Хроническая сердечная недостаточность: рекомендации и реальная клиническая практика

Елена Курбановна Шаварова^{1*}, Лала Азяровна Бабаева¹, Сергей Сергеевич Падарьян¹, Нино Нодариевна Соселия¹, Ольга Ивановна Лукина¹, Анна Сергеевна Мильто²

¹ Российский университет дружбы народов. Россия 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6

² ГБУЗ Городская клиническая больница №64 ДЗМ. Россия 117292, Москва, ул. Вавилова, 61

Цель. Экспертная оценка соответствия реальной клинической практики ведения больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) национальным рекомендациям по данной нозологии в преддверии открытия Экспертного центра лечения ХСН.

Материал и методы. В регистр включались все пациенты, госпитализированные в 2 городские клинические больницы Москвы с диагнозом ХСН. Анализировались клинико-демографические, лабораторно-инструментальные данные, назначенная терапия до и во время госпитализации, рекомендации, содержащиеся в выписном эпикризе.

Результаты. 300 пациентов с диагнозом ХСН включены в регистр. Средний возраст составил 75 лет (39; 95), мужчины - 44%. 95% пациентов имели ХСН II-IV функционального класса (ФК), среди них у 24% - II ФК, у 61% - III ФК, у 15% - IV ФК. Низкая фракция выброса (ФВ) левого желудочка отмечена у 45%. Амбулаторно 22% обследованных медикаментозной терапии не получали. 34% пациентов с ХСН с низкой ФВ получали ингибиторы АПФ/блокаторы рецепторов ангиотензина, причем лишь у 23% из них - в эффективной дозе. β -адреноблокаторы были назначены у 41% больных, из них у 22% - в целевой дозе. Треть нуждающихся в антагонистах минералокортикоидных рецепторов (АМКР) получала спиронолактон. В стационаре у 81% пациентов с ХСН с низкой ФВ назначена терапия ингибиторами АПФ, 12% - сартанами, 91% - β -адреноблокаторами, 90% - АМКР, 81% - петлевыми и 13% - тиазидными диуретиками. По данным выписных эпикризов 5% пациентов не получили после выписки блокатор ренин-ангиотензин-альдостероновой системы без объяснения причины в медицинской документации. β -адреноблокатор с доказанной эффективностью был назначен у 70% больных с систолической дисфункцией. Среди пациентов с низкой ФВ спиронолактон рекомендовался к приему после выписки у 89% больных.

Заключение. Ведение регистра госпитализированных больных ХСН позволяет своевременно выявлять недочеты в оказании медицинской помощи, как на амбулаторном, так и на стационарном этапах.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, регистр, медикаментозное лечение.

Для цитирования: Шаварова Е.К., Бабаева Л.А., Падарьян С.С., Соселия Н.Н., Лукина О.И., Мильто А.С. Хроническая сердечная недостаточность: рекомендации и реальная клиническая практика. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии* 2016;12(6):631-637. DOI: <http://dx.doi.org/10.20996/1819-6446-2016-12-6-631-637>

Chronic Heart Failure: Clinical Guidelines and Real Clinical Practice

Elena K. Shavarova^{1*}, Lala A. Babaeva¹, Sergey S. Padaryan¹, Nino N. Soseliya¹, Olga I. Lukina¹, Anna S. Miltso²

¹Peoples' Friendship University of Russia. Miklukho-Maklaya ul. 6, Moscow, 117198 Russia

²Moscow City Clinical Hospital №64. Vavilova ul. 61, Moscow, 117292 Russia

Aim. Expert assessment of real clinical practice compliance with national guidelines on management of patients with chronic heart failure (HF) before the opening of the Expert Center of HF treatment.

Material and methods. All patients admitted to 2 city clinical hospitals of Moscow with HF were included into the register. Clinical, demographic, laboratory and instrumental characteristics and medical treatment before and during hospitalization were evaluated, as well as recommendations contained in the discharge summary.

