

эмбриона — гликоделина;

- комплексная диагностика, включающая в себя морфологические, бактериологические, эхографические, доплерометрические и иммуноферментные методы, позволяет дать точную оценку состояния эндометрия, провести эффективную предгравидарную подготовку и избежать повторных потерь беременности. При выявлении низких уровней гликоделина необходимо подобрать этиотропное лечение в зависимости от

инфекционного агента с последующим комплексным воздействием на процессы восстановления функции эндометрия (э/форез с медью, грязелечение и др.);

- беременность должна планироваться после повторной оценки функционального состояния эндометрия не менее чем через 6 месяцев предгравидарной подготовки, контроля излеченности на ИППП, нормальных показателях уровней гликоделина больше 160000 нг/мл и прогестерона больше 32 нмоль/мл.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болтовская М.Н. а2-Микроглобулин фертильности (гликоделин) как маркер функциональной активности эндометрия // Проблемы репродукции. — 2000. — № 6. — С. 13-15.
2. Гнипова В.В. Оптимизация патогенетической терапии у женщин с привычным невынашиванием беременности I триместра на основании исследования состояния эндометрия: Автореф. дисс...канд. мед. наук. — М., 2003. — С.12.
3. Корнеева И.Е., Шуришалина А.В., Феоктистов А.А. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению. — М.: Медицина, 2005. — С.616.
4. Курьяк А.Н. Трансвагинальный цветовой доплер: бесплодие, вспомогательная репродукция, акушерство. — СПб., 2001. — С.294.
5. Серова О.Ф. Морфофункциональное состояние эндометрия при хроническом эндометрите у пациенток с ранней потерей беременности // Материалы 6 Российского научного Форума «Мать и Дитя». — М., 2003. — С.321.
6. Серов В.Н., Тихомиров Д.Н. Современные принципы терапии воспалительных заболеваний женских половых органов. — М.: Медицина, 2002. — С.19.
7. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. — М.: Медпресс, 2002. — С.36-39, 150.
8. Сидорова И.С., Шешукова Н.А. Неразвивающаяся беременность // Гинекология. — 2007. — Т. 8, № 2. — С.4-7.
9. Тетруашвили Н.К. Диагностическая и прогностическая значимость определения цитокинов у больных с привычным невынашиванием беременности: Дисс... канд. мед. наук. — М., 2000. — С.43-46.
10. Шуришалина А.В. Хронический эндометрит у женщин с патологией репродуктивной функции: Автореф. дисс... докт. мед. наук. — М., 2007. — С.32-35.
11. Bolton A.E., Clough K.J., Stoker R.J., Pockley A.G. Identification of placental protein 14 as an immunosuppressive factor in human reproduction // Lancet. — 1987. — P.593-595.

Адрес для переписки:

670013 г. Улан-Удэ, проспект Строителей 1, E-mail: onohoi@inbox.ru

Балханов Юрий Содномович — аспирант кафедры, заместитель главного врача по лечебной работе МУЗ «Городской родильный дом №2»

© ШЕВЧЕНКО Е.А. — 2008

РАННЯЯ ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОБЩЕГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО КАНАЛА С ПОМОЩЬЮ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ

Е.А. Шевченко

(ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, г. Красноярск, директор — член-корр. РАМН, проф. В.Т. Манчук, Родильный дом №5, г. Красноярск, гл. врач — Е.К. Фадеева)

Резюме. Атриовентрикулярный канал (АВК) представляет собой спектр сердечных аномалий, включающих дефекты межжелудочковой и межпредсердной перегородок с расщеплением атриовентрикулярных клапанов. При этом дефекты перегородок сливаются и образуют общий атриовентрикулярный клапан, ограниченный фиброзным кольцом, несущим пять створок. В 2003-2007 гг. зарегистрировано 5 (2,75%) случаев данного порока, сердца у плода/новорожденного. Ранняя пренатальная диагностика полной формы атриовентрикулярного канала оказалась возможной у 3 (60%) из 5 плодов в срок от 12 недель 4 дней до 16 недель 0 дней, в среднем 13 недель 6 дней беременности. В двух наблюдениях диагноз врожденного порока сердца не был установлен в дородовом периоде. При проведении ультразвукового исследования в конце I начале II триместра у всех плодов с атриовентрикулярным каналом имело место расширение воротникового пространства, численные значения которого варьировали от 4,1 до 8,6 мм и в среднем составили 5,9 мм. Гипоплазия/аплазия костей носа отмечена у всех плодов, патологические кривые скорости кровотока в венозном протоке зарегистрированы у 2 плодов. У одного плода дополнительно обнаружены единственная артерия пуповины и патологическая регургитация на общем атриовентрикулярном клапане. Хромосомная патология была зарегистрирована у 3 (60%) из 5 плодов с общим предсердно-желудочковым каналом. Во всех трех наблюдениях был диагностирован синдром Дауна. Экстракардиальные аномалии отмечены у 2 (40%) из 5 плодов с общим предсердно-желудочковым каналом: в одном наблюдении была диагностирована пиелоэктазия левой почки, в другом — интралобарная легочная секвестрация. Исход беременности у плодов/новорожденных с общим предсердно-желудочковым каналом чаще был отмечен как неблагоприятный в 4 (80%) из 5 зарегистрированных наблюдений. Неблагоприятный перинатальный исход был обусловлен как тяжестью самого порока сердца, так и сочетанием его с хромосомной патологией.

