

риятный в 4 (80%) из 5 зарегистрированных наблюдений (табл. 5). Неблагоприятный перинатальный исход был обусловлен как тяжестью самого порока сердца, так и частым сочетанием с хромосомной патологией.

Таким образом, трансвагинальная эхокардиография с изучением четырехкамерного среза сердца, срезов «через три сосуда», через аорту и через основной ствол легочной артерии в В-режиме; цветовом доплеровском картировании и импульсной доплерографии, проведенная беременным с эхографическими маркерами, у плода является информативным методом для прене-

тальной диагностики АВК в ранние сроки беременности. Данная форма ВПС приводит к грубым эхографическим изменениям типичных срезов сердца и главных артерий, что позволяет диагностировать патологию уже в I триместре беременности. Использование для исследований современных высокоразрешающих ультразвуковых приборов, оснащенных функцией 3/4D, применение специальных режимов для изучения сердца плода значительно улучшает дородовую диагностику АВК в ранние сроки беременности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Медведев М.В.* Ультразвуковая пренатальная диагностика врожденных пороков сердца: Дисс. ...док. мед. наук. — М., 2001.
2. *Медведев М.В. и др.* Пренатальная эхография. — М.: Реальное время, 2005.
3. *Bonnetts P.L., Goldberg S.J., Copeland J.G.* Frequency of left atrioventricular regurgitation postoperatively after repair of complete atrioventricular defect // *Amer. J. Cardiol.* — 1994. — Vol. 74. — P.1157-1160.
4. *Daniels S.R.* Epidemiology // *Fetal and Neonatal Cardiology* / Ed. W.A. Long. — Philadelphia: PA, Saunders, 1990.
5. Fetal ultrasonographic examination in Europe // *Prenat. Diagn.* — 2001. — Vol. 21, № 4. — P.243-252.
6. *Game E., Stoll C., Clementi M. and EUROSCAN Group.* Evaluation of prenatal diagnosis of congenital heart diseases by ultrasound: experience from 20 European registries // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* — 2001. — Vol. 17, № 5. — P.386-391.
7. *Gembruch U., Germer U., Baschat A.A., et al.* Congenital heart defect: fetal septal defects // *Fetal Diagn. Ther.* — 1998. — Vol. 13, Suppl. 1. — P.144.
8. *Hafner E., Scholler J., Schuchter K., et al.* Detection of fetal congenital heart disease in a low-risk population // *Prenat. Diagn.* — 1998. — Vol. 18. — P.808-815.
9. *Levi S., Schaaps J.P., De Havay P., et al.* End-result of routine ultrasound screening for congenital anomalies: The Belgian
10. *Machado M.V., Crawford D.C., Anderson R.H., Allan L.D.* Atrioventricular septal defect in prenatal life // *Brit. Heart J.* — 1988. — Vol. 59. — P.352-355.
11. Multicentric Study 1984-92 // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* — 1995. — Vol. 5, № 6. — P.366-371.
12. *Rustico M.A., Benettoni A., D'Ottavio G., et al.* Fetal heart screening in low-risk pregnancies // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* — 1995. — Vol. 6, № 5. — P.313-319.
13. *Stoll C., Game E., Clementi M. and EUROSCAN Group.* Evaluation of prenatal diagnosis of associated congenital heart diseases by ultrasound: experience from 20 European registries // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* — 2001. — Vol. 17, № 5. — P.386-391.
14. *Stoll C., Alembik Y., Dott B., et al.* Evaluation of prenatal diagnosis of congenital heart disease // *Prenat. Diagn.* — 1998. — Vol. 18, № 8. — P.801-807.
15. *Tegnander E., Eik-Nes S.H., Johansen O.J., Linker D.T.* Prenatal detection of heart defects at the routine fetal examination at 18 weeks in a non-selected population // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* — 1995. — Vol. 5, № 6. — P.372-380.

