

Эффективность различных моделей обучения пожилых пациентов с хронической сердечной недостаточностью на фоне артериальной гипертензии

В.В. Симерзин, С.В. Гарькина

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава», Самара, Россия

Симерзин В.В. — член правления РНОА, председатель Самарской секции ВНОК по кардиореабилитации и вторичной профилактике больных ишемической болезнью сердца, главный липидолог МЗ и СР Самарской области, руководитель центров «Профилактики и лечения атеросклероза и дислипидемий» и «Диагностики и лечения кардиомиопатий», доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской терапии ГОУ ВПО; Гарькина С.В. — старший лаборант кафедры факультетской терапии ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава».

Контактная информация: Самарский государственный медицинский университет Росздрава, ул. Чапаевская, д. 89, Самара, Россия, 443099. Тел.: 8 (846) 310-98-74. E-mail: garkina82@mail.ru (Гарькина Светлана Витальевна).

Резюме

Материалы и методы. В исследование включено 64 больных пожилого возраста ($67,3 \pm 3,9$ года) с различными стадиями хронической сердечной недостаточности (ХСН) на фоне артериальной гипертензии (АГ). Пациенты были рандомизированы на две группы: I группу составили 32 пациента, которым реализована классическая групповая модель обучения; а II группу — 32 пациента, прошедшие индивидуальное обучение на основе модели эффективного врачебного консультирования. Все больные получали стандартную фармакотерапию, рекомендованную ВНОК при лечении АГ и ХСН. **Результаты.** Исходно в обеих группах число пациентов с хорошей приверженностью не превышало 14 %. Через год после выписки из стационара высокая комплаентность наблюдалась у 28 пациентов (87,5 %) II группы и только 19 пациентов (59,4 %) группы контроля. Через 6 месяцев наблюдения динамика симптомов, показателей шкалы оценки клинического состояния (ШОКС) и результатов теста 6-минутной ходьбы (ТШХ) у всех пациентов была положительной, но более выражена у пациентов прошедших индивидуальное обучение, а через 1 год различия были статистически достоверны. Однако только во II группе произошло достоверное снижение числа вызовов скорой помощи и дополнительных госпитализаций, связанных с декомпенсацией заболевания. **Выводы.** Комплексный подход к обучению пожилых пациентов является эффективным и экономически выгодным мероприятием.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность, пожилой возраст, программы обучения, приверженность.

Effectiveness of different educational models in elderly hypertensive patients with heart failure

V.V. Simerzin, S.V. Garkina

Samara State Medical University, Samara, Russia

Corresponding author: Samara State Medical University, 89 Chapaevskaya st., Samara, Russia, 443099. Phone: 8 (846) 310-98-74. E-mail: garkina82@mail.ru (Svetlana V. Garkina, Laboratory Assistant at Faculty Therapy Department at Samara State Medical University).

Abstract

Design and methods. We observed 64 geriatric patients ($67,3 \pm 3,9$ years old) with chronic heart failure (CHF) and arterial hypertension (AH), which had been divided into 2 groups. The first group included 32 patients who received classical group educational model, the second — 32 patients who were individually educated based on effective medical consulting. All patients received standard treatment of AH and CHF (angiotensin-converting enzyme inhibitors, β -blockers, diuretics, aldosterone antagonists and digoxin). **Results.** Initially less than 14 % of patients had good compliance. After 12 months of intervention, medication adherence increased to 59,4 % in I group and 87,5 % in II group. In 6 months the dynamics of clinical symptoms and functional status was positive in all groups, particularly after individual education, the difference between groups was significant in 12 months. Only in II group we observed significant reduction of emergency calls and extra hospital admissions due to decompensation of CHF. **Conclusion.** The complex approach to education of elderly patients is effective and has economic benefits.

Key words: arterial hypertension, chronic heart failure, elderly patients, educational programs, compliance.

Статья поступила в редакцию: 19.01.10. и принята к печати: 10.02.10.

