

Перепеч Н. Б., Трегубов А. В., Михайлова И. Е.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: ИЗМЕНЕНИЯ ЗА 2 ГОДА СУЩЕСТВОВАНИЯ ДОКУМЕНТА

Цель	Изучить, как изменилась приверженность врачей базовым положениям клинических рекомендаций (КР) по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (ХСН) за 2 года существования документа.
Материал и методы	Проведено анонимное анкетирование 263 врачей (204 кардиологов, 46 терапевтов и 13 врачей других специальностей), проходивших обучение по программам повышения квалификации в 2022 г. Анкета включала вопросы, касающиеся самооценки профессиональных знаний респондентов, их отношения к роли КР в повседневной практике и представлений о методах лечения ХСН.
Результаты	Респонденты дали 60,6% правильных ответов на вопросы, относящиеся к лечению ХСН. Более 70% правильных ответов дали 42,7% кардиологов и 17,4% терапевтов. По сравнению с 2020 г. достоверно увеличилась доля кардиологов, давших более 70% правильных ответов ($p < 0,05$). КР считают обязательными к исполнению 26,2% и важными или иногда полезными 71,5% респондентов. Кардиологи считают КР обязательными к исполнению чаще, чем терапевты (29,9 и 15,2% соответственно; $p = 0,04$). Среднее количество правильных ответов было больше в подгруппе респондентов, считающих КР обязательными к исполнению ($p < 0,001$). Более 70% правильных ответов дали лишь 43,8% кардиологов, которые сочли себя полностью информированными и способными консультировать коллег по сложным вопросам диагностики и лечения ХСН, и 40,6% врачей, считающих свои знания приемлемыми для помощи пациентам с ХСН.
Заключение	Большинство врачей считают КР важным методическим документом, но лишь немногим более 25% признают, что КР являются обязательными к исполнению. Кардиологи лучше, чем терапевты, осведомлены об основных положениях Национальных КР по диагностике и лечению ХСН, но средний уровень знаний врачей остается низким.
Ключевые слова	Знания врачей; хроническая сердечная недостаточность; клинические рекомендации
Для цитирования	Perepech N.B., Tregubov A.V., Mikhailova I.E. Physicians' Adherence to Clinical Guidelines on the Chronic Heart Failure Diagnosis and Treatment: Changes Over 2 Years of the Document's Existence. <i>Kardiologiia</i> . 2024;64(2):43–50. [Russian: Перепеч Н.Б., Трегубов А.В., Михайлова И.Е. Приверженность врачей клиническим рекомендациям по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности: изменения за 2 года существования документа. <i>Кардиология</i> . 2024;64(2):43–50].
Автор для переписки	Трегубов Алексей Викторович. E-mail: altregubov@mail.ru

Введение

С 2022 г. в Российской Федерации (РФ) началось поэтапное внедрение в практику лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) клинических рекомендаций (КР), подготовленных профессиональными сообществами врачей и одобренных Научно-практическим советом Министерства здравоохранения РФ. Согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ № 785н от 31.07.2020 [1], с 01.01.2022 ЛПУ обязаны при оказании медицинской помощи руководствоваться положениями КР, опубликованных до 01.09.2021, а с 01.01.2023 обязательными к исполнению становятся КР, опубликованные до 01.06.2022, и с 01.01.2024 – КР, опубликованные до 01.06.2023. В соответствии с Федеральным законом № 489-ФЗ от 25.12.2018 [2], КР после утверждения пересматриваются один раз

в 3 года. Помимо выполнения действующих КР каждое ЛПУ обязано обеспечить проведение внутреннего контроля качества медицинской помощи, т. е. оценку соответствия реально оказываемой медицинской помощи положениям действующих КР [3].

Во многих опубликованных после 2020 г. работах отечественных авторов отмечается, что в РФ действия врачей при оказании медицинской помощи часто не соответствуют положениям КР [4–6]. В качестве основных причин этого несоответствия рассматриваются незнание или неприятие врачами актуальных КР и объективные трудности, препятствующие их выполнению, в частности, неадекватные материально-техническое оснащение и лекарственное обеспечение ЛПУ, а также неблагоприятные условия труда медицинских работников. К числу факторов, лежащих в основе

незнания или несогласия врачей с содержанием КР, относят недостаток времени для их изучения, отсутствие информации о выходе обновленных КР, низкую доступность образовательных мероприятий, неудовлетворительное состояние здоровья и эмоциональное истощение врачей.

Наряду с изучением факторов, отрицательно влияющих на приверженность врачей КР по диагностике и лечению социально значимых заболеваний, для выбора корректирующего воздействия важно иметь представление об их готовности следовать отдельным положениям КР и о том, как она изменяется в условиях действия законодательных актов, касающихся качества медицинской помощи.

Диагностика и лечение ХСН в РФ регламентируются КР, изданными в 2020 г. [7]. Проводившийся нами в 2020 г. анализ результатов анкетирования слушателей циклов повышения квалификации врачей показал, что приверженность не только терапевтов, но и кардиологов КР по диагностике и лечению ХСН является крайне низкой, и это обусловлено главным образом недостатком знаний [8].