Адрес для переписки:

660022, Россия, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 3 «Г», Сибирское отделение Российской Академии медицинских наук ГУ НИИ медицинских проблем Севера; Shevchenko25@rambler.ru, тел./факс (3912) 28-06-83

© КАЛЯГИН А.Н. — 2008

## ОЦЕНКА КОМПЛАЕНТНОСТИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ ПОРОКОВ СЕРДЦА И ФАКТОРЫ ЕЕ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ

А.Н. Калягин

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н., проф. Ю.А. Горяев, МУЗ «Клиническая больница №1 г. Иркутска», гл. врач — Л.А. Павлюк)

**Резюме.** В социологическом опросе 100 больных с хронической сердечной недостаточностью на фоне ревматических пороков сердца установлено, что частота нарушений режима приема лекарственных препаратов составляет 73%. Важнейшими причинами низкой комплаентности больных являются: страх перед привыканием (38,0%), забывчивость (27,0%), группа социально-экономических факторов (22%) и недоверие к врачу (17%).

**Ключевые слова:** хроническая сердечная недостаточность, ревматические пороки сердца, терапия, комплаентность.

## ESTIMATION OF COMPLAINS OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AND PNEUMATIC HEART DISEASES AND FACTORS DEFINING IT

A.N. Kalyagin

(Irkutsk State Medical University; Irkutsk Municipal Clinical Hospital №1)

**Summary.** In sociological questioning of 100 patients with chronic heart failure on a background of rheumatic heart diseases it is established, that frequency of infringements of a mode of reception of medicaments amounts to 73%. The major reasons of low complains of patients are: fear of accustoming (38%), forgetfulness (27%), group of socio-economic factors (22%) and mistrust to the doctor (17%).

**Key words:** chronic heart failure, rheumatic heart diseases, therapy, complains.

Долгое время приоритетным направлением в кардиологии являлось изучение проблем атеросклероза, ишемической болезни сердца и артериальных гиперто-

ний, что связывалось с их высокой медико-социальной значимостью для общества [1-3,7], однако новое понимание хронической сердечной недостаточности (ХСН),

рассмотрение ее как крупнейшей неинфекционной пандемии [1,2], позволило обратиться лицом к этому патологическому состоянию. Нескрываемый интерес к ХСН и в нашей стране, и за рубежом обусловлен не только ростом числа больных, но и плохим прогнозом заболевания, увеличением числа госпитализаций из-за декомпенсации (обострений) сердечной недостаточности, неудовлетворительным качеством лечения, ростом экономических затрат на борьбу с данным патологическим синдромом [5].

Данные зарубежных (американских и европейских) эпидемиологических исследований однозначно свидетельствуют о том, что ХСН до сих пор остается одним из самых распространенных, прогрессирующих и прогностически неблагоприятных состояний системы органов кровообращения. Известное Фремингемское исследование показывает, что в США, в популяции лиц старше 45 лет, число больных с клинически выраженной ХСН составляет примерно 2,5% или 5 млн. человек в абсолютных значениях [3,10]. Ежегодно это число пополняет еще 400-600 тыс. больных [9,11].

Терапия ХСН включает в себя четыре ключевых направления: 1) немедикаментозное, 2) медикаментозное, 3) хирургическое, 4) экспериментальное лечение. Все они в равной степени применяются в современной медицине, хотя последнее направление представляет собой перспективу будущего.

В соответствии с национальными и международными рекомендациями целями терапии ХСН являются: 1) устранение симптомов ХСН, 2) защита органов-мишеней от поражения, 3) снижение числа госпитализаций, 4) улучшение качества жизни, 5) улучшение прогноза [6].

Медикаментозная терапия составляет одну из важнейших основ терапии многих хронических неинфекционных заболеваний, в частности и ХСН. К сожалению, необходимо признать, что результаты крупных многоцентровых исследований демонстрируют клиническую значимость все большего числа лекарств и, что самое удивительное, их комбинаций. Потому больные вынуждены принимать не 1-2 лекарственных препарата, а 4-5 одновременно. Это вызывает существенные трудности, прежде всего, психологического плана, как у больных, так и у врачей. Взвесить пользу и вред отдельного препарата у конкретного больного иногда оказывается очень сложно и врач должен умело рулить корабль здоровья больного между рифами основных и побочных действий лекарств.

