояние стабилизировалось, после выписки постоянной терапии не получала. В 2019г одышка возобновилась, пациентка вновь проходила стационарное лечение, где впервые по данным эхокардиографии (ЭхоКГ) было диагностировано повышение СДЛА до 65 мм рт.ст., отмечалась трикуспидальная регургитация 3 степени. Получала терапию антиагрегантами, диуретиками, статинами. После выписки до ноября 2021г чувствовала себя удовлетворительно, когда пациентка с жалобами на прогрессирующую одышку обратилась

в стационар, тогда же верифицирована новая коронавирусная инфекция, которая осложнилась полисегментарной вирусной пневмонией, получала терапию глюкокортикостероидами, пероральными антикоагулянтами и антибиотиками, однако одышка прогрессировала. Пациентка наблюдалась у кардиолога по месту жительства, по данным ЭхоКГ от июня 2022г: СДЛА 70 мм рт.ст., пациентке проведена компьютерная томография (КТ)-ангиопульмонография: легочный ствол до 5,1 см, правая ЛА 4,7 см, левая 3,1 см. Ввиду прогрессирования одышки, снижения толерантности к физическим нагрузкам несмотря на проводимую терапию, пациентка поступила в ФГБУ "НМИЦ терапии и профилактической медицины" (НМИЦ ТПМ). На момент госпитализации принимала препараты различных классов, биологические активные добавки.

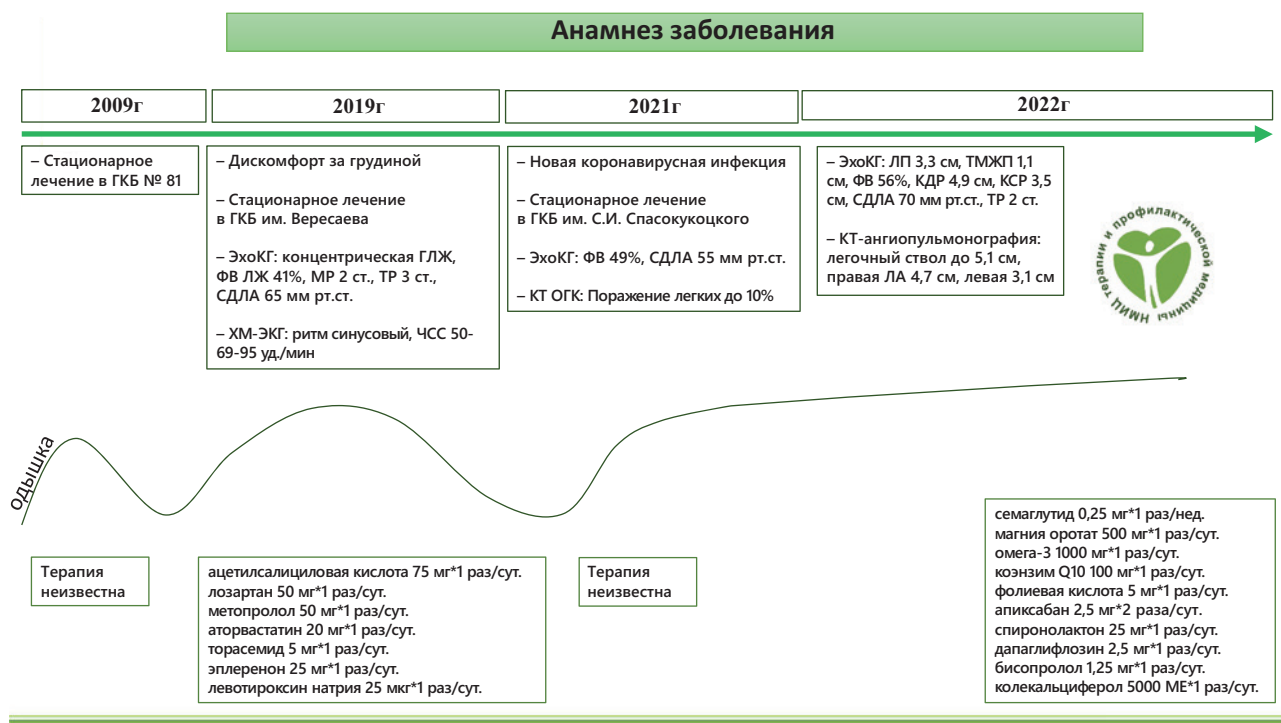


Рис. 1 Временная шкала течения заболевания.

Примечание: ГКБ — городская клиническая больница, ГЛЖ — гипертрофия левого желудочка, КДР — конечно-диастолический размер, КСР — конечно-систолический размер, КТ — компьютерная томография, ЛА — легочная артерия, ЛЖ — левый желудочек, ЛП — левое предсердие, МР — митральная недостаточность, ОГК — органы грудной клетки, СДЛА — среднее диастолическое давление в легочной артерии, ТМЖП — толщина межжелудочковой перегородки, ТР — трикуспидальная недостаточность, ФВ — фракция выброса, ХМ-ЭКГ — холтеровское мониторирование электрокардиограммы, ЧСС — частота сердечных сокращений, ЭхоКГ — эхокардиография.

