Беграмбекова Ю. Л., Мареев В. Ю.
ФГБОУ ВПО «МГУ им. М. В. Ломоносова», 119991, Москва, ГСП-1, Ленинские горы, д. 1

Станет ли пациент с сердечной недостаточностью «пациентом–экспертом»?

УДК 616.12–008.64–036.12:371.31/39–052

Ключевые слова: амбулаторные пациенты, обучение больных, ХСН

Keywords: outpatients, training of patients, CHF

Ссылка на эту статью: Беграмбекова Ю. Л., Мареев В. Ю. Станет ли пациент с сердечной недостаточностью «пациентом–экспертом»? Журнал Сердечная Недостаточность. 2014;83 (2):110–120

Резюме

В обзоре представлено современное состояние проблемы обучения и амбулаторного наблюдения больных ХСН. Рассмотрены характеристики больных ХСН, обусловливающие сложности в реализации обучающих программ.

Summary

The review presents the up-to-date status of education and outpatient management of patients with CHF. Characteristics of CHF patients, which may complicate implementation of educational programs, are under discussion.

В лечении СН основными целями являются продление жизни и улучшение ее качества. Для успешного лечения требуется соблюдение режима медикаментозной терапии и внедрение комплекса мер по изменению образа жизни пациентов, в частности, соблюдение диеты и режима физической активности. В связи с этим все большее внимание уделяется проблемам эффективного взаимодействия между пациентом и врачом и активного вовлечения больного в процесс лечения. В данной статье будут рассмотрены перспективы и проблемы, связанные с внедрением программ, призванных вовлечь пациентов в управление здоровьем при ХСН. Концепция «пациента–эксперта» была впервые предложена министром здравоохранения Великобритании в 2001 году и с тех пор вызывала постоянные дебаты в медицинском сообществе. Под «пациентом–экспертом» предлагалось понимать «...человека, страдающего хроническим заболеванием, который обладает достаточными знаниями, навыками и информацией для того, чтобы занимать центральное место в управлении своей жизнью» [1, 2]. Многие английские врачи тогда с настороженностью отнеслись к возможности передачи прав по управлению собственным здоровьем пациенту. По свидетельству нескольких опросов, проводившихся вскоре после объявления новой стратегии в области здравоохранения, только 21% врачей поддержали инициативу правительства. Негативные отзывы включали опасения по поводу увеличения нагрузки на врачей общего профиля (58%) и возрастания расходов на лечение (42%) [3]. Исследование MORI в 2003 г. показало, что 63% врачей ожидают с появлением более информированных пациентов увеличения рабочей нагрузки [4]. Таким образом, пациент–эксперт многими докторами воспринимался, как «слишком требовательный, несговорчивый и отнимающий все рабочее время». В 2013 году, спустя 12 лет после представления новой концепции, программы управления болезнью (УБ), или, может быть, правильнее было бы сказать – управления жизнью в условиях наличия хронического заболевания – создаются во всех развитых странах. Это обусловлено не только медицинской необходимостью, но и острой потребностью в снижении и оптимизации расходов, связанных с постоянно растущим социальным и экономическим бременем наиболее распространенных хронических заболеваний, таких как СД 2 типа, ИБС, ХСН, БА, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и ревматоидный артрит [5]. Считается, что программы УБ будут приводить к повышению приверженности пациентов к лечению, способствовать изменению образа жизни и отказу от вредных привычек, а также более раннему обращению к врачу при появлении неблагоприятных симптомов и осложнений, что выразится в уменьшении модифицируемых затрат, связанных с хроническими заболеваниями. К модифицируемым затратам могут относиться: частые повторные госпитализации и расходы, связанные с осложнениями хронического заболевания, которые можно было бы предотвратить или отдалить (например, нарушения зрения или диабетическая стопа при СД).

Концепция управления болезнью (Disease Management)

Ключевые принципы, которые должны быть положены в основу создания программ управления хроническим заболеванием, излагаются в документе, выпущенном Рабочей группой по управлению заболеванием Американской

ассоциации сердца (Advisory Working Group on Disease Management of American Heart Association) [6].

В данном документе озвучены следующие постулаты:

- Главной целью программ управления хроническим заболеванием должно являться улучшение качества оказываемой медицинской помощи и улучшение исходов заболевания.
- Методическая база для таких программ должна быть основана на данных утвержденных научных рекомендаций и стандартов лечения.
- Внедрение программ УБ должно приводить к увеличению приверженности пациента к назначенному лечению, которое, в свою очередь, предполагает наличие рекомендованных научными сообществами и имеющих солидную доказательную базу схем лечения.
- Программы должны включать принятые на основе консенсуса мнений системы оценки и результативности проводимого лечения.
- Все программы управления хроническим заболеванием должны включать систематическую оценку эффективности, включающую клинические исходы заболевания.
- Такие программы должны существовать в рамках комплексной и всеобъемлющей системы здравоохранения, причем взаимоотношения медицинского работника и пациента, и в особенности врача и пациента, должны оставаться главным компонентом процесса.
- Для наибольшей эффективности программы управления хроническим заболеванием должны принимать во внимание сопутствующие заболевания, которые могут наблюдаться у пациентов целевой аудитории.
- Организации, вовлеченные в разработку и реализацию программ, должны очень внимательно относиться к возможному конфликту интересов и, по возможности, избегать их.

К этому списку хотелось бы добавить еще два пункта:

- Все более очевидным становится необходимость усиления роли самих пациентов в построении программ. Программы должны подразумевать возможность персонализации в зависимости от потребностей и возможностей каждого конкретного пациента. В частности, в построении программы должны учитываться уровень когнитивных способностей, отношение пациента к болезни, необходимость не только медицинской, но и социальной поддержки.
- Для некоторых стран может понадобиться создание модификаций одной и той же программы для применения ее при различном уровне доступности медицинских услуг в зависимости от места проживания пациентов. Так как, например, в России или в других странах с большой территорией и несовершенной инфраструктурой здравоохранения пациенты, проживающие в небольших городах или сельской местности, не имеют доступа к медицинским услугам, сравнимого с жителями крупных городов.

Программы управления хроническим заболеванием призваны решать комплекс медико-социальных и экономических проблем. Предполагается, что при правильной реализации программ в выигрыше должны оставаться все стороны, участвующие в процессе оказания и потребления медицинских услуг. Пациенты получают, кроме собственно современного лечения, возможность социальной адаптации, психологической помощи, а также знания, необходимые для принятия решений, касающихся здоровья, что в конечном итоге приводит к повышению качества жизни; врачи – улучшение взаимоотношений с пациентом, выстраивание их на принципах партнерства и доверия. Это очень важно, так как проблема партнерства и доверия в отношениях пациента и врача в нашей стране стоит достаточно остро. По данным исследования, проводившегося среди пациентов хирургических и терапевтических стационаров г. Самары [7], наиболее частыми источниками медицинской информации для пациентов являлись средства массовой информации (СМИ) – 54,1% респондентов и врачи – 45,9% респондентов, при этом с увеличением возраста пациентов частота СМИ как источника информации возрастала (с 47,5 до 63,3%), а врачей – уменьшалась (с 56 до 40,4%). Также различались представления врачей и пациентов об объеме предоставляемой врачами информации, что дополнительно ограничивает возможности партнерства. Врачи считали, что они достаточно хорошо информируют своих больных (только 5,4–8,1% врачей считали, что они делают это не столь полно). В то же время, на взгляд трети пациентов (30,3–37,5%), врачебные объяснения были неполными и еще 14,9–21,2% считали, что врачи практически ничего не объяснили им относительно их состояния. В конечном итоге улучшение взаимоотношений врач – пациент будет приводить к более предсказуемому и, вероятно, более выраженному эффекту от назначаемого лечения. И, наконец, система здравоохранения в целом получает возможность снижения и более целесообразного перераспределения затрат, связанных с оказанием медицинских услуг.