Ключевые слова: врожденный порок сердца, атриовентрикулярный канал, дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, расщепление атриовентрикулярных клапанов, трансвагинальная эхокардиография, ранняя пренатальная диагностика.

EARLY PRENATAL DIAGNOSTICS OF GENERAL ATRIOVENTRICULAR CANAL BY TRANSVAGINAL ECHOCARDIOGRAPHY

E.A. Shevchenko

(State Scientific Research Institute of Medical Problems of North Siberian Department of Russian Academy of Medical Sciences, Krasnoyarsk; Krasnoyarsk Maternity Home №5)

Summary. Atrioventricular canal (AVC) is a spectrum of heart anomaly including defects of ventricular septum and atrial septum with splitting of atrioventricular valves. At that the defects of septums are connected together and form general atrioventricular valve, limited by fibrous ring carrying five leaves. In 2003–2007 years registered 5 events (2,75%) of this heart disease of foetus/newborn. Early prenatal diagnostics of full form of atrioventricular canal became possible in 3 (60%) of 5 foetus on term from 12 weeks 4 days to 16 weeks 0 days, 13 weeks 6 days of pregnancy on average. During two observations inborn heart disease was not diagnosed in pre-birth period. During ultrasonic investigation at the end of the I – beginning of the II terms of all foetuses with atrioventricular canal there was widening of collar area varied from 4,1 to 8,6 mm; 5,9 mm on average. Hipoplasia/aplasia of nose was bones marked at all foetuses, pathological curves of blood flow speed in venous canal were registered on two foetuses. At one foetus there was discovered additionally single artery of navel-string and pathological regurgitation on general atrioventricular valve. Chromosome pathology was registered in 3 (60%) of 5 fetuses with general atrial-ventricular canal. In all three observations the Down's Syndrome was registered. Extracardial anomalies were in two (40%) of 5 foetuses with general atrial-ventricular canal: in one observation pyeloectasia of left kidney was diagnosed, in another – intralobar pulmonary sequestration. The pregnancy termination of foetuses/newborn with general atrial – ventricular canal more often was negative in 4 (80%) of 5 registered observations. Negative perinatal termination caused by both the severity of the heart disease and combination of its chromosome pathology.

Key words: congenital heart disease, atrioventricular canal, the defect of ventricular septum, the defect of atrial septum, splitting of atrioventricular valves, transvaginal echocardiography, early prenatal diagnostics.

Врожденные пороки сердца (ВПС) являются одной из основных причин перинатальной и младенческой смертности. Атриовентрикулярный канал (АВК) представляет собой спектр сердечных аномалий, включающих дефекты межжелудочковой и межпредсердной перегородок с расщеплением атриовентрикулярных клапанов. Частота этого порока сердца составляет 0,15–0,44 на 1000 новорожденных [4]. До 50% случаев АВК сочетается с хромосомной патологией: при синдроме Дауна – до 60%, при трисомии – от 18 до 25% [10].

Различают две формы данного порока сердца: полную и неполную. При неполной форме отмечается разделение атриовентрикулярных клапанов. При этой форме порока обычно существует коммуникация между предсердиями или между левым желудочком и правым предсердием. Правый атриовентрикулярный канал чаще сформирован правильно, левый обычно имеет три створки; между передней и задней створками отмечается щель.

Полная форма АВК характеризуется сочетанием первичных дефектов межпредсердной и межжелудочковой перегородок с расщеплением створок обоих атриовентрикулярных клапанов. При этом дефекты перегородок сливаются и образуют общий атриовентрикулярный клапан, ограниченный фиброзным кольцом, несущим пять створок.