Results. 300 patients with HF were included into the register. The mean age was 75 years (39, 95); the proportion of men - 44%. 95% of patients had HF II-IV (NYHA), among them 24% - HF II, 61% - HF III, 15% - HF IV (NYHA). HF with reduced ejection fraction (HFrEF) was found in 45% of patients. 22% of the patients did not receive medical treatment before admission. 34% of patients with HFrEF received ACE inhibitors/angiotensin receptor blockers (ARBs), of which only 23% - in effective dose. β -blockers were prescribed in 41% of HFrEF patients, of which 22% - in the target dose. A third of patients needed in mineralocorticoid receptor antagonists (MRA) received spironolactone. During hospitalization 81% of HFrEF patients received ACEI therapy, 12% - ARBs, 91% - β -blockers, 90% - MRA, 81% - loop diuretics and 13% - thiazide diuretics. According to the discharge summary 5% of patients did not receive post-discharge blocker of the renin-angiotensin-aldosterone system without explanation in the medical documentation. β -blocker with proven efficacy was prescribed to 70% of HFrEF patients. Spironolactone was recommended after discharge in 89% of HFrEF patients.

Conclusion. Implementation of register of hospitalized patients with HF gives an opportunity to identify shortcomings in the provision of medical care both in outpatient and inpatient stages.

Keywords: heart failure, register, pharmacotherapy.

For citation: Shavarova E.K., Babaeva L.A., Padaryan S.S., Soseliya N.N., Lukina O.I., Miltso A.S. Chronic Heart Failure: Clinical Guidelines and Real Clinical Practice. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2016;12(6):631-637. (In Russ). DOI: 10.20996/1819-6446-2016-12-6-631-637

*Corresponding author (Автор, ответственный за переписку): alisheva@rambler.ru

Received / Поступила: 28.10.2016

Accepted / Принята в печать: 14.11.2016

Распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) I-IV функционального класса (ФК) в российской популяции по данным эпидемиологических исследований последних 10 лет ЭПОХА-ХСН и ЭПОХА-О-ХСН составляет 7%. Клинически выраженная ХСН (II-IV ФК) имеет место у 4,5% населения. Распространенность терминальной ХСН (II-IV ФК) достигает 2,1% случаев [1-3]. Заболеваемость ХСН неуклонно растет, в среднем – на 1,2 человека на 1000 населения в год за счет более высокой заболеваемости ХСН мужчин в возрастной группе от 40 до 59 лет и женщин в возрастной группе от 70 до 89 лет. Несмотря на успехи инновационных фармакологических и интервенционных методов лечения, прогноз пациентов с ХСН остается неблагоприятным – около 30% пациентов погибают в течение первого года после установления диагноза [4,5]. Течение заболевания характеризуется частыми обострениями, требующими стационарного наблюдения, и, в целом, лечение данной категории пациентов является достаточно затратным, достигая в некоторых странах 2% общей суммы расходов на здравоохранение, причем большая часть расходов приходится на оплату госпитализаций [6]. В России почти 62,5% общей суммы расходов на лечение пациента с ХСН приходится именно на оплату госпитального лечения. Высокая частота повторных госпитализаций объясняется, с одной стороны, проблемами, связанными с пациентом, такими как низкая приверженность соблюдению немедикаментозных рекомендаций и режиму приема лекарственных препаратов, недостаток самоконтроля. С другой стороны, это обусловлено проблемами терапевтической инертности врачей, выбирающих неоптимальные дозовые режимы или назначающих препараты с недоказанной эффективностью, не уделяющих достаточного внимания разъяснению важности соблюдения водно-солевого режима.

Как в международных, так и в российских рекомендациях по лечению ХСН предусматривается создание специальных медицинских мультидисциплинарных подразделений – клиник сердечной недостаточности, обеспечивающих точную диагностику, обучение пациента и подбор терапии, основанной на доказательствах [7,8]. Такой комплексный подход ведет к значимому снижению частоты госпитализаций, увеличению выживаемости пациентов и их качества жизни, а также – к снижению расходов на здравоохранение [9,10]. Так, метаанализ рандомизированных клинических исследований продемонстрировал, что реализация мультидисциплинарных программ по ведению пациентов с ХСН сопровождается снижением частоты госпитализаций по поводу ХСН на 26%, всех госпитализаций – на 19%, а также снижением смертности на 25% [11]. Первым крупным российским многоцентровым исследованием эффективности использования обуче-

ния и мониторинга пациентов с ХСН стало исследование ШАНС (Школа и Амбулаторное Наблюдение больных Сердечной недостаточностью). В группе вмешательства значимо увеличилась дистанция в ходе проведения 6-минутного теста, также отмечено улучшение качества жизни и снижение частоты сердечных сокращений (ЧСС) в покое. Главным итогом программы ШАНС явилось значимое уменьшение количества повторных госпитализаций из-за декомпенсации ХСН и снижение смертности больных с 13% до 8,3% ($p=0,044$) [7]. Однако доступ нуждающихся к подобному виду медицинской помощи остается низким. В 2016 г. был создан Экспертный центр по лечению больных ХСН в терапевтической клинике РУДН на базе Городской клинической больницы №64 г. Москвы.