Обоснование необходимости внедрения программ управления болезнью при ХСН

Необходимость и экономическая эффективность создания программ, призванных вовлечь пациента в менеджмент собственного заболевания определяется: характеристиками заболевания, наличием доказательной базы, подтверждающей эффективность таких вмешательств. К характеристикам заболевания относятся: высокая экономическая нагрузка на систему здравоохранения, высокая стоимость лечения состояний декомпенсации, опасность для больного состояний декомпенсации, наличие выявленных факторов,

провоцирующих декомпенсацию и возможность влияния на них, вероятность развития декомпенсации при несоблюдении режимов лечения, наличие симптоматики, позволяющей предсказать вероятное развитие декомпенсации и, как следствие, потребность в очередной госпитализации, экономическая нагрузка на систему здравоохранения и стоимость лечения состояний декомпенсации ХСН.

Сердечная недостаточность является одной из наиболее важных проблем здравоохранения во всем мире из-за ее высокой распространенности, смертности и высокой экономической нагрузки на систему здравоохранения. Несмотря на прогресс, достигнутый в последние десятилетия в отношении медикаментозного лечения СН, смертность остается чрезвычайно высокой, 50% пациентов погибают в течение 3 лет после госпитализации в связи с обострением СН. Распространенность СН повышается с возрастом и достигает 12% у пациентов обоего пола старше 80 лет. В связи со старением населения, характерным для западного мира, экономическое бремя СН становится непосильным даже для стран с традиционно хорошо финансируемым здравоохранением. Общие расходы на лечение ХСН в США в 2012 году составили 20,9 млрд. $ (634,8 млрд. рублей*), и по прогнозам, опубликованным экспертами Американской ассоциации сердца, в 2030 году эти расходы должны возрасти до 53,1 млрд. $ (1765,3 млрд. рублей*) [8]. Причем 80% от всех затрат приходится на расходы, связанные с госпитализациями. По данным регистра ADHERE [9], самого большого регистра СН, в котором участвовало 65 180 пациентов из 263 госпиталей США, среднее время пребывания в стационаре пациентов, госпитализированных по поводу обострения ХСН, составляло 4,3 дня. При этом 20% больных получали лечение в блоках интенсивной терапии со средним временем пребывания на койках интенсивной терапии 2,5 дня [9]. Однако система здравоохранения США является самой затратной и далеко не самой эффективной в мире (рис. 1). В Европе, где в среднем затраты на здравоохранение в пересчете на душу населения гораздо более скромные, СН также представляет собой серьезную экономическую проблему. Она является причиной примерно 5% всех обращений за медицинской помощью и 2% от всех расходов на здравоохранение [10–12], что не удивительно, так как именно европейские страны составляют 9 из 10 стран с самым «старым» населением (доля населения старше 60 лет превышает 20%). Средняя продолжительность госпитализации пациента с СН, по данным Организации экономического развития и сотрудничества, колеблется от 7 дней в Швеции до 14 дней в Великобритании. Общие затраты на лечение СН в 2010 году составили в Великобритании 629 млн. фунтов (32,45 млрд. рублей*), причем расходы на госпитализации определили более 50% от этих затрат.

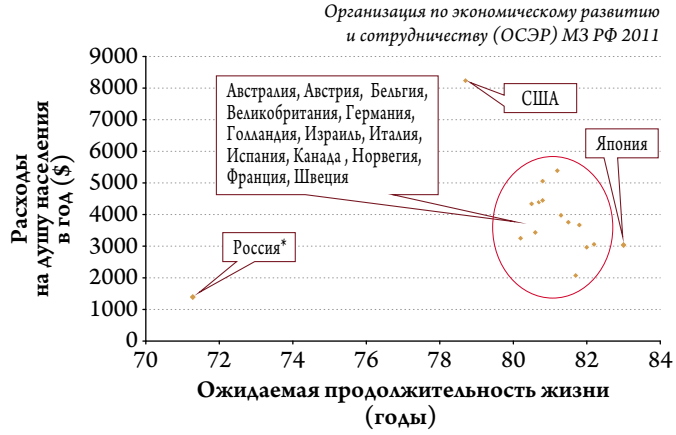

Рисунок 1. Расходы на здравоохранение и ожидаемая продолжительность жизни в 15 самых богатых странах по прогнозам 2010 года

Количество визитов к врачу, по данным 2006 года, превышало 15 млн. ежегодно. И 6,5 млн. дней пациенты с СН проводили на больничной койке. В 2007–2008 годах средняя продолжительность госпитализации составила в Великобритании чуть больше 12 дней [13]. В недавно опубликованном анализе исследования ASCEND-HF [14], в которое были включены 7 147 человек из 30 стран, включая Россию, были проанализированы средняя продолжительность госпитализации у пациентов из популяции исследования и частота повторных госпитализаций. За время исследования ранние повторные госпитализации имели место у 6 824 человек (в течение 30 дней после выписки). Причем рекордсменом по наиболее низкой продолжительности госпитализации и наибольшей частоты повторных госпитализаций оказались США, что, видимо, связано с более агрессивной диуретической терапией во время госпитализации. Авторы анализа делают вывод, что в странах с более продолжительной госпитализацией имеет место более низкий уровень повторных госпитализаций. В РФ [15], а также в странах Восточной Европы, более щадящая дегидратационная терапия приводит, с одной стороны, к увеличению продолжительности госпитализации, а с другой – к снижению числа ранних повторных госпитализаций.

Стоимость лечения ХСН в России

В нашей стране, как известно, диагноз ХСН не является самостоятельным, и, соответственно, мы не имеем официальной статистики по заболеваемости, смертности и, тем более, по количеству госпитализаций, связанных с СН, их продолжительности и нагрузке для здравоохранения. Начиная с 1998 года, Общество специалистов по СН (ОССН) проводило эпидемиологическое исследование ЭПОХА. Для организации исследования ХСН в 1998 году был выполнен пилотный проект в Нижегородской области, а затем по аналогии с Нижегородской областью были соз-

* – По данным Центробанка на декабрь 2012 г.