Пренатальная эхокардиографическая диагностика полной формы АВК обычно не вызывает трудностей и основывается на обнаружении дефекта нижней части межпредсердной и верхней части межжелудочковой перегородок с образованием единого атриовентрикулярного клапана. При затруднениях в интерпретации интракардиальных структур целесообразно использовать режим кинопетли, который позволяет детально оценить особенности движения створок общего атриовентрикулярного клапана и установить правильный диагноз. Дополнительное использование ЦДК при ОПЖК позволяет отчетливо визуализировать единый поток крови через общий атриовентрикулярный клапан [1,2,5].

По данным E. Tegnanter и соавт. [15], внедрение обязательной оценки четырехкамерного среза сердца при скрининговом обследовании плода в 18 недель беременности в Норвегии позволило увеличить выявляемость АВК с 33 до 50%. S. Levi и соавт. считают, что на выявляемость ВПС существенное влияние оказывает квалификация специалистов и позволяет установить данную нозологическую форму ВПС в 86% наблюдений [9]. С. Stoll и соавт. [14] в ходе проведенных исследований установили, что чувствительность эхографии в диагнос-

тике АВК при скрининговом обследовании в северо-восточных провинциях Франции составляет 60%. При этом средний срок установления диагноза составил 24 недели. В случаях изолированного порока точный пренатальный диагноз был установлен в 37,5% случаев, а при его сочетании с другими аномалиями – в 85,7%. M. Rustico и соавт. [12] удалось пренатально диагностировать АВК в 20–22 недель в одном из крупных регионов Италии в 83% случаев.

Согласно данным мультицентрового анализа, осуществленного в 12 европейских странах, точность пренатальной диагностики изолированного АВК в конце 90-х годов составила в среднем 56% [7,11], а при его сочетании с другими пороками – 66,6% [6]. В исследованиях E. Hafner и соавт. [8] в Венском центре пренатальной диагностики, выявляемость АВК у плода составила 100%.

Важным прогностическим критерием при АВК является наличие недостаточности атриовентрикулярного клапана, которая легко обнаруживается при доплероэхокардиографическом исследовании. Обнаружение недостаточности общего атриовентрикулярного клапана является плохим прогностическим признаком.

В исследованиях U. Gembruch и соавт. [13] недостаточность общего атриовентрикулярного клапана была обнаружена у 17 из 21 плода с полной формой АВК. Важен тот факт, что у всех плодов с признаками неиммунной водянки была выявлена голосистолическая регургитация, а у плодов без водянки регургитационный поток занимал только часть систолы или отсутствовал. По-видимому, недостаточность общего атриовентрикулярного клапана является одним из прямых объяснений развития неиммунной водянки у плодов с АВК [3]. В исследованиях Медведева М.В. также у всех плодов с АВК и неиммунной водянкой была обнаружена выраженная голосистолическая регургитация. Во всех этих случаях отмечены перинатальные потери [1,2].

Прогноз при АВК в большинстве случаев неблагоприятный, так как этот порок часто сочетается с другими аномалиями и хромосомными дефектами. В этих случаях оправдано прерывание беременности. Согласно данным мультицентрового анализа, осуществленного в 12 европейских странах, в случаях пренатальной диагностики АВК прерывание беременности было осуществлено в 48,7% случаев преимущественно при выявлении хромосомных дефектов и сочетанных аномалий [9]. При изолированной форме порока и адекватно проведенной операции выживаемость с благоприятным исходом отмечена в 80% случаев [8].

Цель работы – изучить возможности трансвагиналь-

ной эхокардиографии, проведенной в консультативном режиме для ранней пренатальной диагностики сложного врожденного порока сердца у плода – общий атриовентрикулярный канал.

Материалы и методы

В 2003–2007 гг. зарегистрировано 5 (2,75%) случаев АВК у плода/новорожденного. Возраст пациенток исследуемой группы варьировал от 23 до 39 лет и в среднем составил 28,8 лет. Ультразвуковые исследования проведены на приборах LOGIC 700 pro series, VOLUSON 730 PRO и VOLUSON 730 EXPERT с использованием В-режима, режима ЦДК и импульсной доплерографии. Кроме того, для ранней пренатальной диагностики использованы режимы 3/4D для исследования сердца плода: технология DiagnoSTIC, TUI, inversion, glass body. Цитогенетические исследования выполнены в клинической лаборатории родильного дома №5 и Краевом Диагностическом центре медицинской генетики. Патологоанатомическая верификация пренатального диагноза в случаях медицинского прерывания беременности во II триместре проводилась в Красноярском краевом патологоанатомическом бюро при участии врачей ультразвуковой диагностики нашего отделения, врача-генетика.