Целью данной публикации является анализ предшествующей открытию центра реальной клинической практики – соответствие ведения больных с данной патологией до начала работы Экспертного центра национальным рекомендациям по ХСН.

Материал и методы

В регистр включались все пациенты, госпитализированные в две городские клинические больницы г. Москвы с диагнозом «Хроническая сердечная недостаточность». База данных заполнялась обученным специалистом, который после выписки больного из стационара на основании истории болезни вносил требуемую информацию в разработанную форму для последующей статистической обработки. В анализе учитывались демографические данные, сопутствующие заболевания, диагностические процедуры, параметры гемодинамики, лабораторные данные, назначенная терапия до и во время госпитализации, а также подробно анализировался выписной эпикриз с рекомендациями, полученными пациентом после выписки.

К основным критериям оценки качества оказания медицинской помощи пациенту с ХСН были отнесены:

- оценка фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) и ее документирование в выписном эпикризе
- назначение в стационаре терапии с доказанной эффективностью пациентам с низкой фракцией выброса
- информирование пациентов о необходимости изменения образа жизни, постоянном приеме медикаментозной терапии
- преемственность стационарного и амбулаторного звена медицинской помощи (назначение визита к врачу после выписки из стационара с указанием места и времени).

В настоящее время ведение регистра продолжается, проводятся контрольные телефонные контакты с пациентами через 1, 6, 12 мес., планируется анализ предикторов повышенной смертности, который не вошел в рамки данной публикации.

Статистический анализ выполнен с использованием прикладных пакетов программы Statistica 8.0. Данные представлены в виде процентов от целого или среднего (M) и стандартного отклонения (SD), в случае ненормального распределения данных – в виде Me (25%;75%). Качественные характеристики оценивались с применением непарного t-теста Стьюдента, дискретные – χ -квадрат.

Ведение данного наблюдательного исследования было одобрено Этическим комитетом ГКБ №64. Пациенты информировались о том, что их данные будут использоваться в создании регистра.

Результаты и обсуждение

С февраля по апрель 2015 г. 300 больных с диагнозом «Хроническая сердечная недостаточность» были выписаны из двух стационаров г. Москвы. Средний возраст больных составил 75 (39; 95) лет, среди них мужчин было 44%. Впервые в рамках госпитализации данный диагноз был установлен у 33% больных. В качестве причин развития ХСН у 93% отмечена артериальная гипертензия (АГ), у 74% – ишемическая болезнь

сердца (ИБС), у 6% – клапанная патология, у 13% – злоупотребление алкоголем, у 2% – перенесенный миокардит. Для 15% пациентов эта госпитализация была повторной за последние 6 мес, причем 4% госпитализировались за последние полгода, как минимум, 2 раза. Большинство пациентов (95%) имели клинически выраженные проявления ХСН (II-IV ФК по NYHA): у 24% диагностирован II ФК, у 61% – III ФК, у 15% – IV ФК. Следует отметить, что тест с 6-минутной ходьбой – простой и точный инструмент оценки функциональных нарушений у пациентов с ХСН – не применялся для установления ФК ни у одного из обследованных. Электрокардиостимулятор был установлен у 9%, имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор (ИКД) – у 1 пациента (0,7%). Пациентов с установленным искусственным левым желудочком, ресинхронизирующим устройством, а также после трансплантации сердца не было.

Сравнительная характеристика пациентов с ХСН в зависимости от сохранности систолической функции левого желудочка (ЛЖ), включенных в Регистр представлена в табл. 1.