С учетом этого целью нашего исследования стала оценка приверженности к терапии (комплаентности) у больных с ХСН на фоне ревматических пороков сердца (РПС).

#### Материалы и методы

На базе Иркутского городского ревматологического центра МУЗ «Клинической больницы №1 г. Иркутска» проведен социологический опрос 100 последовательно обратившихся для очередного осмотра больных с РПС, верифицированным по данным анамнеза, клиническим признакам и эхокардиографии из общей выборки в 578 человек. Больные были в возрасте 32-64 лет. Критериями включения больных в исследование были: наличие ХСН по Фремингемским критериям и/или критериям Общества специалистов по сердечной недостаточности (2003), отсутствие активности ревматического процесса.

Оценка выраженности ХСН проводилась по стадиям, функциональным классам (классификация ОССН, 2003),

шкале В.Ю. Мареева (2000). Всем больным предварительно назначалась стандартная терапия ХСН, соответствующая Российским рекомендациям по диагностике и лечению ХСН 2 пересмотра (2007) [ ], включавшая ингибитор ангиотензинпревращающего фермента, бета-блокатор, диуретик, значительная часть больных получала спиронолактон и дигоксин.

Анонимная анкета социологического исследования включала вопросы о поле, возрасте больного, сроке болезни, спектре применяемых препаратов, а также о приверженности к лечению и о причинах отказа от приема отдельных препаратов (табл. 1). Исследование было одобрено локальным этическим комитетом. Все больные получали полную информацию о содержании работы.

Данные о результатах исследований представляли в виде абсолютных и относительных величин.

#### Результаты и обсуждение

В исследовании приняли участие 95 женщин и 5 мужчин в возрасте от 37 до 72 лет, стаж болезни которых составлял от 16 до 52 лет. Большинство больных регулярно (не реже 1 раза в квартал) наблюдается в поликлинике по месту жительства – 78%, наблюдаются реже 1 раза в квартал – 14% и стараются не обращаться в поликлинику – 8%. Наблюдение в поликлинике обычно осуществляет участковый врач-терапевт – 52%, кардиолог – 37% или ревматолог – 22%.

Большая часть больных считает, что наиболее важным является лечение в стационаре – 76%, меньшее число лиц отмечает, что важны оба этапа (и поликлиника, и стационар) – 19%, и лишь 5% отдают предпочтение поликлиническому этапу. В целом данная тенденция по преувеличению значимости стационарного этапа позволяет объяснить и феномен предпочтения мнения врача стационара перед врачом поликлиники.

Стационарное лечение чаще получается в терапевтическом отделении – 72% больных и лишь 24% в кардиологическом и 4% – в ревматологическом. Нами еще в 2002 году было отмечено, что доля больных с РПС в структуре госпитализированной заболеваемости в специализированное ревматологическое отделение уменьшилась до 7,4% [4], а несколько позднее и вовсе – до 4%. Несмотря на положительную оценку уменьшения встречаемости РПС, имеются особенности ведения ХСН у данной категории больных, требующей компетентного подхода и серьезной профессиональной оценки (профилактика вторичного инфекционного эндокардита, оценка вероятности повторной ревматической лихорадки и необходимости бициллинопрофилактики, правильный подбор медикаментозной терапии с учетом гемодинамических особенностей пороков и определение показаний к оперативной коррекции), что не всегда бывает доступно в общетерапевтических отделениях.