Результаты и обсуждение

Результаты пренатальной диагностики данной нозологической формы врожденного порока сердца представлены следующим образом: ранняя пренатальная диагностика оказалась возможной у 3 (60%) из 5 пло-

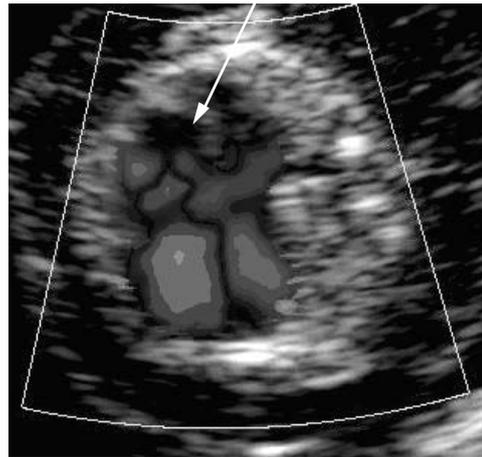


Рис. 2. Беременность 12 недель 4 дня. Трансвагинальное сканирование. Режим цветовой доплеровской картографии. Отчетливо видны дефект межжелудочковой перегородки (указан стрелкой) и единый поток крови через общий атриовентрикулярный клапан.

нострированными во второй половине беременности, данная нозологическая форма не зарегистрирована.

Во всех представленных в таблице 1 наблюдениях у

Таблица 1

Ранняя пренатальная диагностика атриовентрикулярного канала

№	Возраст, лет	Срок беременности, недель/дней	Интракардиальные проявления порока
1.	27	12/4	Кардиомегалия, первичные дефекты межжелудочковой и межпредсердной перегородок, гипертрофия миокарда, гидроперикард, регургитация на общем атриовентрикулярном клапане.
2.	39	16/0	Первичные дефекты межжелудочковой и межпредсердной перегородок.
3.	23	12/6	Первичные дефекты межжелудочковой и межпредсердной перегородок, гипертрофия миокарда, дилатация коронарных артерий.

дов в срок от 12 недель 4 дней до 16 недель 0 дней, в среднем 13 недель 6 дней беременности (табл. 1). В двух (40%) наблюдениях диагноз врожденного порока сердца – АВК – не был установлен в дородовом периоде. В группе плодов с врожденными пороками сердца, диаг-

вентрикулярного клапана (рис. 1).

Дополнительно для уточнения пренатального диагноза использовали режим цветовой доплеровской картографии, при котором отчетливо визуализировал-

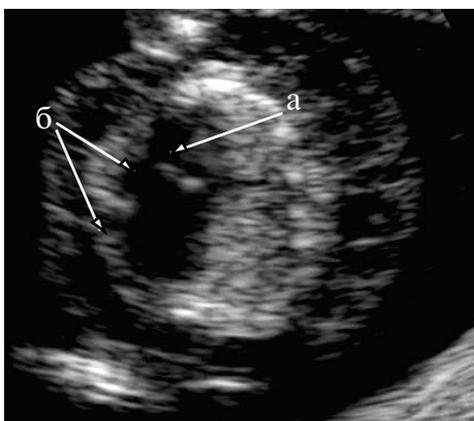


Рис. 1. Беременность 12 недель 4 дня. Трансвагинальное сканирование. Кардиомегалия. Отчетливо видны дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок (а) и общий атриовентрикулярный клапан (б).

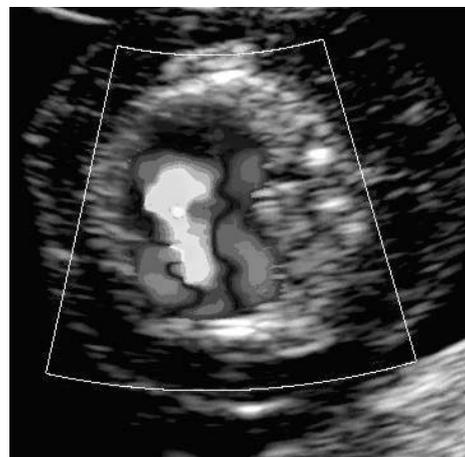


Рис. 3. Беременность 12 недель 4 дня. Трансвагинальное сканирование. Режим цветовой доплеровской картографии. Регургитация через общий атриовентрикулярный клапан.