даны репрезентативные выборки в 8 субъектах Российской Федерации: Воронежская, Кировская, Нижегородская, Оренбургская, Рязанская области, Республика Татарстан, Республика Чувашия, Ставропольский край. В исследовании приняли участие 359 врачей амбулаторно-поликлинического звена. Было обследовано 348 терапевтических участков и в них – 8 659 семей. Всего в исследование было включено 19 500 респондентов. Это позволило экстраполировать полученные результаты на Европейскую часть РФ. По данным исследования ЭПОХА 2002 года, распространенность ХСН любого ФК в Европейской части РФ составила 7,0% случаев [16, 17]. В 2012 году ОССН инициировало создание регистра пациентов с СН, что позволило получить более подробные клинические и клинико-экономические данные о пациентах с СН. По данным регистра ОССН, в 2012 году госпитализировались в связи с декомпенсацией СН 62,5% пациентов, причем 14,7% госпитализировались более 1 раза. Среднее количество госпитализаций на пациента составило 0,8 за 6 месяцев. 27,8% пациентов вызывали врача на дом в связи с ухудшением течения ХСН хотя бы один раз, 2 раза в течение 6 месяцев – 14,1% пациентов и 14,2% вызывали врача 3 и более раз (рис. 2). По данным исследования ЭПОХА, максимальное число больных ХСН приходится на возрастную группу от 60 до 69 лет (33,6% случаев). В возрастных группах старше 70 лет распространенность ХСН снижается за счет фактора дожития [16, 17]. В России в настоящее время доля населения старше 65 лет составляет 14%. По прогнозам демографов, к 2050 году доля населения старше 65 лет в России превысит 20% [18] Соответственно, только за счет возрастной группы от 65 до 75 лет распространенность ХСН составит более 10% всего населения РФ. Таким образом, экономическое бремя СН, которое и сейчас уже очень велико, будет только расти. Это обусловливает необходимость поиска эффективных методик улучшения качества оказываемой помощи и одновременно снижения тех расходов, которых можно было бы избежать. Это позволило бы перераспределять ресурсы в пользу высокотехнологичных методов лечения.

Наличие ФР развития декомпенсации, опасность для больного состояний декомпенсации и возможность влияния на них с помощью обучения пациентов методам самоконтроля

В патогенезе обострения СН обычно бывает трудно выделить какой-либо один фактор. Совокупность процессов, приводящих к ухудшению состояния больного, может включать нейрогуморальную активацию, снижение кровоснабжения миокарда, увеличение давления наполнения ЛЖ, усиление митральной регургитации с усилением процессов ремоделирования, последующую задержку жидкости и, возможно, присоединение почечной недо-

Таблица 1. Исследования, изучавшие факторы, влияющие на обострение ХСН

Автор и год исследования	Resolved	O. Erk 2004	Formiga et al 2006	OPTIMIZE HF 2008	Alejandro Diaz и соавт. 2011
Число и характеристика включенных пациентов: средний возраст	768/180 Средний возраст – 63 года	192; средний возраст – ?	293; средний возраст – 76,7	48612; средний возраст – 73,1	102; средний возраст – 79±12
Факторы, вызывающие обострение ХСН					
Низкий комплайнс*	17%	14	13,4	8,91	30
Нарушение диеты и водно-солевого режима	22%	–	6,5	5,2	52
Прием медикаментов, нерекомендованных при СН#	22%	11	6,5	10,7	–
Неконтролируемое повышение АД	6%	16	13,3	10,7	15%
Аритмии	13%	–	21,9	13,5	25
Инфекции	4%	41	29	15,31	29

* – Нарушение кратности приема и дозировок + отказ от приема препарата
# – НПВС, АК, агонисты α-β-адренорецепторов; ⋯ – предотвратимые факторы

статочности. В исследованиях, изучающих факторы, провоцирующие обострение ХСН, предотвратимые факторы (нарушение водно-солевого режима, диеты, плохая приверженность к приему медикаментов) стали причиной госпитализации в 25–82% случаев [19–23] (табл. 1). Такой разброс данных, вероятно, объясняется различными методиками сбора информации. В тех исследованиях, где информация собиралась посредством интервью или анкетирования, была высока вероятность того, что пациенты давали более социально-приемлемые ответы. Кроме того, в исследованиях амбулаторных пациентов в наблюдаемую когорту пациентов попадают те, кто приходит на визиты, то есть пациенты, потенциально более склонные к соблюдению рекомендаций. Факторы, связанные с низкой приверженностью, также имеют больший вес в исследованиях, в которых наблюдались более пожилые пациенты. Несоблюдение режима лечения и рекомендаций врача по диете и водно-солевому режиму является одной из основных проблем ведения пациентов с СН, приводящей к частым повторным госпитализациям пациентов. Другой проблемой является позднее обращение пациентов за медицинской помощью при усилении симптомов СН [24]. С точки зрения возможности обратного развития или предупреждения дальнейшего ухудшения состояния важно, что симптоматика часто нарастает постепенно и проявляется, в первую очередь, симптомами задержки жидкости: отеками, усилением одышки, особенно в ночные часы. Было показано, что увеличение массы тела на 2 кг или более чем на 2% обладало высокой специфичностью (74%) для предсказания обострения течения заболевания и было связано с последующими госпитализациями. Существуют данные о времени появления симптомов и изменений физиологических параметров, предшествующих госпитализации: диспноэ, отеки – 6–12 дней до госпитализации; увеличение веса – 7–11 дней; повышение внутригрудного давления – 15 дней; вариабельность сердечного ритма – 16 дней; изменение гемодинамических параметров – 4–7 дней [25]. Известно также, что пациенты с эпизодами острой декомпенсации ХСН имеют более высокий риск смерти, чем пациенты со стабильным течением ХСН [26–28], (рис. 3). Очевидным представляется тот факт, что обучение пациентов методам самоконтроля и самопомощи может способствовать большей приверженности к лечению, более ранней диагностике симптомов декомпенсации состояния и своевременному обращению к врачу. И действительно, широкое внедрение программ обучения и наблюдения пациентов с СН реко-

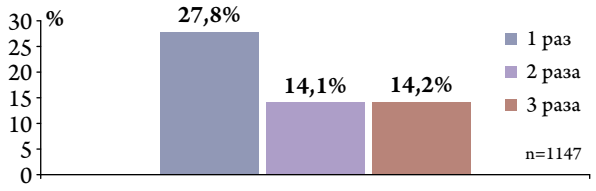

Рисунок 2. Пациенты, вызывавшие врача на дом в течение 6 месяцев в связи с ухудшением течения сердечной недостаточности. Регистр ОССН 2011–2012 гг.