Многие больные очень формально относятся к лечению в стационаре и видят его основной целью ключевой этап освидетельствования на очередной срок на группу инвалидности – 48%, что показывает низкую приверженность к терапии среди больных этой группы. Часть обращаются в стационар с целью лечения, направленного на профилактику ухудшения течения РПС и ХСН – 21%, для подбора и коррекции принимаемой терапии – 12%, а также для лечения ухудшения заболевания – 7%. Часть больных называет несколько поводов для госпитализации – 12%, причем наиболее часто при этом звучат подбор и коррекция терапии и профилактика ухудшения заболевания.

Очень сильна среди больных приверженность к

## Анкета изучения комплаентности больных

Глубокоуважаемый пациент! Вам предлагается заполнить анкету, которая позволит нам изучить Вашу приверженность к лечению заболевания и причины, которые могут отрицательно влиять на нее. Просим Вас отвечать на вопросы откровенно, подчеркивая правильный вариант ответа или вписывая его в соответствующую графу, большое спасибо за понимание!

<p>1. Назовите Ваш пол: а) мужской, б) женский.</p> <p>2. Укажите Ваш возраст: _____ лет.</p> <p>3. Сколько лет Вы болеете (или Вам выставляется диагноз) ревматическим пороком сердца? _____ лет</p> <p>4. Наблюдаетесь ли Вы регулярно в поликлинике по месту жительства? а) да (не реже 1 раза в 3 месяца), б) зачастую (не реже 1 раза в 6 месяцев), в) нет.</p> <p>5. Какой врач Вас наблюдает чаще всего? а) ревматолог, б) кардиолог, в) участковый терапевт.</p> <p>6. По Вашему мнению, лечение в поликлинике или в стационаре важнее для поддержания стабильного течения Вашей болезни и уменьшения её прогрессирования? а) в поликлинике, б) в стационаре, в) и тот, и другой этап важны.</p> <p>7. В каком отделении стационара Вы чаще всего получаете лечение по поводу ревматического порока сердца? а) в терапии, б) в кардиологии, в) в ревматологии, г) в другом отделении.</p> <p>8. Как Вы считаете, основной задачей стационарного лечения является: а) профилактика ухудшения, б) лечение ухудшения, в) подбор и коррекция терапии, г) оценка состояния здоровья для переосвидетельствования на группу инвалидности.</p> <p>9. Вы считаете, внутривенные введения («капельницы») или прием таблетированных лекарственных препаратов важнее в лечении Вашего заболевания? а) внутривенные введения, б) таблетки, в) и тот, и другой методы.</p> <p>10. Какие лекарственные препараты Вы принимаете ежедневно? а) бета-блокаторы (конкор, эгилок, атенолол, карведилол, небилет, беталок-3ОК), б) ингибиторы АПФ (эналаприл, эднит, диротон, престариум, аккупро), в) антагонисты кальция (норваск, нормодипин, кордафлекс), г) мочегонные (индапамид, верошпирон, спирикс, лазикс, фуросемид, диувер, триампур), д) статины (вазилип, аторис, тулип, крестор, липримар, симвастатин),</p>	<p>е) антикоагулянты (варфарин, фенилин), ж) антиагреганты (аспирин, плавикс, зилт), з) сердечные гликозиды (дигоксин), и) метаболические препараты (предуктал, милдронат), к) другие препараты (перечислите какие) _____.</p> <p>11. Принимаете ли Вы все перечисленные лекарства ежедневно? а) да, б) нет, в) чередую (один день принимаю одни, а другой день – другие), принимаю нерегулярно.</p> <p>12. С какой причиной (-ами) чаще всего связаны пропуски приема лекарств? а) часто забываю принять, б) непонимаю необходимости приема нескольких препаратов, в) необходимо сделать передышку, чтобы не «отравить» организм лекарствами, г) боюсь привыкания, д) не могу приобрести все препараты или неотоваривают рецепт, е) разные врачи назначают разные лекарства и я не знаю, что пить, ж) возникают побочные эффекты, з) невнимательное отношение к себе.</p> <p>13. Советуетесь ли Вы с врачом, когда решаете отказаться на время от приема препаратов? а) да, б) нет, в) после отказа от приема.</p> <p>14. От приема каких лекарственных препаратов Вы чаще всего отказываетесь? а) бета-блокаторы (конкор, эгилок, атенолол, карведилол, небилет, беталок-3ОК), б) ингибиторы АПФ (эналаприл, эднит, диротон, престариум, аккупро), в) антагонисты кальция (норваск, нормодипин, кордафлекс), г) мочегонные (индапамид, верошпирон, спирикс, лазикс, фуросемид, диувер, триампур), д) статины (вазилип, аторис, тулип, крестор, липримар, симвастатин), е) антикоагулянты (варфарин, фенилин), ж) антиагреганты (аспирин, плавикс, зилт), з) сердечные гликозиды (дигоксин), и) метаболические препараты (предуктал, милдронат), к) другие препараты (перечислите какие) _____.</p>
--	--