Table 1. Clinical and demographic characteristics of patients, included to the register

Таблица 1. Клинико-демографическая характеристика пациентов с ХСН, включенных в регистр

Параметр	ФВ $\geq$ 50% (n=118)	ФВ 40-49% (n=46)	ФВ<40% (n=136)
Возраст, лет	78 $\pm$ 9	73 $\pm$ 12	73 $\pm$ 12
Мужчины, %	29	48	56
Инфаркт миокарда, %	19	26	57*
Артериальная гипертензия, %	93	91	93
Фибрилляция предсердий, %	62	96	69
Сахарный диабет, %	49	20	45
Инсульт/ТИА в анамнезе, %	27	9	16*
Поражение клапанов сердца, %	14	22	13
Заболевание периферических артерий нижних конечностей, %	22	9	15*
Дислипидемия, %	59	48	51*
Хроническая болезнь почек, %	17	17	41*
Давление в легочной артерии, мм рт.ст.	45 $\pm$ 26	61 $\pm$ 29	55 $\pm$ 24
САД $>$ 140 мм рт.ст., %	58	65	38*
САД 100-140 мм рт.ст., %	37	35	47
САД $<$ 100 мм рт.ст., %	5	0	15*
ЧСЖ, уд/мин	86 $\pm$ 20	96 $\pm$ 29	95 $\pm$ 23
Коронарное шунтирование, %	2	0	6
Чрескожное коронарное вмешательство, %	2	0	15*
Электрокардиостимуляция, %	12	13	6
Имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор, %	0	0	1
Анемия, %	41	39	40
ХОБЛ, %	20	4	24

*p<0,05 по сравнению с группой с сохранной ФВ ($\geq$ 50%)
ФВ – фракция выброса левого желудочка, ТИА – транзиторная ишемическая атака, САД – систолическое артериальное давление, ЧСЖ – частота сокращений желудочков

Figure 1. Distribution of patients by LVEF in different age groups

Рисунок 1. Распределение больных по ФВ ЛЖ в зависимости от возраста

В качестве причин декомпенсации описывались: неконтролируемая АГ – у 47%, у 46% – нарушения ритма, у 36% – нарушение предписанного режима приема лекарственных препаратов, у 16% – появление/прогрессирование ангинозного синдрома, у 14% – бронхолегочная инфекция, у 6% – алкогольный эксцесс, у 2% – прием нестероидных противовоспалительных средств. Лишь у 5% пациентов в истории болезни были отмечены нарушения водно-солевого режима до госпитализации, что, скорее, связано с невнесением врачами информации в медицинскую документацию, чем с высокой приверженностью пациентов немедикаментозным мероприятиям.

ФВ ЛЖ ≥ 50% имели 40%, ФВ ЛЖ 40-49% – 15%, ФВ ЛЖ < 40% – 45% обследованных. Группы пациентов с сохранной и низкой ФВ ЛЖ были сравнимы по возрасту, отмечалась сопоставимая частота АГ, фибрилляции предсердий (ФП). При этом сохранная ФВ ЛЖ чаще регистрировалась у женщин, в этой группе отмечена более высокая частота дислипидемии, заболеваний периферических артерий, инсульта/транзиторной ишемической атаки (ТИА) в анамнезе. Систолическая дисфункция чаще сочеталась с наличием перенесенного инфаркта миокарда и чрескожных коронарных вмешательств, а также с наличием хронической болезни почек (ХБП). Обращает на себя внимание факт, что в группе пациентов с промежуточной ФВ ЛЖ большинство пациентов имели ФП, причем у 61% она была постоянной, у 24% – персистирующей, у 15% – пароксизмальной.

Распределение больных по ФВ ЛЖ в зависимости от возраста представлено на рис. 1.

К средствам, доказавшим способность к снижению смертности и заболеваемости именно при ХСН с низкой ФВ ЛЖ и применяемым у всех больных, следует отнести ингибиторы ангиотензинпревращающего фер-

мента (иАПФ) (класс IA), или при непереносимости иАПФ – блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА) (класс IIA A). При ХСН II-IV ФК рекомендовано применение бета-адреноблокаторов (класс IA) и антагонистов минералокортикоидных рецепторов (АМКР) (класс IA), а также при непереносимости бета-адреноблокаторов у больных с ХСН и синусовым ритмом с ЧСС > 70 уд/мин – ивабрадин (класс IIA). Выявлено, что исходно среди пациентов с ХСН, госпитализированных с декомпенсацией течения заболевания, иАПФ получали 32%, БРА – 11%, бета-адреноблокаторы – 47%, АМКР – 26%, петлевые диуретики – 30%, тиазидные диуретики – 9%. Следует отметить, что 22% обследованных никакой медикаментозной терапии не получали. Отличия в структуре назначенных препаратов в зависимости от возраста представлены на рис. 2. Наиболее часто назначаемыми препаратами явились бета-адреноблокаторы во всех возрастных группах. Наиболее активно леченной категорией больных оказались лица в возрасте от 65 до 74 лет.