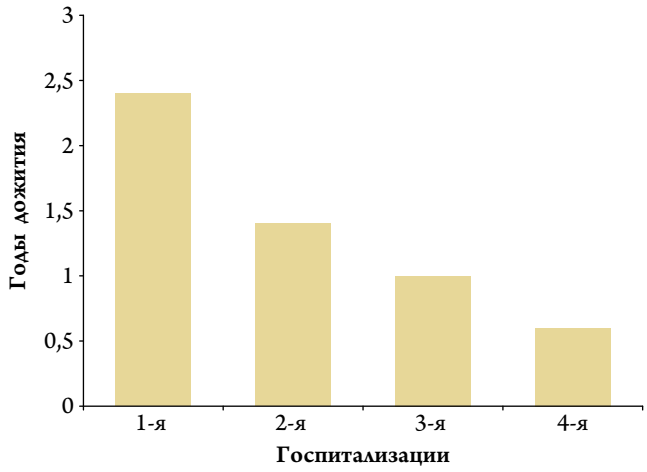

Рисунок 3. Длительность жизни в зависимости от числа госпитализаций в связи с обострением ХСН

мендуют как западные, так и российские рекомендации по ведению пациентов с ХСН [29, 30]. Такое широкое признание необходимости обучения пациентов основано на многочисленных положительных результатах, полученных в исследованиях, проводившихся в США и Европе с начала 90-х годов прошлого века. К настоящему времени в мире накоплен колоссальный опыт проведения программ обучения и контроля пациентов с СН. Достаточно сказать, что в недавно опубликованном в журнале Trials обзоре Savard с соавт. были суммированы результаты 15 мета-анализов, посвященных программам управления СН (heart failure management programs). В общей сложности в эти мета-анализы вошли результаты 176 исследований [31]. Мета-анализы, включенные в статью, использовали различные критерии эффективности и в целом демонстрировали положительные результаты применения программ УБ при ХСН. В 6 из 13 мета-анализов, изучавших влияние программ УБ при ХСН, было получено статистически достоверное снижение общей смертности по сравнению с контрольной группой. Причем все 13 анализов демонстрировали позитивный тренд в снижении общей смертности. Более выраженный эффект наблюдался в отношении снижения госпитализаций. В 9 мета-анализах, которые учитывали снижение количества госпитализаций, было показано значимое их уменьшение по сравнению с группой контроля. К сожалению, несмотря на положительные результаты большинства исследований, существует целый ряд проблем, касающихся методики их организации и представления результатов, наличие которых не позволяет делать выводы о возможности экстраполяции данные на более широкие популяции больных в условиях практического здравоохранения. К таким проблемам относятся: недостаточная информация об исследуемой популяции, различия в критериях оценки результативности мультидисциплинарных программ, неясная эффективность отдельных компонентов программ, характеристики реальных вмешательств в группе контроля, а также адекватность и этичность такого контроля [32–35]. Также в большинстве исследований отсутствуют указания на то, были ли это госпитальные или амбулаторные программы, не сообщаются сведения о содержании обучающих программ и характеристиках материалов, использующихся при обучении.

Необходимость единообразного и подробного представления результатов исследования программ УБ становится еще более очевидной, когда речь заходит об исследованиях, продемонстрировавших негативные результаты. Говоря о программах с негативными результатами, нужно упомянуть две крупномасштабные программы, результаты которых были опубликованы в последнее время. Это голландское исследование «Effect of moderate or intensive disease management program on outcome in patients With heart failure coordinating study evaluating outcomes of advising and counseling in heart failure» (COACH) (1023 пациента, 1,5 года наблюдения) [36, 37], в котором не было получено статистически достоверной разницы у пациентов активной группы, группы базовой поддержки и группы контроля ни в отношении смертности, ни в отношении количества госпитализаций.

Второй программой с негативными результатами была глобальная пилотная программа «Оценки эффективности методик УБ при хроническом заболевании» (Medicare Health Support Program), в которую за период с 2005 по 2008 год в США было включено более 200 тысяч пациентов, страдающих СН и СД или одновременно той и другой патологией [38], 7 различных организаций по поддержке здоровья, входящих в состав системы Medicare (Medicare Health Support Organization, MHSO). Популяция исследуемых была значительно диверсифицирована в отношении количества сопутствующих заболеваний, тяжести состояния, принадлежности к этническим и социальным группам, предшествующих госпитализаций. Каждая из организаций, принимавших участие в исследовании, разрабатывала и внедряла собственную программу обучения и ведения пациентов. Программы могли включать: обучение, телефонные контакты, визиты на дом, возможность 24-часового контакта с врачом или медицинской сестрой, поддержку социальных работников. Набор и содержание элементов программы, а также количество контактов на пациента не были детерминированы протоколом программы. В результате

Таблица 2. Сравнение дизайна и протокола ведения исследований ШАНС, DEAL-HF и COACH

Название исследования	ШАНС	DEAL-HF	COACH
Обследовано	1008	797	2957
Рандомизировано/ из них в группу вмешательства	783/360	240/118	1049/340 – базовая поддержка; 344 – активная
Не вошли в исследование	225	557	1908
Наблюдение:потеряно/ прервали вмешательство	16/16	?/35	0/2
Вошли в анализ	745	240	1023
Не вошли в анализ	39		26
Распределение (врачи/ медсестры/другие участники)	Врачи (30 пациентов на врача)	Врачи/медсестры/ мультидисциплинарная команда	Врачи/медсестры

Таблица 3. Сравнение дизайна и протокола ведения исследований ШАНС, DEAL и COACH

Название исследования	ШАНС		DEAL-HF		COACH		
Группы	Активная	Контроль	Активная	Контроль	Активная	Базового ведения	Контроль
N	379	360	122	118	339	340	344
Возраст	62,3	62,9	71	70	72	71	70
Мужчины, %	60,7	59,2	79	66	60	66	61
ФК	I–0; II–0,6%; III–74%; IV–25,4%		I–0; II–0; III–96%; IV–4%		II–IV		
Схема ведения	Телефонные контакты: 1-й месяц еженедельно; еще 2 месяца – 1 раз в 2 недели; далее – 1 раз в месяц. Контр. визиты: 12; 24; 52 недели.	Контрольные визиты: 12; 24; 52 недели	Контрольные визиты: 5; 7; 12; 24; 48; 52 недели	12; 52 недели	4 визита к кардиологу; 18 контактов с медицинской сестрой; 2 визита домой; 2 консультации с мультидисциплинарной командой	4 визита к кардиологу и 9 контактов с медицинской сестрой	4 визита к кардиологу
Отклонения от протокола	Не зафиксировано	Не зафиксировано	Не зафиксировано	Не зафиксировано	Было запланировано 5 868 визитов и телефонных звонков, а произошло 6 469 (на 10% больше)	Было запланировано 2 347 визитов и телефонных звонков; в реальности было 3 302 (на 40% больше)	Запланировано 858 визитов к кардиологу; в реальности было 286 дополнительных визитов

имели место существенные различия как в популяциях, получавших вмешательство в различных организациях, так и в результативности таких вмешательств. В результате только две из семи организаций продемонстрировали положительные результаты в отношении удовлетворенности пациентов. В целом в этом пилотном исследовании не было продемонстрировано преимуществ в отношении количества госпитализаций, смертности, удовлетворенности пациентов результатами лечения, способности к самоконтролю и самопомощи, а также снижения затрат на лечение.

