



Терапевты должны помнить о возможности радиационно-индуцированной болезни сердца и проводить активный сердечно-сосудистый скрининг пациентов после ЛТ (когда сердца попадает в зону облучения). Это особенно актуально при наличии факторов риска (возраст, курение, артериальная гипертензия, дислипидемия и др.) Хотя у большинства пациентов симптоматика появляется через 10 и более лет после лучевой терапии, скрининг целесообразно осуществлять уже через 5 лет после вмешательства.

Для оценки лиц без клинических проявлений ишемической болезни сердца и других ССЗ (исключая артериальную гипертензию) необходимо использовать шкалу Systematic Coronary Risk Evaluation (таблица SCORE), разработанную на основе результатов 12 эпидемиологических исследований, проведенных в Европе, включая Россию. Пациенты распределяются на 4 группы в зависимости от риска смертельных сердечно-сосудистых осложнений в предстоящие 10 лет жизни.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017  
УДК 616.12-008.46-036.12-085.2

**Афонасков О.В., Олейников В.В. (vadvlad2005@rambler.ru), Попов А.В. (popovale78@mail.ru), Домитрак А.В. (domitrak@rambler.ru)** — Опыт применения серелаксина у пациентки с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности.

Центральный военный клинический госпиталь им. П.В.Мандрыка, Москва

*Представлен клинический случай успешного применения серелаксина у пациентки с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности на фоне повышения артериального давления. Показано, что применение серелаксина эффективно и гемодинамически безопасно.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* острая декомпенсация хронической сердечной недостаточности, серелаксин.

*Afonaskov O.V., Oleinikov V.V., Popov A.V., Domitrak A.V. — Experience with the use of serelaksin in a patient with acute decompensation of chronic heart failure. A clinical case of successful use of serelaksin in a patient with acute decompensation of chronic heart failure with high blood pressure is presented. It is shown that the use of serelaksin is efficient and hemodynamically safe.*

*К е у w o r d s:* acute decompensation of chronic heart failure, serelaksin.

Пациентка Г., 86 лет, находилась в течение 2 нед на лечении в кардиологическом отделении ЦВКГ им. П.В.Мандрыка с явлениями декомпенсации хронической сердечной недостаточности, затем переведена в ОРИТ в связи с ухудшением состояния: острой левожелудочковой недостаточностью, развивающимся отеком легких на фоне повышенного артериального давления.

*Анамнез.* В детстве часто страдала ангинами, перенесла ревмокардит, состояла на диспансерном учете, проводилась бициллинопрофилактика. С 2001 г. диагностируется стеноз устья аорты, недостаточность митрального клапана. Длительное время — ишеми-

Инструментальные диагностические вмешательства (кроме измерения артериального давления и записи электрокардиограммы) проводятся у лиц высокого риска (10-летний риск смерти по таблице SCORE находится в пределах 5–9%) и, разумеется, у лиц очень высокого риска (10-летний риск смерти по таблице SCORE 10% и более).

Основой профилактики ССЗ и их осложнений является оздоровление образа жизни и устранение (коррекция) факторов риска. Превентивные медикаментозные мероприятия направлены на контроль артериального давления, уровня глюкозы крови и/или гликированного гемоглобина, уровней общего холестерина и липидов низкой плотности. Несмотря на доказанную пользу аспирина в первичной профилактике, назначать его пациентам без сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний, согласно современным представлениям, не рекомендуется из-за высокого риска развития кровотечений.

ческая болезнь сердца в виде стенокардии напряжения на уровне 2-го функционального класса (инфаркты миокарда ранее отрицает), гипертоническая болезнь (максимальные цифры АД 220/120 мм рт. ст.), находится на постоянной терапии антигипертензивными препаратами. С 2003 г. диагностируется дисциркуляторная энцефалопатия смешанного генеза с редкими обморочными состояниями, с 2007 г. — железодефицитная анемия. В течение 3 лет прогрессируют явления хронической сердечной недостаточности (ХСН).

На момент госпитализации ХСН на уровне 2Б ст., рецидивирующий двухсторон-



**Биохимические маркёры (до/после)**

proBNP, нг/л	КФКобщ., Ед/л	ГГТП, Ед/л	Креатинин, мкмоль/л	Мочевина, ммоль/л
11300/5520	180/166	56/38	80,4/52,3	7,6/5,8

ний гидроторакс. За последний год 3 госпитализации в кардиологический стационар ЦВКГ им. П.В.Мандрыка по поводу декомпенсации ХСН.