Введение

Артериальная гипертензия (АГ), по различным оценкам, встречается у 30–50 % лиц старше 60 лет и вносит существенный вклад в развитие и прогрессирование хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пожилых пациентов [1]. Эпидемиологические исследования свидетельствуют, что адекватный медикаментозный контроль повышенного АД у пациентов с ХСН на фоне артериальной гипертензии чрезвычайно низок во всем мире [2]. Одним из современных подходов к повышению качества лечения хронических заболеваний является терапевтическое обучение. Существующие подходы к организации образовательных школ для больных ХСН и АГ требуют пересмотра с учетом специфики ведения пожилых пациентов. В связи с этим актуальным является поиск наиболее эффективных с медицинской и экономической точек зрения методик обучения данной группы пациентов.

Цель исследования

Целью исследования явилась оценка эффективности лечения пациентов пожилого возраста, страдающих ХСН на фоне АГ, с использованием различных моделей обучения.

Материалы и методы

Основой для настоящей работы послужили наблюдения за 64 больными пожилого возраста с различными стадиями ХСН на фоне АГ. *Критерии включения:* возраст 61–74 года; исходный уровень систолического АД (САД) 140–179 мм рт. ст. и диастолического АД (ДАД) — 90–109 мм рт. ст.; наличие у пациента характерных симптомов и клинических признаков сердечной недостаточности в покое и/или при нагрузке; наличие у пациента объективных признаков дисфункции сердца в покое; уровень мозгового натрий-уретического пептида (BNP) более 150 пг/мл; информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: вторичная АГ; острый коронарный синдром; инфаркт миокарда (ИМ) на момент обследования и в анамнезе; тромбоэмболия легочной артерии; острое нарушение мозгового кровообращения на момент обследования и в анамнезе; врожденные и приобретенные пороки сердца; сопутствующая тяжелая соматическая патология; психические заболевания в анамнезе у больного и у близких родственников.

Отбор пациентов для исследования проводился методом случайной выборки, отвечающим требованиям репрезентативности по отношению к изучаемой совокупности. Среди включенных в обследование было 35 мужчин и 29 женщин. Средний возраст больных составил $67,3 \pm 3,9$ года.

Основным методом исследования для всех групп больных был метод клинического анализа. Всем пациентам проводилось обязательное клинико-инструментальное обследование в соответствии с требованиями стандартов обследования больных АГ и ХСН. Диагноз АГ устанавливали на основании критериев классификации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии

и Всероссийского научного общества кардиологов [1]. Диагноз ХСН устанавливали на основании критериев классификации ХСН ОССН [2].

Для оценки качества жизни (КЖ) больных использовали анкеты: неспецифический опросник SF-36 с раздельным анализом психологического (МН) и физического (РН) компонентов здоровья [3], модернизированный Миннесотский опросник «Жизнь больного с сердечной недостаточностью» (MLHFQ) [4].

В соответствии с поставленной целью исследования методом случайной выборки сформированы основная и контрольная группы пациентов, сопоставимые по основным клинико-морфологическим критериям.

Все больные получали стандартную фармакотерапию, рекомендованную ВНОК при лечении АГ и ХСН. Дополнительно проводилось обучение пациентов, и при необходимости осуществлялось психологическое консультирование. Терапию считали эффективной при достижении к концу наблюдения целевого АД менее 130/90 мм рт. ст. На контрольных визитах оценивалась эффективность фармакотерапии по достижению целевого уровня АД, динамике функционального класса (ФК) ХСН и ШОКС, а также приверженность лечению с использованием теста Мориски-Грина [5].

Пациентам, включенным в контрольную группу, реализована классическая групповая модель обучения. В стационаре давались рекомендации по самоконтролю симптомов, диете, режиму физической активности, распорядку дня. Далее пациенты проходили лечение в обычных поликлинических условиях. После выписки проводились последующие периодические осмотры в рамках диспансерного наблюдения.

В основной группе осуществляли индивидуальное обучение пациентов на основе модели эффективного врачебного консультирования. Занятия были построены в форме активного недирективного консультирования (обсуждение и советы). Все пациенты заполняли дневник самоконтроля АД и симптомов ХСН и отмечали регулярность приема препаратов. После выписки поддерживались телефонные контакты с пациентом для отчета о самочувствии (первый месяц после выписки из стационара — еженедельно; далее 2 раза в месяц). Дополнительно проводили обучение членов семьи пациента. Период наблюдения составил 1 год с момента выписки из стационара. Промежуточные контрольные визиты назначались через 2 и 6 месяцев от начала наблюдения.