Исследование COACH, о котором шла речь выше, представляет собой удачный пример того, в какой большой степени правильное описание планирования и реализации программы влияет на объективную интерпретацию ее результатов. В настоящее время существуют два документа, призванных регламентировать критерии для представления результатов программ УБ и методики оценки результатов нефармакологических исследований. Речь идет о созданной Американской ассоциацией сердца «Таксономии программ управления хроническим заболеванием» [39] и «Расширенной версии методик и процессов группы CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) для нефармакологических исследований» [40]. Принципы, изложенные в данных документах, призваны помочь в достижении единообразия в представлении и интерпретации результатов нефармакологических исследований. В публикации, посвященной исследованию COACH [36, 37], очень подробно описываются не только методика воздействия, но также и отклонения от протокола, возникшие в ходе исследования, что создает возможности для анализа данных, полученных в исследовании в соответствии с принципами, рекомендованными в «Расширенной версии методик и процессов группы CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) для нефармакологических исследований». Ниже представлено сравнение исследования COACH с самым крупным российским исследованием по обучению и динамическому наблюдению пациентов с СН – Школа и Амбулаторное Наблюдение пациентов с СН (ШАНС) [41] и другим исследованием, проводившимся в Голландии – Deventer – Alkmaar Heart Failure Project (DEAL-HF) [42, 43]. Два последних исследования выбраны по нескольким причинам. Во-первых, в публикациях, посвященных результатам исследований, очень подробно были освещены методика исследования, обследуемая популяция, исходы и методики контроля и, во-вторых, в Голландии, также как и в России, система здравоохранения построена по поликлиническому принципу, в отличие, например, от США, что позволяет провести сравнение результатов двух программ – голландской и российской, так как при интерпретации результатов исследования и применимости данных для конкретной (в данном случае – российской) популяции пациентов важно оценивать структуру системы здравоохранения и доступность для пациента медицинской помощи. Данные по сравнению применявшихся методик, исследуемых популяций, процедур исследования и конечных точкек представлены в таблицах 2 и 3. Уже при подробном анализе методик исследования и его структуры становится понятным, что результаты исследования ШАНС и DEAL-HF можно сравнивать. Сходные положительные результаты обоих исследований (рис. 4, 5) дают основания полагать, что применяемые в исследованиях методики будут результативными и у более широ-

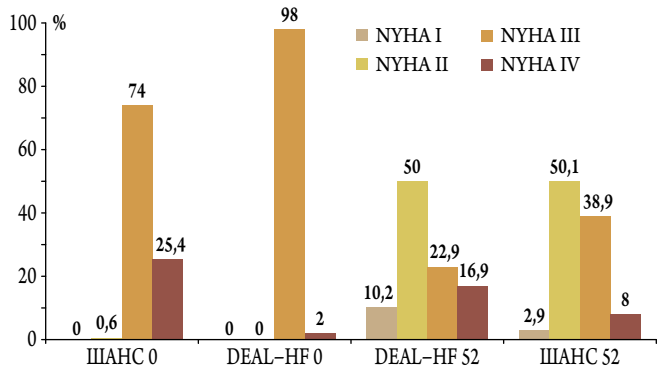

Рисунок 4. Сравнение динамики ФК в группах активного ведения (неделя 0 – неделя 52)

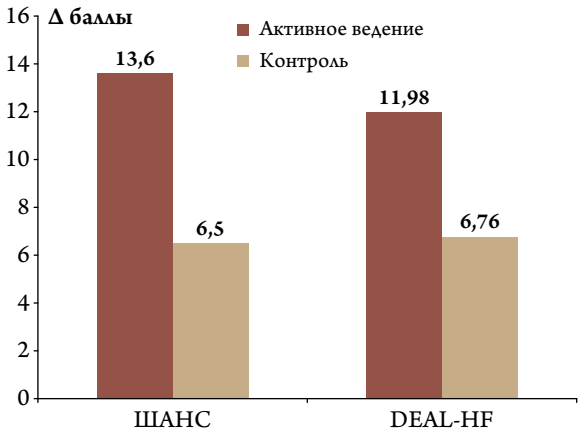

Рисунок 5. Динамика показателя качества жизни по данным Миннесотского опросника (MLHFQ)

кой популяции больных со сходной системой оказания медицинской помощи. Тогда как результаты исследования COACH в связи с особенностями протокола, и особенно в связи с зафиксированными в ходе исследования расхождениями с протоколом, не могут сравниваться с исследованиями ШАНС и DEAL-HF. Так, в контрольной группе исследования COACH было запланировано 858 визитов к кардиологу, в реальности было 286 дополнительных визитов (всего 1144). В группе базовой поддержки было запланировано 2 347 визитов и телефонных звонков, в реальности было 3 302 (на 40% больше). И, наконец, в группе интенсивной поддержки было запланировано 5 868 визитов и телефонных звонков, а произошло 6 469 (на 10% больше). Соответственно за 18 месяцев наблюдения пациенты контрольной группы в среднем посещали кардиолога или звонили ему 1 раз в 6 месяцев, а из группы базовой поддержки – в среднем каждые 2 месяца. Пациенты группы базовой поддержки проходили такое же обучение, как и пациенты группы интенсивной поддержки, и отличие между этими двумя группами состояло в том, что пациентов группы интенсивной поддержки дополнительно посещала один раз в месяц медицинская сестра. В статье, посвященной оценке результатов исследования COACH, авторы делают

Бритомар

ОРИГИНАЛЬНЫЙ ТОРАСЕМИД ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ

ИННОВАЦИОННЫЙ ТОРАСЕМИД В ФОРМЕ С ЗАМЕДЛЕННЫМ ВЫСВОБОЖДЕНИЕМ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ МЕНЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО УРГЕНТНЫХ ПОЗЫВОВ К МОЧЕИСПУСКАНИЮ[2,3]

1 раз в сутки[2]

- Диуретический эффект, не снижающий качество жизни пациента с ХСН[4]
- Надежный контроль АД в течение суток при однократном приеме[3]
- Уменьшает кардиальный фиброз[5,6]
- Благоприятный метаболический и электролитный профиль[7,8]

Препарат зарегистрирован МЗ РФ. Информация для специалистов здравоохранения. Рег. уд. № ЛП-000318