внутривенным инфузиям лекарственных препаратов, которые они считают панацеей от всех бед и настойчиво просят провести медицинский персонал отделений, куда они госпитализируются. Хотя при РПС имеется известный риск возникновения инфекционного эндокардита, тромботических осложнений и др. на фоне необоснованной и нерациональной парентеральной терапии. По результатам опроса в силу инъекций верит 67% больных, осознают важность таблетированных препаратов, которые зачастую являются средствами базисной терапии, – 27%, а равно важными оценивают инъекционный и пероральный пути введения – 6%.

Среди лекарственных препаратов больные упоминают применение практически всех групп лекарств, перечисленных в предложенном списке, что говорит о широте кругозора врачей и понимании значимости каждого препарата для ведения больных с ХСН. Наиболее

часто отказы происходили от приема статинов, которые назначались при наличии дислипидемии, антикоагулянтов и ингибиторов АПФ или рецепторов, а наименьшее число отказов отмечалось от приема антагонистов кальция, антиагрегантов и метаболических препаратов (табл. 2).

Среди респондентов 67% больных модифицируют прием лекарств (допускают отказы от отдельных медикаментов, чередуют их прием в разные дни, устанавливают самостоятельно курсы приема того или иного препарата), еще 6% – не принимают их совсем, только 27% больных принимает лекарства постоянно. По-сути, данная ситуация очень напоминает правило половинок, описанное для больных с артериальной гипертонией, когда только 50% больных знает, что у них повышено АД, из них 50% – принимают лекарства по этому поводу и из последних 50% – принимают лекарства для достижения

эффективного контроля над артериальной гипертензией [8]. Фактически, по данным опроса установлено, что 73% больных допускают разного рода огрехи при проведении медикаментозной терапии своего заболевания.

**Частота применения различных групп лекарственных препаратов и отказов от их приема**

Группа лекарственных препаратов	Частота назначения, % (n=100)	Частота отказов от приема (за 100% принята частота назначения), чел. (%)
Ингибиторы АПФ/антагонисты рецепторов к ангиотензину	74,0	19 (25,7%)
Бета-блокаторы	38,0	7 (18,4%)
Диуретики	82,0	16 (19,0%)
Антагонисты кальция	22,0	2(9,1%)
Сердечные гликозиды	25,0	4 (16,0%)
Антикоагулянты	31,0	9 (29,0%)
Антиагреганты	48,0	7 (15,6%)
Метаболические	64,0	6 (9,4%)
Статины	12,0	8 (66,6%)
Другие препараты	46,0	13 (28,3%)

Среди причин, приведших к отказу от приема медикаментов, выделялись страх перед привыканием (38,0%), забывчивость (27,0%), группа социально-экономических факторов (22%) и недоверие к врачу (17%) (табл. 3). Объективными трудностями отказ был мотивирован только в 14,0% случаев, когда больные отмечали побочные эффекты лекарственных препаратов. Несмотря на различные формулировки, фактически ключевые причины изменения режима приема медикаментов можно свести к недостаточной информированности больных о своем заболевании и методах его лечения. Причины этого – пассивная позиция врача, негативное влияние СМИ, которые создают иллюзию частых врачебных ошибок и низкой компетентности медицинских работников, широкое использование синонимичных названий, которые относятся к одному и тому же действующему веществу или замены одного препарата другим из той же фармакологической группы, что создает эффект неуверенности врача (или разных врачей) в своих назначениях.