ся единый поток крови через общий атриовентрикулярный клапан (рис. 2).

Регистрация регургитации через общий клапан являлась неблагоприятным прогностическим признаком (рис. 3).

Пренатальная диагностика эхографических маркеров и экстракардиальных аномалий у плодов с АВК, диагностированным в ранние сроки беременности

№	ТВП, мм	Эхографические маркеры ХА	Экстракардиальные пороки	Кариотип плода
1.	8,6	Аплазия костей носа, патологические КСК в венозном протоке, регургитация на общем атриовентрикулярном клапане, ЕАП.	–	47,XY,+21
2.	5,0	Гипоплазия костей носа	–	47,XX,+21
3.	4,1	Гипоплазия костей носа, патологические КСК в венозном протоке.	Пиелоектазия левой почки.	46,XY

При проведении ультразвукового исследования в конце I начале II триместра беременности уделяли внимание изучению ультразвуковой анатомии плода и эхографических маркеров хромосомных аномалий. Спектр, зарегистрированных нами эхографических маркеров представлен в таблице 2, из которой следует, что у всех плодов имело место расширение воротникового пространства, численные значения которого варьировали от 4,1 до 8,6 мм и в среднем составили 5,9 мм (рис. 4).



Рис. 4. Беременность 12 недель 4 дня. Трансвагинальное сканирование. Трехмерная реконструкция. Расширение воротникового пространства у плода до 8,6 мм.

Дополнительно у всех плодов были зарегистрированы и другие эхографические маркеры. Гипоплазия/аплазия костей носа отмечена у всех плодов, патологи-

ческие кривые скоростей кровотока в венозном протоке зарегистрированы у 2 плодов. У плода в наблюдении 1 дополнительно обнаружены единственная артерия пуповины и патологическая регургитация на общем атриовентрикулярном клапане. Из двух плодов с общим

Таблица 2

предсердно-желудочковым каналом, не диагностированным нами пренатально, лишь у одного были отмечены «дефицит» копчико-теменного размера и эпизоды брадикар-

дии (табл. 3). Таким образом, 4 (80%) из 5 плодов с АВК имели эхографические маркеры (табл. 4).

Таблица 4

Спектр эхографических маркеров, зарегистрированных у плодов с АВК

Эхографические маркеры ХА	n	%
Расширение воротникового пространства	3	75
Гипоплазия/аплазия костей носа	3	75
Патологические кривые скоростей кровотока в венозном протоке	2	50
Регургитация на общем атриовентрикулярном клапане	1	25
Единственная артерия пуповины	1	25
«Дефицит» копчико – теменного размера плода	1	25
Нарушения сердечного ритма (эпизоды брадикардии)	1	25

Хромосомная патология была зарегистрирована у 3 (60%) из 5 плодов с общим предсердно-желудочковым каналом. Во всех трех наблюдениях был диагностирован синдром Дауна: у 2 плодов в пренатальном периоде, в 1 наблюдении – постнатально.

Таблица 5

Исход беременности при с АВК у плода/новорожденного

Исход беременности	n	%
Прерывание беременности по медицинским показаниям	3	60
Срочные роды	1	20
Неонатальная смертность новорожденного	1	20

Экстракардиальные аномалии были диагностированы в пренатальном периоде (во II половине беременности) у 2 (40%) из 5 плодов с общим предсердно-желудочковым каналом: в одном наблюдении была диагно-

Таблица 3

Пренатальная диагностика эхографических маркеров и экстракардиальных аномалий у плодов с АВК, не диагностированным в дородовом периоде

№	ТВП, мм	Эхографические маркеры ХА	Экстракардиальные пороки	Кариотип плода/ новорожденного
1.	2,0	«Дефицит» КТР, эпизоды брадикардии	–	47,XX,+21
2.	1,0	–	Интралобарная легочная секвестрация	46,XY,inv(9)(p12;q13) pat+

Примечание: ХА – хромосомные аномалии; КТР – копчико-теменной размер плода.

стирована пиелоектазия левой почки, в другом – интралобарная легочная секвестрация.

Исход беременности у плодов/новорожденных с общим предсердно-желудочковым каналом чаще был отмечен как неблагоп-

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 RHEUMATIC 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),