Сокращенная информация по назначению:
Торговое название: Бритомар. **МНН**: торасемид. **Лекарственная форма**: таблетки пролонгированного действия 5 мг, 10 мг. **Показания**: отечный синдром различного генеза, в т.ч. при хронической сердечной недостаточности, заболеваниях печени и почек; артериальная гипертензия. **Противопоказания**: повышенная чувствительность к торасемиду или к любому из компонентов препарата; анурия; печеночная кома и прекома; рефрактерная гипокалиемия; рефрактерная гипонатриемия; дегидратация; резко выраженные нарушения оттока мочи любой этиологии; дигиталисная интоксикация; острый гломерулонефрит; синоатриальная и AV-блокада II-III степени; беременность; непереносимость галактозы, дефицит лактазы или глюкозо-галактозная мальабсорбция; безопасность и эффективность у детей до 18 лет не изучены. **Применение в период беременности и грудного вскармливания**: не рекомендуется применять при беременности. Бритомар в период лактации должен назначаться с осторожностью. **Способ применения и дозы**: принимать внутрь, независимо от приема пищи. *Отечный синдром при хронической сердечной недостаточности*: обычная начальная доза составляет 10-20 мг внутрь один раз в день. *Отечный синдром при заболевании почек*: обычная начальная доза составляет 20 мг внутрь один раз в день. *Отечный синдром при заболевании печени*: обычная начальная доза составляет 5-10 мг внутрь один раз в день вместе с препаратами антагонистами альдостерона или калийсберегающими диуретиками. *Артериальная гипертензия*: обычная начальная доза составляет 5 мг один раз в день. При отсутствии адекватного снижения артериального давления в течение 4-6 недель дозу увеличивают до 10 мг один раз в день. **Возможные побочные реакции**: *нечасто*: экстрасистолия, тахикардия, покраснение лица, носовые кровотечения, астения гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, полидипсия, судороги мышц нижних конечностей, *часто*: головокружение, головная боль, сонливость, диарея, полиурия, никтурия. **С осторожностью:** артериальная гипотензия; гиповолемия (с артериальной гипотензией или без нее); нарушения оттока мочи (доброкачественная гиперплазия предстательной железы, сужение мочеиспускательного канала или гидронефроз); желудочковая аритмия в анамнезе; острый инфаркт миокарда (увеличение риска развития кардиогенного шока); диарея; панкреатит; сахарный диабет (снижение толерантности к глюкозе); заболевания печени, осложнившиеся циррозом и асцитом, почечная недостаточность, гепаторенальный синдром; подагра, гиперурикемия; анемия, одновременное применение сердечных гликозидов, аминогликозидов или цефалоспоринов, кортикостероидов или адренокортикотропного гормона (АКТГ); гипокалиемия; гипонатриемия, период лактации. **Производитель**: Феррер Интернасьональ, С.А.
Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.

1. Торасемид рекомендован ВНОК и ОССН. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр) ISSN 1728-4651. Сердечная недостаточность. 2010. Том 11, №1 (57): 36-40.
2. Инструкция по медицинскому применению препарата Бритомар.
3. Roca-Cusachs A. et al. Clinical Effects of Torasemide Prolonged Release in Mild-to-Moderate Hypertension: A Randomized Noninferiority Trial Versus Torasemide Immediate Release. Cardiovascular Therapeutics 26 (2008): 91–100. NCT00334386.
4. Müller K. et al. Torasemide vs furosemide in primary care patients with chronic heart failure NYHA II to IV- efficacy and quality of life, Eur J Heart Fail. 2003; 5: 793-801.
5. Lopez B., Querejeta R., Gonzalez A. et al. Effects of loop diuretics on myocardial fibrosis and collagen type I turnover in chronic heart failure. J Am Coll Cardiol. 2004; 43(11): 2028-2035.
6. López B., González A., Beaumont J. et al. Identification of a potential cardiac antifibrotic mechanism of torasemide in patients with chronic heart failure. J Am Coll Cardiol. 2007 Aug 28; 50(9): 859-867.
7. Achhammer I., Metz P. Low dose loop diuretics in essential hypertension. Experience with torasemide. Drugs 1991; 41 (Suppl. 3): 80-91.
8. Cosin J., Diez J. Torasemide in chronic heart failure: results of the TORIC study. Eur J Heart Fail. 2002; 4: 507-513.

Дата выхода рекламы: октябрь 2013

ООО «Такеда Фармасьютикалс»:
119048, Москва, ул. Усачева д. 2, стр. 1,
тел.: (495) 933 5511, факс: (495) 502 1625,
www.takeda.com.ru

Takeda

предположение о том, что в условиях системы здравоохранения Голландии пациенты базово получают высокий уровень поддержки, что могло повлиять на результаты исследования. Кроме того, делается также осторожное предположение о том, что сама система обучения могла не достигать целей. Впрочем, авторы сразу делают оговорку, что такая возможность маловероятна, так как программу разрабатывала высококвалифицированная мультидисциплинарная команда. На самом деле, на основании доступных нам литературных данных мы не можем объективно судить о результативности программ и/или их компонентов, а также качестве обучающих материалов не только в методически верно организованном исследовании COACH, но и вообще ни в одном исследовании по той простой причине, что отдельные компоненты программ никогда не подвергаются тестированию перед началом исследований. По крайней мере, этому не находится свидетельств в литературе. Можно сказать, что повсеместно делаются выводы об эффективности или неэффективности методов, которые сами по себе являются совершенно незаконченными с точки зрения их формы, содержания, каналов и инструментов доставки. Применительно к исследованию препаратов такой подход выглядел бы так, как если бы молекулу из химической лаборатории сразу стали изучать в исследованиях 3 и 4 фазы без прохождения доклинических исследований и исследований 1 и 2 фазы. Обращает на себя внимание факт, что ни в одном исследовании не приводились данные о характеристиках пациентов и роли пациента в программе. В частности, не упоминались: постановка задач, отношение пациентов к программам обучения и необходимости лечения. Тогда как пациенты, страдающие СН, являются, пожалуй, наиболее сложной, с точки зрения организации программ УБ, аудиторией в силу многих специфических особенностей, о которых пойдет речь ниже.

Характеристики пациентов СН, затрудняющие реализацию программ управления болезнью