При поступлении в ОРИТ состояние тяжелое, обусловленное декомпенсацией застойной сердечной недостаточности. Сознание ясное, элементы психомоторного возбуждения. Положение в постели пассивное, вынужденное – сидит с упором на плечевой пояс. Телосложение астеническое. Масса тела 55 кг. Кожный покров, видимые слизистые оболочки бледные, акроцианоз. Набухание и патологическая пульсация шейных вен. Периферические отеки нижних конечностей до середины бедер. Пульс ритмичный, 62 уд./мин, удовлетворительного наполнения. АД 170/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая – по правой парастеральной линии, верхняя – по III межреберью, левая – на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, над верхушкой выслушивается систолический шум. ЧДД 26 в минуту. Перкуторно над легкими коробочный звук, притупление перкуторного звука над нижними долями обоих легких, дыхательная экскурсия нижних краев легких справа и слева 2 см. Дыхание жесткое, в нижних отделах легких резко ослабленное. Выслушиваются влажные мелко и среднепузырчатые хрипы с обеих сторон. Симптомы раздражения брюшины не определяются. Печень +4 см. Диурез снижен, олигоурия.

При поступлении начата комплексная стандартная интенсивная терапия ХСН (инсуффляция кислорода через носовые канюли, морфин, диуретики, иАПФ, нитраты, антагонисты альдостерона). В течение 10 ч состояние пациентки оставалось тяжелым, эффективность терапии незначительная: уменьшилось количество хрипов над легкими, но сохранялись одышка при движениях в пределах постели, олигоурия, больная занимала вынужденное положение. Далее отмечено ухудшение состояния – клиническая картина развивающегося отека легких.

Выполнена ЭхоКГ – стеноз аортального клапана выражен умеренно, ср. аортальный градиент 8 мм рт. ст.

Принято решение о терапии серелаксином (препарат «Реасанз»), при этом имеющийся умеренно выраженный аортальный стеноз не является противопоказанием для применения данного препарата.

Продолжена комплексная стандартная терапия ХСН (диуретики, иАПФ, нитраты, антагонисты альдостерона) параллельно с инфузией препарата «Реасанз»: 2 мг в разведении до 250 мл 5% глюкозы вводились со скоростью инфузии от 10 до 5 мл/ч (17,5–35 мкг/кг/сут), средняя скорость введения 6 мл/ч (21 мкг/кг/сут). Длительность инфузии 48 ч.

На фоне терапии отмечено снижение выраженности признаков и симптомов острой декомпенсации сердечной недостаточности: отсутствие одышки в покое и при минимальной нагрузке, набухания и патологической пульсации шейных вен, уменьшились отеки нижних конечностей, увеличилась толерантность к нагрузке, восстановился темп диуреза, отмечено уменьшение количества хрипов над легкими. Также отмечено уменьшение потребности в диуретиках, начиная после 12 ч введения серелаксина: в первые 12 ч введено 120 мг лазикса, в последующем 40 мг/сут, оставленные в качестве базовой терапии ХСН.

Рентгенологически отек легких полностью купировался. Показатели ЭхоКГ (до/после): КДО ЛЖ, мл – 51/88; КСО ЛЖ, мл – 35/41; КДР ЛЖ, мм – 35/44; КСР ЛЖ, мм – 30/32; ФВ, % – 31/53; УО, мл – 16/47; МО, л/мин – 0,92/3,37; СДЛА – 43/38. Изменения биохимических маркёров представлены в таблице.

Наблюдается достоверное улучшение гемодинамических показателей, в частности УО, МО, ФВ; снижение биохимических маркёров сердечной недостаточности (proBNP), азотистых шлаков.

Критического снижения АДсист в течение инфузии не наблюдалось. Имеющееся снижение АД корригировалось снижением скорости инфузии серелаксина, которая при этом оставалась клинически эффективной. Инотропные средства дополнительно не применялись. Восстановление концентрационно-выделительной функции почек отмечено в течение 12 ч, что позволило отказаться от продолжения терапии высокими дозами петлевых диуретиков при сохранении минимальной стимуляции.

Таким образом, применение серелаксина при острой декомпенсации сердечной недостаточности эффективно и гемодинамически безопасно. При этом обеспечивается адекватное и быстрое купирование острой декомпенсации ХСН, восстановление темпа диуреза и чувствительность к диуретикам.