Всего 34% пациентов с ХСН с низкой ФВ получали иАПФ/БРА, причем из них лишь 23% – в эффективной дозе (табл. 2). Бета-адреноблокаторы были назначены 41% больных, из них 22% – в целевой дозе. Лишь треть нуждающихся в АМКР получала спиронолактон.

Среди лиц с низкой ФВ частота назначения иАПФ и бета-адреноблокаторов была несколько ниже по сравнению с больными с сохранной ФВ. Согласно российским рекомендациям для пациентов с ХСН и сохранной систолической функцией сердца имеется минимальное количество доказательных данных, что делает затруднительной объективизацию подробных рекомендаций по лечению. Простой «перенос» рекомендаций по лечению больных преимущественно с си-

Figure 2. Initial pharmacotherapy in patients hospitalized with decompensated heart failure in different age groups
Рисунок 2. Структура исходной фармакотерапии у пациентов, госпитализированных с декомпенсацией ХСН, в различных возрастных группах

столбчатой дисфункцией ЛЖ на группу больных ХСН с сохранной ФВ выглядит сомнительным, но и отказ от лечения таких пациентов из-за того, что не всегда имеются убедительные данные рандомизированных исследований, не может быть обоснованным [7].

После изучения анамнеза заболеваний и предшествующей терапии анализировалась тактика ведения больного в стационаре и рекомендации, которые больные получали в момент выписки. Эхокардиографическое исследование выполнялось у 100% анализируемых пациентов. При оценке терапии в стационаре продемонстрировано, что 81% пациентов с ХСН с низкой ФВ назначена терапия иАПФ, 12% – БРА, 91% – бета-адреноблокаторами, 90% – АМКР, 81% – петлевыми и 13% – тиазидными диуретиками. В качестве причины отказа от назначения иАПФ отмечены противопоказания (2%), побочные эффекты (4%), причина не указана в 5% случаев, бета-адреноблокаторы не назначались из-за побочных эффектов в 1%, из-за противопоказаний – в 4%, в 4% случаев причина в истории болезни не обозначена. Тем не менее, при анализе соответствия доз назначаемых лекарственных препаратов эффективным целевым дозам, определенным в крупных рандомизированных клинических исследованиях, показано, что они были недостаточными при назначении иАПФ в 58% случаев, при назначении бета-адреноблокаторов – в 67%. Также следует отметить, что доказанной эффективностью в снижении смертности обладают не все представители класса бета-адреноблокаторов, предпочтительным у пациентов с ХСН с низкой ФВ является применение карведилола, бисопролола, метопролола сукцината замедленного вы-

свобождения, небиволола, что наблюдалось в обследованной группе лишь у 52% больных.

Одним из факторов, определяющих увеличение приверженности медицинским рекомендациям, является создание медицинской службы, обеспечивающей преемственность стационарного и амбулаторного этапа оказания помощи больным с ХСН. Создание специализированной клиники, включающей лечение в больнице и последующее амбулаторное наблюдение, позволяет существенно снизить частоту повторных госпитализаций [12, 13]. Анализ выписных эпикризов в рамках данного исследования продемонстрировал, что ни у одного из больных не обсуждались точная дата визита в поликлинику или возможность наблюдения после выписки из стационара в том же медицинском учреждении.

Большинство выписных эпикризов содержали необходимые рекомендации по немедикаментозным мерам лечения ХСН. Необходимость контроля водно-солевого режима была отмечена в 96% историй болезни, контроль массы тела – в 56%, при этом самостоятельная коррекция диуретической терапии по результатам контрольного ежедневного взвешивания не предлагалась ни в одном из проанализированных эпикризов. 95% курящих пациентов с ХСН было рекомендовано бросить курить. Лишь в 59% эпикризов подчеркнута важность физической активности и очерчены возможные нагрузки. Лекарственная терапия подробно описана во всех эпикризах, при этом стоит отметить, что иАПФ назначены 77% больных с систолической дисфункцией, еще 10% рекомендовались БРА, при этом наличие противопоказаний к их приему от-