Зачастую решение об отмене препарата или модификации его приема принимается больным самостоятельно, без консультации с врачом (45%) или спустя

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Лечение сердечной недостаточности в XXI веке: достижения и уроки доказательной медицины // Кардиология. – 2008. – Т.48, № 2. – С.6-16.
2. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. Хроническая сердечная недостаточность: Избранные лекции по кардиологии. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 432 с.
3. Дзизинский А.А., Фукс А.Р. Хроническая сердечная недостаточность. – Иркутск, 1995. – 202 с.
4. Калягин А.Н., Горяев Ю.А., Казанцева Н.Ю., Литецкая О.В. Особенности современного течения ревматизма по данным Иркутского городского ревматологического центра // Материалы Международной научной конференции. // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2002. – № 2. – С.36-37.
5. Малая Л.Т., Горб Ю.Г. Хроническая сердечная недостаточность. – М.: Эксмо, 2004. – 960 с.
6. Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П. и др. Российс-

Адрес для переписки:

664046, Иркутск, а/я 62, Калягин Алексей Николаевич – доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ИГМУ, зам. главного врача по терапии МУЗ «Клинической больницы №1 г. Иркутска». E-mail: akalagin@mail.ru

какое-то время после этого (21%) и только 7% обращаются к врачу перед отменой лекарственных препаратов или модификацией его приема. В целом необходимо подчеркнуть, что существуют объективные причины,

Таблица 2

которые могут потребовать от больного самостоятельного изменения режима приема лекарств. Это, например, отмена антикоагулянтов и/или антиагрегантов при возникновении геморрагических нарушений, увеличение дозы диуретиков при увеличении массы тела на 1 кг за 3 дня и т.д.

Таким образом, установлено, что 73% больных с РПС и ХСН имеют низкую приверженность к медикаментозной терапии. Наиболее существенными причинами низкой комплаентности являются страх перед привыканием (38,0%), забывчивость

Таблица 3

**Важнейшие причины отказов от приема лекарств**

Причина	Частота, %
Забывчивость	27,0
Непонимание смысла приема лекарства	12,0
Страх перед привыканием	38,0
Социально-экономические факторы (высокая цена, невозможность получить лекарство по рецепту)	22,0
Недоверие к врачу	17,0
Побочные эффекты	14,0
Невнимательное отношение к себе	5,0

(27,0%), группа социально-экономических факторов (22%) и недоверие к врачу (17%). Важной проблемой являются ложные убеждения больных о более высокой значимости стационарного, а не амбулаторного этапа лечения, о необходимости инфузионной терапии для каждого.

- кие национальные Рекомендации ВНОК И ОССН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр) // Журнал сердеч. недостаточн. – 2007. – Т.8, № 1. – С.1-36.
7. Cleland J.G.F., Swedberg K., Follath F., et al. The Euro-Heart survey programme—a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis // Eur. Heart. J. – 2003. – Vol. 24. – P.442-463.
8. Colhoun H.M., Dong W., Pauler N.R. Blood pressure screening? Management and control in England: result from the heart survey for England. 1994 // J. Hypertension. – 1998. – Vol. 16. – P.747-752.
9. Congestive Heart Failure in the United States: A new epidemic, 1996. – Bethesda: U.S. Department of Health and Human Services - 1999.
10. Ho K.K., Pinsky J.L., Kannel W.B., et al. The epidemiology of heart failure. The Framingham Study // J. Am. Coll. Cardiol. – 1993. – Vol. 22, Suppl. A. – P.6-13.
11. Tavazzi L. Epidemiological burden of heart failure // Heart. – 1998. – Vol. 79, Suppl. S. – P.6-9.