Сердечная недостаточность, как и любое хроническое заболевание, негативно влияет на качество жизни, эмоциональное состояние, работоспособность, взаимодействие в социуме, вызывает физическое и эмоциональное страдание пациента. Пациент, у которого диагностирована СН, обычно не бывает готов к тому, насколько изменится его жизнь и, возможно, жизнь его близких в результате заболевания. В связи с этим у пациентов с СН, как и у других пациентов с хроническими заболеваниями, существуют общие потребности в получении социальной поддержки. Кроме этого, для СН характерно повышение распространенности в более пожилом возрасте (по данным исследования ЭПОХА, в 2007 году средний возраст пациента с ХСН составлял 66,7±11,5 лет, по данным Регистра ОССН – 63,69±10,87 лет), а также высокая коморбидность. В материале, опубликованном совместно некоммерческой общественной организацией «Информационный центр по стратегиям в области здравоохранения» (Center for Health Care Strategies) и центром Джона Хопкинса. (Johns Hopkins University School of Medicine), приводится анализ характеристик полиморбидности у пациентов с СН, получающих лечение, медицинское обслуживание в системе Medicare, по сравнению с популяцией, не имеющей ХСН [44]. По данным Braunstein с соавт. [45], которые провели анализ выборки из 122 630 человек старше 65 лет (5%) из всех граждан США, имеющих медицинское страхование в системе Medicare, около 40% пациентов, страдающих ХСН, имели 5 и более несердечных сопутствующих заболеваний. В число 10-ти самых распространенных сопутствующих заболеваний входили: ХОБЛ и бронхоэктазы (26%), остеоартрит (16%), хроническая дыхательная недостаточность и другие заболевания нижних дыхательных путей (14%), заболевания щитовидной железы (14%), болезнь Альцгеймера и деменция (9%), депрессия (8%), ХСН (7%), бронхиальная астма (5%), остеопороз (5%), тревожность (3%). Показано, что высокая коморбидность определяет не только частые госпитализации, но и сложный план лечения, а также трудность в распознавании симптомов. Свой вклад в снижение способности больных к обучению, а в дальнейшем возможности самоконтроля и самодиагностики вносит также психологическое состояние больных: наличие депрессии и тревожности. Кроме того, немаловажным фактором является социальная изоляция и плохое финансовое положение. Например, в исследовании DEAL-HF, о котором говорилось выше, 19% пациентов были одинокими или проживали вне семьи. В исследовании ШАНС, к сожалению, такие данные не собирались, но можно предположить, что у нас эта цифра была бы, по крайней мере, не ниже. В связи с вышеизложенными особенностями пациенты с ХСН часто испытывают трудности в приобретении и реализации навыков и действий, связанных с самоконтролем и самопомощью. Давайте разберем эти два понятия подробнее. Самоконтроль и самопомощь описываются в англоязычной литературе терминами «selfcare» и «selfmanagement» и подразумевают способность пациента предпринимать регулярные усилия по поддержанию или улучшению своего здоровья. А также предупреждать или вовремя реагировать на ухудшение состояния и продуктивно взаимодействовать с лицами, осуществляющими уход, и медицинским персоналом [46, 47]. Для осуществления этих функций от больного требуется не только наличие определенных знаний, связанных с заболеванием, но и способность принимать самостоятельные решения в отношении своего здоровья. Такие решения связаны как с выбором здорового образа жизни (например, отказ от курения, поддержание рекомендованного уровня физической активности), так и с правильным выбором тактики поведения в случае ухудшения состояния

Рисунок 6. Факторы, влияющие на способность пациентов с СН к эффективному контролю состояния здоровья и приверженности к лечению

(увеличение дозы диуретика или обращение к врачу при усилении одышки или появления немотивированной слабости). Слабая вовлеченность больных в управление собственным здоровьем приводит к низкой приверженности к лечению и диете и позднему обращению за медицинской помощью при усилении симптомов. Особенно это актуально у пожилых больных [48, 49]. Сниженная способность пациентов, страдающих СН, принимать самостоятельные решения в отношении своего здоровья связана с частым наличием депрессии и тревожности, снижением когнитивных функций и высокой полиморбидностью (рис. 6).

Таким образом, эффективность и необходимость внедрения программ УБ при ХСН не вызывает сомнения. В настоящее время ведутся дискуссии относительно клинико-экономической эффективности внедрения программ для различных популяций больных и о сравнительной эффективности различных методов воздействия.

Рисунок 7. Идеальная программа УБ для ХСН

Пациенты, страдающие ХСН, могут сталкиваться с дополнительными трудностями при обучении методам самоконтроля и самопомощи. Это связанно с высокой полиморбидностью, частым наличием депрессии и тревожности и пожилым возрастом и связанным с этим факторами, такими как нарушения когнитивных способностей и волевой сферы личности.

Методики обучения пациентов должны создаваться с учетом психологических, социальных и медицинских характеристик и адаптироваться для различных групп пациентов. Различные компоненты программы должны проходить тестирование на различных группах пациентов с целью выявления наиболее подходящих методов и каналов воздействия (рис. 7).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. «Saving Lives: Our Healthier Nation» Presented to Parliament by the Secretary of State for Healthby Command of Her Majesty, July 1999. Available at: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265576/4386.pdf.
2. Department of Health. The expert patient: a new approach to chronic disease management in the 21st century. London: Stationery Office, 2001.
3. Association of the British Pharmaceutical Industry. The expert patient – survey, October 1999. London: ABPI, 1999.
4. Market and Opinion Research International, for Developing Patient Partnerships, formerly the Doctor Patient Partnership, DPP. Medicines and the British. London: MORI, 2003.
5. Jordan Rau. Medicare Revises Hospitals' Readmissions Penalties – Again, Kaiser Health News 2012
6. Faxon DP, Schwamm LH, Pasternak RC et al. Improving quality of care through disease management: principles and recommendations from the American Heart Association's Expert Panel on Disease Management. Circulation. 2004 Jun 1;109 (21):2651–4.
7. Куцепалов А.В. Влияние информированности пациентов на деятельность врача-хирурга (Опыт социологического анализа) доступно на: http://www.dissercat.com/content/vliyanie-informirovannosti-patsientov-na-deyatelnost-vracha-khirurga-opyt-sotsiologicheskogo
8. Heidenreich PA, Albert NM, Allen LA et al. Forecasting the impact of heart failure in the United States: a policy statement from the American Heart Association. Circ Heart Fail. 2013 May;6 (3):606–19.
9. Fonarow GC; ADHERE Scientific Advisory Committee. The Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE): opportunities to improve care of patients hospitalized with acute decompensated heart failure. Rev Cardiovasc Med. 2003;4 Suppl 7: S21–30.
10. Braunschweig F, Cowie MR, Auricchio A. What are the costs of heart failure? Europace. 2011 May;13 Suppl 2: ii13–7.
11. Liao L, Allen LA, Whellan DJ. Economic burden of heart failure in the elderly. Pharmacoeconomics. 2008;26 (6):447–462.
12. National Clinical Guideline Centre (UK). Chronic Heart Failure: National Clinical Guideline for Diagnosis and Management in Primary and Secondary Care: Partial Update [Internet]. London: Royal College of Physicians (UK); 2010 Aug. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance.
13. Bridging the quality gap: Heart failure. Kim Sutherland, March 2010; Published by The Health Foundation/Available at: http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/583/Bridging%20the%20quality%20gap%20Heart%20Failure.pdf?realName=cXqFcz.pdf
14. Howlett JG1, Ezekowitz JA, Podder M et al. Global variation in quality of care among patients hospitalized with acute heart failure in an international trial: findings from the acute study clinical effectiveness of nesiritide in decompensated heart failure trial (ASCEND-HF). Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2013 Sep 1;6 (5):534–42.