Для оценки достоверности показателей, имеющих непрерывные значения, использовали t-критерий Стьюдента. Для оценки достоверности показателей, имеющих дискретные значения, использовали непараметрический критерий Манна-Уитни. Обработку материала проводили с помощью статистической программы SPSS 17.

Результаты

Сравниваемые основные и контрольные группы пациентов были однородны по составу и не имели статистически достоверных различий по полу, возрасту, длительности заболевания, тяжести сердечной недостаточности, исходным параметрам гемодинамики (табл. 1).

Таблица 1

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
ДО НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ

Признак	Характеристика признака	Группы больных	
		I группа основная (n = 32)	II группа контроля (n = 32)
Возрастно-половая структура	Возраст, лет	67,5 ± 4,0	66,9 ± 3,8
	Мужчины	18	17
	Женщины	14	15
Стадия ХСН по классификации ОССН	I	7	8
	II А	25	24
	II Б	-	-
Длительность заболевания (годы)	Менее 1	-	-
	1–4	8	8
	5–10	14	15
	Более 10	10	9
	Средняя длительность анамнеза ХСН	3,29 ± 1,34	3,32 ± 1,38
ШОКС	Исходная оценка (баллы)	5,7 ± 1,1	5,7 ± 1,2
ТШХ	Исходная дистанция (м)	287,5 ± 31,8	289,6 ± 30,9
ФК по классификации ХСН ОССН	I	2	3
	II	6	5
	III	24	24
	IV	-	-
Степень АГ	I	3	4
	II	29	28
Клинические параметры гемодинамики	Средняя ЧСС, уд./мин.	82,4 ± 2,11	81,9 ± 2,28
	САД, мм рт. ст.	156,3 ± 2,8	157,8 ± 2,7
	ДАД, мм рт. ст.	99,3 ± 1,6	99,8 ± 1,4

Примечание: ХСН — хроническая сердечная недостаточность; ФК — функциональный класс; ШОКС — шкала общего клинического состояния; ТШХ — тест шестиминутной ходьбы; АГ — артериальная гипертензия; ЧСС — частота сердечных сокращений; САД — систолическое артериальное давление; ДАД — диастолическое артериальное давление; * — различия между группами статистически недостоверны, $p > 0,05$.

Результаты лечения и последующего наблюдения пациентов отражены в таблицах 2–4. Через 2 месяца после выписки из стационара наблюдалась следующая динамика.

Более 45 % пациентов отмечали субъективное улучшение состояния, статистически значимых различий по этому показателю в исследуемых группах не было (табл. 2). Никому из пациентов за время наблюдения не потребовалась дополнительная госпитализация и вызовы бригад скорой медицинской помощи (СМП). Тем не менее в контрольной группе больные достоверно чаще нуждались в усилении терапии в связи с нарастанием клинической симптоматики.

При оценке эффективности контроля АГ у пожилых пациентов получены следующие результаты. Через 2 месяца после выписки количество пациентов, достигших целевых значений АД, достоверно не отличалось и составило около 18 % от общего числа больных в обеих группах. В дальнейшем индивидуальный подход к обучению способствовал улучшению приверженности терапии в основной группе. Регулярный прием назначенных медикаментов и организованный ежедневный самоконтроль АД у этих пациентов сопровождался повышением эффективности проводимой терапии. Так, через год наблюдения и лечения, у 30 больных основной

группы (93,8 %) уровень АД по данным суточного мониторинга был ниже 130/80 мм рт. ст., то есть контроль АГ был эффективным. В то же время групповой подход к обучению пожилых больных позволил достичь снижения АД до целевого уровня только у 19 (59,4 %) пациентов в контрольной группе.