При объективном осмотре отмечались акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, набухание шейных вен, варикозное расширение вен нижних конечностей, аускультативная картина сердца: акцент II тона над ЛА, систолический шум на верхушке и в IV точке аускультации сердца. Проведено ЭхоКГ, по данным которой отмечается повышение СДЛА

до 110 мм рт.ст., дилатация ЛА до 55 мм, трикуспидальная недостаточность 3 степени, а также снижение фракции выброса приточного отдела правого желудочка до 34%. Принимая во внимание жалобы, предъявляемые при поступлении, результаты объективного осмотра и ЭхоКГ, сформулирован диагноз ЛГ, в связи с чем начат диагностический поиск.

Так как самая частая причина возникновения ЛГ — патологии левых камер сердца, пациентке были проведены коронароангиография, а также магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием, по данным которых каких-либо органических или функциональных нарушений не было выявлено. Следующим этапом была исключена хроническая легочная тромбоэмболическая болезнь легких — проведена перфузионная сцинтиграфия легких, а также КТ-ангиопульмонография — данных за тромбоэмболию ЛА не получено. Далее были исключены заболевания легких (проведено КТ, оценка функции внешнего дыхания), заболевания соединительной ткани (антинуклеарный фактор, антитела к экстрагируемому ядерному антигену, антитела к цитоплазматическому антигену). Исключив всевозможные причины возникновения высокого СДЛА, верифицирован диагноз ЛАГ.

С целью подтверждения диагноза пациентке проведена чрезвенная катетеризация сердца, по данным которой СДЛА 47,6 мм рт.ст. Важным критерием оценки эффективности терапии ЛАГ является тест шестиминутной ходьбы (ТШХ), в стационаре пациентке проведен данный тест — 80 м. Пациентка была направлена в экспертный центр по лечению ЛАГ с целью назначения ЛАГ-специфической терапии, однако терапия оказалась неэффективной (ТШХ — 91 м), в связи с чем пациентка вернулась в НМИЦ ТПМ, где была проведена денервация ЛА.

#### **Клинический заключительный диагноз**

**Основное заболевание:** Легочная артериальная гипертензия (высокий риск прогрессирования <15%). Состояние после радиочастотной денервации ЛА от 11.2022г.

**Сочетанные заболевания:** Гипертоническая болезнь III стадии, контролируемая артериальная гипертензия, риск сердечно-сосудистых осложнений — 4. Атеросклероз аорты.

**Осложнения основного заболевания:** Хроническая сердечная недостаточность IIБ стадии со сниженной фракцией выброса правого желудочка (34%), III функционального класса по NYHA.

Недостаточность клапана ЛА 4 степени. Трикуспидальная недостаточность 3 степени.

Нарушение ритма сердца: фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма, тахисистолический вариант. Риск по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc 5 баллов, риск по шкале HAS-BLED 1 балл.

**Сопутствующие заболевания:** Многоузловой зоб, медикаментозный эутиреоз. Желчнокаменная болезнь. Холецистэктомия от 2009г. Фиброаденома левой молочной железы. Киста левого яичника. Удаление правого яичника от 1979г. Экзогенно-конституциональное ожирение I степени. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Хроническая венозная недостаточность 1-2 степени. Дорсопатия. Дегенеративно-дистрофические изменения позвоночного столба. Распространенный остеохондроз позвоночника.

#### **Исход**

Пациентка субъективно стала отмечать улучшение самочувствия в виде уменьшения интенсивности одышки, ТШХ — 140 м, по данным ЭхоКГ отмечается снижение СДЛА до 102 мм рт.ст., уменьшение диаметра ЛА до 42 мм, трикуспидальная недостаточность 2 степени.

#### **Обсуждение**

Сочетание легочной денервации с ЛАГ-специфической терапией, на фоне которой изначально не отмечалось значимого улучшения, показывает хорошие результаты, однако требует дальнейшего наблюдения. По данным исследования Zheng Z, et al. (2022) [3], в котором участвовало 339 пациентов, отмечается, что в результате проведенной денервации ЛА отмечается снижение СДЛА, легочного сосудистого сопротивления, улучшение показателей сердечного выброса, а также, что особенно интересно клинициста, — улучшается дистанция ТШХ и уменьшается выраженность одышки.

#### **Заключение**

ЛАГ — тяжелое заболевание с неблагоприятным прогностическим течением, ведущее к ухудшению качества жизни, а также влияющее на ее продолжительность. Особую сложность представляет из себя диагностика, которая включает в себя исключение всех возможных причин данного патологического состояния. Для пациентов данного спектра существуют различные пути лечения, которые включают как консервативную терапию, так и хирургическую, которая на сегодняшний день недостаточно интегрирована в современную медицину, однако подает большие надежды.

**Отношения и деятельность:** все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

#### **Литература/References**

1. Poch D, Mandel J. Pulmonary Hypertension. Ann Intern Med. 2021;174(4):ITC49-ITC64. doi:10.7326/AITC202104200.
2. Ruopp NF, Cockrill BA. Diagnosis and Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension: A Review. JAMA. 2022;327(14):1379-91. doi:10.1001/jama.2022.4402. Erratum in: JAMA. 2022;328(9):892.
3. Zheng Z, Chen R, Sun X, et al. A Meta-analysis of the efficacy of pulmonary artery denervation in the treatment of pulmonary hypertension. Heart Lung. 2022;53:42-50. doi:10.1016/j.hrtlung.2022.01.020.