Table 2. The initial treatment of patients hospitalized with decompensated heart failure

Таблица 2. Структура исходной терапии пациентов, госпитализированных с декомпенсацией ХСН

Группа препаратов	ФВ<40% (n=136)	ФВ 40–49% (n=46)	ФВ≥50% (n=118)
иАПФ/БРА, %	34	43	54*
ББ, %	41	48	54*
АМКР, %	29	22	24
Диуретики, %	31	26	38

* $p < 0,05$ по сравнению с группой со сниженной ФВ (<40%)
иАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, БРА – блокаторы рецепторов ангиотензина II, АМКР – антагонисты минералокортикоидных рецепторов, ББ – бета-адреноблокаторы

мечено у 8% пациентов. Таким образом, 5% пациентов не получили после выписки блокатор ренин-ангиотензин-альдостероновой системы без объяснения причины в медицинской документации. При анализе назначаемых доз показано, что оптимальные терапевтические дозы иАПФ/БРА применялись только у 20% больных, что отчасти может быть объяснено краткостью пребывания в условиях стационара, что делает невозможным проведение полной титрации.

Бета-адреноблокатор с доказанной эффективностью у пациентов с низкой ФВ был назначен 70% больных с систолической дисфункцией, при этом у 58% больных применялся бисопролол, у 4% – метопролола сульфонат замедленного высвобождения, у 8% – карведилол. Назначенный в 17% случаев метопролола тартрат не рекомендован у данной категории пациентов.

Среди пациентов с низкой ФВ АМКР (спиронолактон) рекомендовались к приему после выписки у 89% больных, при том, что противопоказания к их приему отмечены в 1% случаев.

Среди пациентов с ФП и высоким риском тромбозомболических осложнений по шкале CHA₂DS₂-VASc лишь половина нуждающихся получала терапию антикоагулянтами. Дезагрегантная терапия (ацетилсалициловая кислота или клопидогрел) назначалась в 67% случаев, антикоагулянты – в 35%, при этом преимущественно рекомендовался варфарин (32%), а 3% больных получили новые антикоагулянты. В качестве наиболее распространенной причины отказа от данного вида лечения отмечена невозможность контролировать МНО амбулаторно. Двойная терапия дезагрегантом в сочетании с антикоагулянтом выглядит несколько избыточной, поскольку назначена в 13% случаев, при том, что частота острого коронарного синдрома и/или чрескожных вмешательств в течение последних 12 мес составила 5%.

Пациентам с ХСН и ФВ<35% своевременная установка ИКД позволяет снизить риск внезапной смерти. В анализируемой популяции при отсутствии противопоказаний лишь 4% пациентов со значимой систолической дисфункцией получили рекомендацию проконсультироваться с кардиохирургом для решения вопроса о постановке ИКД. Рекомендации по ресинхронизирующей терапии в выписных эпикризах обследуемой популяции отсутствовали.

Заклучение

В настоящее время медицинскую помощь больным с сердечной недостаточностью трудно назвать удовлетворительной. Несмотря на имеющиеся четкие методические руководства, основанные на доказательствах, диагноз ХСН не всегда ставится своевременно, не все пациенты получают оптимальную медикаментозную терапию, а также рекомендации по модификации образа жизни [14]. Структурированный подход к пожизненному наблюдению за такими больными, позволяющий своевременно корректировать лечение на ранних стадиях декомпенсации, позволит значительно снизить частоту повторных госпитализаций и смертность. Мультидисциплинарная модель такой помощи может быть реализована в рамках специализированной клиники сердечной недостаточности. Основной проблемой остается найти наиболее приемлемую форму организации подобной клиники, которая, демонстрируя оптимальное соотношение затрат и эффективности, позволила бы устранить основные пробелы в помощи больным ХСН.

Конфликт интересов. Статья опубликована при поддержке компании Новартис, что никоим образом не повлияло на собственное мнение авторов.

Disclosures. Help in the publication of this article was provided by Novartis that did not affect the authors' own opinions.