Исходно в обеих группах число пациентов с хорошей приверженностью (прием более 80 % от назначенных препаратов) было низким и не превышало 14 %. В контрольной (II) группе через 1 год после выписки из стационара комплаентными оказались 20 пациентов (62,5 %). В группе пациентов, которым реализована индивидуальная модель обучения, была достигнута значительно лучшая приверженность выполнению врачебных назначений — 94 %. При использовании валидированного опросника Мориски-Грина получены следующие результаты: через год после выписки из стационара высокая комплаентность наблюдалась у 28 пациентов (87,5 %) I группы и только у 19 пациентов (59,4 %) группы контроля.

Несомненно, хорошая приверженность терапии определяла заметно лучшую динамику показателей ШОКС и результатов теста 6-минутной ходьбы (ТШХ) у пациентов основной группы (табл. 3). Таким образом, через 6 месяцев после выписки из стационара показано

Таблица 2

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ТЕЧЕНИЕ 2 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА

Признак	Результаты, абс. (%)	
	I группа (основная) n = 32	II группа (контрольная) n = 32
Субъективное улучшение	18 (56,3 %)	15 (46,9 %)
Усиление терапии	1 (3,1 %)*	4 (12,5 %)
Незапланированные визиты к врачу в связи с нарастанием симптоматики (декомпенсации) ХСН	1 (3,1 %)*	4 (12,5 %)
Вызовы СМП	-	-
Госпитализации вследствие декомпенсации ХСН	-	-

Примечание: ХСН — хроническая сердечная недостаточность; СМП — скорая медицинская помощь; * — отличия от контрольной группы статистически достоверны, $p < 0,05$.

Таблица 3

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ШКАЛЫ ОБЩЕГО КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ
И ТЕСТА ШЕСТИМИНУТНОЙ ХОДЬБЫ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА

Признак	Характеристика признака	Группы больных	
		I группа (основная) n = 32	II группа (контрольная) n = 32
ШОКС (баллы)	Исходная оценка	$5,7 \pm 1,1$	$5,7 \pm 1,2$
	Оценка через 6 мес. наблюдения и лечения	$5,2 \pm 0,9$	$5,4 \pm 1,0$
	Оценка через 12 мес. наблюдения и лечения	$3,8 \pm 1,0^*$	$4,9 \pm 1,1$
ТШХ (м)	Исходная дистанция ТШХ	$287,5 \pm 31,8$	$289,6 \pm 30,9$
	Дистанция ТШХ через 6 мес. наблюдения и лечения	$332,4 \pm 32,6$	$326,2 \pm 33,4$
	Дистанция ТШХ через 12 мес. наблюдения и лечения	$390,6 \pm 33,8^*$	$363,4 \pm 34,2$

Примечание: ШОКС — шкала общего клинического состояния; ТШХ — тест шестиминутной ходьбы; * — отличия от контрольной группы статистически достоверны, $p < 0,05$.

Таблица 4

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
ПО ДАННЫМ ОПРОСНИКА ПО ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ MLHFQ

Признак	Характеристика признака	Группы больных	
		I группа (основная) n = 32	II группа (контрольная) n = 32
Качество жизни (средний суммарный показатель)	Исходная оценка	$56,7 \pm 3,5$	$57,4 \pm 3,7$
	Оценка через 6 мес. наблюдения и лечения	$39,9 \pm 3,3^*$	$44,8 \pm 3,9^{**}$
	Оценка через 12 мес. наблюдения и лечения	$32,4 \pm 3,2^{* \#}$	$37,1 \pm 3,4^{**}$

Примечание: * — отличия от результатов I группы до лечения статистически достоверны, $p < 0,05$; ** — отличия от результатов II группы до лечения статистически достоверны, $p < 0,05$; # — отличия от контрольной группы после лечения статистически достоверны, $p < 0,01$.

значимое повышение толерантности к физической нагрузке в группе активного амбулаторного наблюдения пациентов, а через 1 год различия были статистически достоверны.