15. Мареев В.Ю., Выгодин В.А., Беленков Ю.Н. ДиУретическая терапия Эффективными дозами перораЛьных диуретиков торасемида (диувера) и фуросемида в лечении больных с обострением Хронической Сердечной Недостаточности (ДУЭЛЬ–ХСН). Журнал Сердечная Недостаточность. 2011;12 (3):3–10.
16. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Даниелян М.О. Первые результаты национального эпидемиологического исследования – эпидемиологическое обследование больных ХСН в реальной практике (по обращаемости) – ЭПОХА–О–ХСН // Журнал СН. – 2003. – Т.4, № 3. – С.116–120.
17. Агеев Ф.Т., Даниелян М.О., Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н. Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам исследования ЭПОХА–О–ХСН). Журнал Сердечная Недостаточность. 2004;5 (1):4–7.
18. Вишневский А.Г. Население России 2006: Четырнадцатый ежегодный демографический доклад. – Издательский дом ГУ-ВШЭ, 2008.
19. Tsuyuki R, Yusuf S, Rouleau J et al. Combination neurohormonal blockade with ACE inhibitors angiotensin II antagonists and beta-blockers in patients with congestive heart failure: design of the Randomized Evaluation of Strategies for Left Ventricular Dysfunction (RESOLVD) Pilot Study. Can J Cardiol. 1997;13 (12):1166–1174.
20. Formiga F1, Chivite D, Manito N at al. Hospitalization due to acute heart failure. Role of the precipitating factors. Int J Cardiol. 2007 Aug 21;120 (2):237–41.
21. Erk O. Precipitating factors for systolic and diastolic heart failure: a four-year follow-up of 192 patients. Hong Kong Med J. 2004 Apr;10 (2):97–101.
22. Fonarow GC1, Abraham WT, Albert NM et al. Factors identified as precipitating hospital admissions for heart failure and clinical outcomes: findings from OPTIMIZE-HF. Arch Intern Med. 2008 Apr 28;168 (8):847–54.
23. Diaz A, Ciocchini C, Esperatti M at al. Precipitating factors leading to decompensation of chronic heart failure in the elderly patient in South-American community hospital. J Geriatr Cardiol. 2011 Mar;8 (1):12–4.
24. Evangelista LS, Dracup K, Doering LV. Treatment-seeking delays in heart failure patients. J Heart Lung Transplant. 2000 Oct;19 (10):932–8.
25. Wolfel EE. Can we predict and prevent the onset of acute decompensated heart failure? Circulation. 2007 Oct 2;116 (14):1526–9.
26. Blackledge HM1, Tomlinson J, Squire IB. Prognosis for patients newly admitted to hospital with heart failure: survival trends in 12220 index admissions in Leicestershire 1993–2001. Heart. 2003 Jun;89 (6):615–20.
27. Setoguchi S, Stevenson LW, Schneeweiss S. Repeated hospitalizations predict mortality in the community population with heart failure. Am Heart J. 2007 Aug;154 (2):260–6.
28. Tsuyuki RT1, McKelvie RS, Arnold JM et al. Acute precipitants of congestive heart failure exacerbations. Arch Intern Med. 2001 Oct 22;161 (19):2337–42.
29. ESC Committee for Practice Guidelines (CPG), Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Eur J Heart Fail. 2008;10 (10):933–989.
30. Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П. и др. Национальные рекомендации по диагностике и лечению Хронической Сердечной Недостаточности. Журнал Сердечная недостаточность. 2013;12 (7):379–472.
31. Savard LA1, Thompson DR, Clark AM. A meta-review of evidence on heart failure disease management programs: the challenges of describing and synthesizing evidence on complex interventions. Trials. 2011 Aug 16;12:194.
32. Clark AM, Thompson DR. What heart failure programme works best? Wrong question, wrong assumptions. Eur J Heart Fail. 2010 Dec;12 (12):1271–3.
33. Clark AM1, Savard LA, Thompson DR. What is the strength of evidence for heart failure disease management programs? J Am Coll Cardiol. 2009 Jul 28;54 (5):397–401.
34. Clark AM, Thompson DR. The future of management programmes for heart failure. Lancet. 2008;372 (9641):784–786.
35. Glasziou P1, Meats E, Heneghan C, Shepperd S. What is missing from descriptions of treatment in trials and reviews? BMJ. 2008 Jun 28;336 (7659):1472–4.
36. Jaarsma T, van der Wal MH, Lesman-Leegte I et al; Coordinating Study Evaluating Outcomes of Advising and Counseling in Heart Failure (COACH) Investigators. Effect of moderate or intensive disease management program on outcome in patients with heart failure: Coordinating Study Evaluating Outcomes of Advising and Counseling in Heart Failure (COACH). Arch Intern Med. 2008;168 (3):316–324.
37. Jaarsma T, van Veldhuisen DJ. When, how and where should we «coach» patients with heart failure: the COACH results in perspective. Eur J Heart Fail. 2008 Apr;10 (4):331–3.
38. McCall N, Cromwell J, Urato C,Rabiner D Evaluation ofphase 1 of the Medicare Health Support Pilot Program under traditional fee-for-service Medicare: 18-month interim analysis..Report to Congress. Baltimore Centers for Medicare and Medicaid Services; 2008 Oct. Available at: http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/Reports/downloads/MHS_Second_Report_to_Congress_October_2008.pdf
39. Krumholz HM1, Currie PM, Riegel B et al. A taxonomy for disease management: a scientific statement from the American Heart Association Disease Management Taxonomy Writing Group. Circulation. 2006 Sep 26;114 (13):1432–45.
40. Boutron I1, Moher D, Altman DG et al. Methods and processes of the CONSORT Group: example of an extension for trials assessing nonpharmacologic treatments. Ann Intern Med. 2008 Feb 19;148 (4):W60–6.
41. Агеев Ф.Т., Мареев В.Ю., Середенина Е.М., Беленков Ю.Н. Перспективы внедрения специализированных форм активного амбулаторного ведения больных с сердечной недостаточностью: структура, методика и предварительные результаты Российской программы «ШАНС». Журнал сердечная недостаточность. 2004;5 (6):268–271.
42. Bruggink-André de la Porte PW, Lok DJ, van Wijngaarden J et al. Heart failure programmes in countries with a primary care-based health care system. Are additional trials necessary? Design of the DEAL-HF study. Eur J Heart Fail. 2005 Aug;7 (5):910–20.
43. de la Porte PW1, Lok DJ, van Veldhuisen DJ et al. Added value of a physician-and nurse directed heart failure clinic: results from the Deventer-Alkmaar failure study. Heart. 2007 Jul;93 (7):819–25.
44. Boyd C, Leff B, Weiss C et al. Multimorbidity Pattern Analyses and Clinical Opportunities: Congestive Heart Failure. December 2010/Available at: http://www.chcs.org/usr_doc/CHF_final.pdf
45. Braunstein JB1, Anderson GF, Gerstenblith G et al. Noncardiac comorbidity increases preventable hospitalizations and mortality among Medicare beneficiaries with chronic heart failure. J Am Coll Cardiol. 2003 Oct 1;42 (7):1226–33.
46. Moser DK, Watkins JF. Conceptualizing self-care in heart failure: a life course model of patient characteristics. J Cardiovasc Nurs. 2008 May-Jun;23 (3):205–18.
47. Stoller EP, Forster LE, Pollow R, Tisdale WA. Lay evaluation of symptoms by older people: an assessment of potential risk. Health Educ Q. 1993 Winter;20 (4):505–22.
48. van der Wal MH1, Jaarsma T, van Veldhuisen DJ. Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it? Eur J Heart Fail. 2005 Jan;7 (1):5–17.
49. Ko DT1, Tu JV, Masoudi FA et al. Quality of care and outcomes of older patients with heart failure hospitalized in the United States and Canada. Arch Intern Med. 2005 Nov 28;165 (21):2486–92.

Материал поступил в редакцию 13/12/2013