References / Литература

1. Belenkov Yu.N., Fomin I.V., Mareev V.Yu. et al. The first results of the Russian epidemiological studies on heart failure. *Serdechnaya Nedostatochnost'*. 2003;4(1):26-30. (In Russ.) [Беленков Ю. Н., Фомин И. В., Мареев В. Ю. и др. Первые результаты Российского эпидемиологического исследования по XCH. *Сердечная Недостаточность*. 2003;4(1):26-30].
2. Ageev F.T., Danielyan M.O., Mareev V.Yu., et al. Patients with chronic heart failure in the Russian ambulatory practice: particular contingent, diagnosis and treatment (studies AGE-O-CHF). *Serdechnaya Nedostatochnost'*. 2004;5(1):4-7. (In Russ.) [Агеев Ф.Т., Даниелян М.О., Мареев В.Ю. и др. Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам исследования ЭПОХА-О-ХСН). *Сердечная Недостаточность*. 2004;5(1):4-7].
3. Ageev F.T., Belenkov Yu.N., Fomin I.V., et al. The prevalence of chronic heart failure in the European part of the Russian Federation - Data of EPOHA-HSN study. *Serdechnaya Nedostatochnost'*. 2006;7(1):112-5. (In Russ.) [Агеев Ф.Т., Беленков Ю.Н., Фомин И.В. и др. Распространенность хронической сердечной недостаточности в Европейской части Российской Федерации – данные ЭПОХА-ХСН. *Сердечная Недостаточность*. 2006;7(1):112-5].
4. Lloyd-Jones D., Adams R., Carnethon M. et al. Heart disease and stroke statistics—2009 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2009;119(3):e21-181.
5. Kosiborod M., Lichtman J.H., Heidenreich P.A. et al. National trends in outcomes among elderly patients with heart failure. *Am J Med*. 2006;119(7):616 e1-7.
6. Stewart S. Financial aspects of heart failure programs of care. *Eur J Heart Fail*. 2005;7: 423-428.
7. (In Russ.) [Национальные рекомендации по диагностике и лечению XCH. *Сердечная Недостаточность*. 2013;14(7):1-81].
8. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. The task force for the diagnosis and the treatment of acute and chronic heart failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the heart failure association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2012;33:1787-847.
9. Van der Wal M.H., Jaarsma T., van Veldhuisen D.J. Non-compliance in patients with heart failure: how can we manage it? *Eur J Heart Fail*. 2005;1(7):5-17.
10. Rich M.W., Beckham V., Wittenberg C. et al. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med*. 1995;333:1190-5.
11. McAlister F.A., Stewart S., Ferrua S. et al. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol*. 2004;44:810-9.
12. Göhler A., Jannuzzi J.L., Worrell S.S. et al. A systematic meta-analysis of the efficacy and heterogeneity of disease management programs in congestive heart failure. *J Card Fail*. 2006;12(7):554-67.
13. Roccaforte R., Demers C., Baldassarre F. et al. Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients. A meta-analysis. *Eur J Heart Fail*. 2005;7(7):1133-44.
14. Michota Jr F.A., Amin A. Bridging the gap between evidence and practice in acute decompensated heart failure management. *J Hosp Med*. 2008;3(6 suppl):S7-15.

About the Authors:

Elena K. Shavarova – MD, PhD, Associate Professor, Chair of Propedeutics of Internal Diseases, Peoples' Friendship University of Russia

Lala A. Babaeva – MD, PhD, Associate Professor, Chair of Propedeutics of Internal Diseases, Peoples' Friendship University of Russia

Sergey S. Padaryan – MD, PhD, Assistant, Chair of Propedeutics of Internal Diseases, Peoples' Friendship University of Russia

Nino N. Soseliya – MD, Fellow, Chair of Propedeutics of Internal Diseases, Peoples' Friendship University of Russia

Olga I. Lukina – MD, Fellow, Chair of Propedeutics of Internal Diseases, Peoples' Friendship University of Russia

Anna S. Milto – MD, PhD, Professor, Chair of Propedeutics of Internal Diseases, Peoples' Friendship University of Russia; Deputy Medical Director in Charge of Medicine, City Clinical Hospital № 64

Сведения об авторах:

Шаварова Елена Курбановна – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней РУДН

Бабаева Лала Азьяровна – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней РУДН

Падарьян Сергей Сергеевич – к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней РУДН

Соселия Нино Нодариевна – аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней РУДН

Лукина Ольга Ивановна – аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней РУДН

Милько Анна Сергеевна – д.м.н., профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней РУДН; зам. главного врача по медицинской части ГКБ № 64.