При завершении исследования повторно оценивали частоту незапланированных визитов к врачу вследствие нарастания декомпенсации ХСН, число вызовов бригады СМП и необходимость дополнительных госпитализаций. Так, пациенты, прошедшие индивидуальное обучение, лучше контролировали симптомы ХСН и значительно реже нуждались в усилении терапии (11,3 %)

по сравнению с группой контроля (29,8 %). При этом в контрольной группе было достоверно выше число дополнительных госпитализаций (7,6 %) и вызовов СМП (17,4 %) в течение года, в то время как среди больных I группы эти показатели составили 3,1 % и 6,2 % соответственно.

В стационаре у всех пациентов отмечалось неудовлетворительное КЖ по данным опросника SF-36 и модернизированного Миннесотского опросника, статистически значимых различий между группами не было (табл. 4–5).

Таблица 5

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
ПО ДАННЫМ ОПРОСНИКА ПО ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ SF-36

Качество жизни (средний суммарный показатель)	Характеристика признака	Группы больных	
		I группа (основная) n = 32	II группа (контрольная) n = 32
Исходная оценка	РН	43,9 ± 2,6	44,1 ± 2,5
	МН	44,3 ± 2,7	44,2 ± 2,5
Оценка через 6 мес. наблюдения и лечения	РН	45,8 ± 2,6	45,1 ± 2,6
	МН	44,9 ± 2,5	44,3 ± 2,7
Оценка через 12 мес. наблюдения и лечения	РН	51,3 ± 2,7*#	48,4 ± 2,5**
	МН	50,2 ± 2,5*	49,8 ± 2,6**

Примечание: МН — психологический компонент здоровья; РН — физический компонент здоровья; * — отличия от результатов I группы до лечения статистически достоверны, $p < 0,05$; ** — отличия от результатов II группы до лечения статистически достоверны, $p < 0,05$; # — отличия от контрольной группы после лечения статистически достоверны; $p < 0,01$.

При сравнительном анализе КЖ с помощью модернизированного Миннесотского опросника выявлено наибольшее ухудшение показателей по пунктам, отражающим физический и экономический статусы больного. После проведенного лечения выявлено достоверное преимущество методики активного амбулаторного наблюдения пациентов в сравнении с групповым обучением.

Результаты, представленные в таблице 5, также свидетельствуют о более выраженном улучшении показателей КЖ больных по шкалам физического и психологического компонентов здоровья опросника SF-36 через год после выписки из стационара у пациентов, которым реализована программа эффективного врачебного консультирования, по сравнению с контрольной группой.

Обсуждение

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, 80 % заболеваний являются хроническими. При большинстве из них разработаны терапевтические меры, позволяющие замедлять прогрессирование патологии и предотвращать ее обострения. Однако назначенное лечение должным образом проводят менее 50 % пациентов. В то же время обучение пациентов с ХСН является неотъемлемой частью их комплексного лечения, так как способствует достоверному снижению уровня осложнений и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний [2, 6–7]. Данные исследований, проведенных в ряде стран, подтверждают, что использование специализированных программ обучения и амбулаторного ведения пациентов с ХСН является достаточно эффективным методом, позволяющим улучшить качество лечения данной патологии [8–9]. Проведенный метаанализ по результатам 33 рандомизированных исследований, использовавших мультидисциплинарный подход, обучение пациентов и их активный мониторинг, подтверждает эффективность подобных программ [10–11].

В то же время в настоящем исследовании показано достоверное увеличение числа повторных госпитализаций и вызовов бригад СМП в связи с декомпенсацией ХСН в группе пациентов, не прошедших индивидуальное обучение, однако за период наблюдения (1 год после вы-

писки из стационара) все больные отмечали улучшение самочувствия. Возможно, подобные результаты объясняются тем, что в контрольной группе проводились занятия с пациентами с использованием традиционной модели обучения, которая также способствует повышению информированности пациентов и улучшает приверженность терапии, хотя и в меньшей степени.

Установлено, что низкая приверженность лечению является одной из причин недостаточной эффективности лечения АГ [1]. В то же время недостаточный контроль АГ у пациентов с ХСН способствует прогрессированию заболевания. Для повышения приверженности лечению существуют разные подходы. Достижение эффективного контроля АГ и длительное поддержание АД на целевом уровне возможны только при активном и осознанном участии самого пациента в процессе лечения. Все более широкое развитие в стране получает новая форма профилактической работы с пациентами — образовательные школы, которые в настоящее время организованы и функционируют на уровне первичного звена здравоохранения. Задачами школ является информирование пациентов о риске осложнений АГ, положительных последствиях непрерывного лечения и достижения целевых уровней АД, немедикаментозных методах воздействия на АГ, обучение навыкам самоконтроля АД [1–2, 12].

В нашем исследовании показано положительное влияние любой организационной модели обучения больных на динамику клинических симптомов, скорость достижения целевого уровня АД и их комплаентность. Однако в пожилом возрасте часто более эффективно применение индивидуальных образовательных программ на основе активного недирективного врачебного консультирования [2, 11]. Это также способствует повышению приверженности, так как, самостоятельно контролируя АД, пациент становится активным участником процесса лечения и может видеть, что для поддержания нормального уровня АД необходимо постоянное лечение. В свою очередь недостаточная приверженность терапии повышает риск развития декомпенсации ХСН у подобных пациентов до уровня тех, кто вообще не получает лечения. В конечном итоге хороший контроль АГ у пожилых больных ХСН рассматривается как фактор замедления процессов

ремоделирования органов-мишеней и, как следствие, улучшает прогноз при данном заболевании.

Таким образом, мероприятия по улучшению взаимодействия врача и пациента, повышение информированности пациентов о факторах риска и осложнениях заболевания (в индивидуальных беседах и школах для больных АГ и ХСН), обучение методам самоконтроля АД и симптомов ХСН позволяют повысить приверженность терапии, качество жизни пациентов и тем самым улучшить эффективность лечения данной патологии. Происходит достоверное снижение числа вызовов бригад СМП и дополнительных госпитализаций, связанных с декомпенсацией ХСН, следовательно, комплексный подход к обучению пожилых пациентов является эффективным и экономически выгодным мероприятием. У данной группы больных целесообразно проведение индивидуальных занятий и активного амбулаторного мониторинга с использованием телефонного контроля и привлечением к обучению родственников пациента.

Литература

1. Национальные Рекомендации ВНОК и Российского медицинского общества по артериальной гипертензии по диагностике и лечению АГ (третий пересмотр) // Кардиоваск. терапия и профилактика. — 2008. — Т. 7, № 6 (прил. 2).
2. Национальные Рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр) // Сердечная недостаточность. — 2007. — Т. 8, № 3. — С. 112–116.
3. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide. — The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass, 1993.
4. Rector T.S., Kubo S.H., Cohn J.N. Patients self-assessment of their congestive heart failure. Part 2: content, reliability and validity of a new measure, the Minnesota living with heart failure questionnaire // Heart failure. — 1997. — Vol. 10. — P. 198–209.
5. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence // Med. Care. — 1986. — Vol. 24. — P. 67–73.
6. 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) // Сердечная недостаточность. — 2004. — Т. 5, № 1. — С. 4–7.
7. Якушин С.С., Никулина Н.Н., Зайцева Н.В. и др. Эффективность терапевтического обучения и амбулаторного наблюдения больных с ХСН III–IV ФК: клинические и инструментальные доказательства // Сердечная недостаточность. — 2004. — Т. 5, № 5. — С. 240–243.
8. Gustafsson F., Malcolm J., Arnold O. Heart failure clinics and out-patient management: review of the evidence and call for quality assurance // Eur. Heart J. — 2004. — Vol. 25, № 18. — P. 1596–1604.
9. 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. — Vol. 7, № 7. — P. 1133–1144.
10. Varma S., McElnay J.C., Hughes C.M. et al. Pharmaceutical care of patients with congestive heart failure: interventions and outcomes // Pharmacotherapy. — 1999. — Vol. 19, № 7. — P. 860–869.
11. Stewart S., Marley J.E., Horowitz J.D. Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study // Lancet. — 1999. — Vol. 354, № 9184. — P. 1077–1083.
12. Конради А.О., Полуничева Е.В. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции // Артериальная гипертензия. — 2004. — Т. 10, № 3. — С. 137–143.