Цель

Изучить, как изменилась приверженность врачей базовым положениям КР по диагностике и лечению ХСН за 2 года существования документа.

Материал и методы

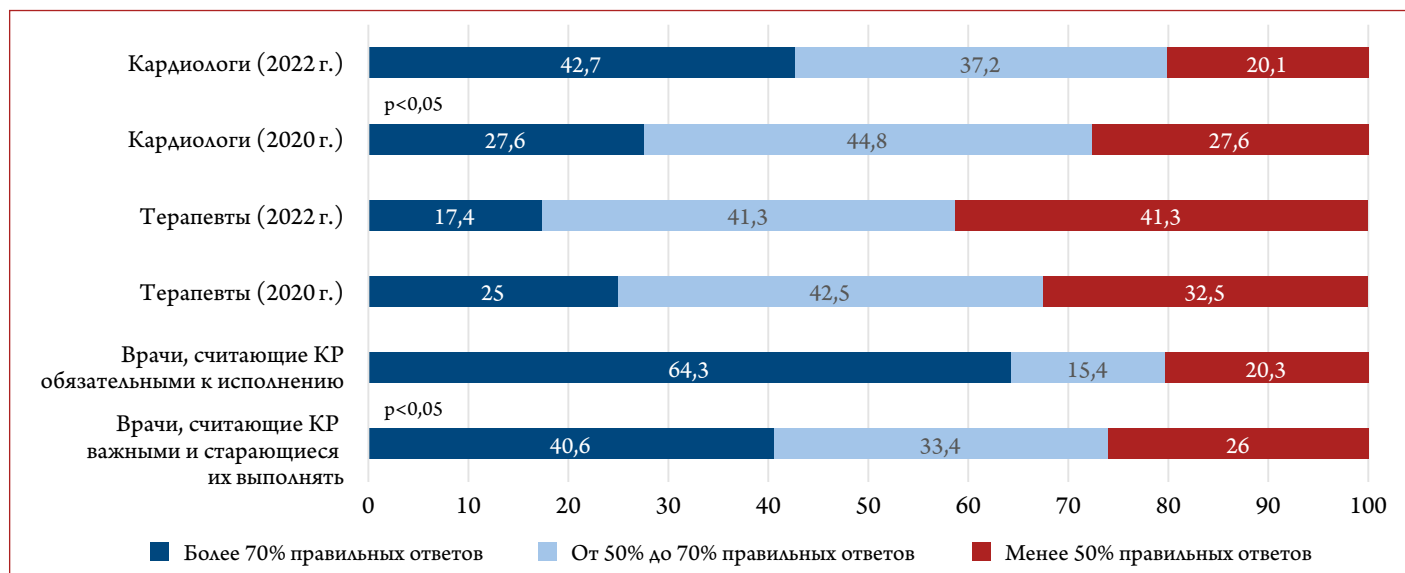
Материалом для исследования стали результаты анонимного анкетирования врачей, проходивших обучение по программам повышения квалификации на базе Научно-клинического и образовательного центра «Кардиология» Санкт-Петербургского государственного университета в 2022 г. Все участники опроса подписывали согласие на обработку персональных данных.

С учетом смешанного формата обучения анкетирование проводилось как очно, так и в виде онлайн-опроса. Анкета представлена в Приложении 1. Она включала 2 раздела. Вопросы первого раздела позволяли выяснить возраст врача, его специальность и стаж работы. Второй раздел анкеты включал 14 вопросов. В первых трех вопросах респондентам предлагалось оценить собственную информированность о диагностике и лечении ХСН, определить роль КР в повседневной практике, сообщить, читали ли респонденты КР по диагностике и лечению ХСН. Вопросы с 4-го по 14-й касались конкретных положений КР по лечению ХСН и были сформулированы таким образом, чтобы ответы респондентов отражали их собственное мнение. Правильными считались ответы, соответствующие положениям национальных КР по диагностике и лечению ХСН 2020 г. [9]. Большинство вопросов второго раздела анкеты о методах лечения пациентов с ХСН с низкой фракцией выброса левого желудочка (ХСНнФВ) задавались врачам при анкетировании в 2020 г. [10].

За время проведения исследования были получены 294 заполненных анкеты. Пригодными для анализа были результаты опроса 263 врачей: 204 (77,6%) кардиологов, 46 (17,5%) терапевтов и врачей общей практики, 13 (4,9%) врачей других специальностей. Средний возраст врачей, прошедших анкетирование, составил $44,8 \pm 10,6$ года, стаж работы по специальности – $17,3 \pm 10,5$ года.

Статистическую обработку полученных данных проводили с применением пакета программ Microsoft Excell 2010. Для определения соотношения правильных и неправильных ответов в группе использовали частотный анализ. Для оценки достоверности различий между ответами, которые были даны респондентами исследуемых групп (кардиологами и терапевтами), использовались критерии хи-квадрат, Стью-

Центральная иллюстрация. Основные результаты анкетирования врачей по вопросам лечения ХСН, %



дента (t) и точный критерий Фишера. Различия расценивали как достоверные при $p < 0,05$.

Результаты

Распределение ответов, данных врачами на вопросы основной части анкеты, представлено в табл. 1.

В вопросе 1 респондентам предлагалось определить, насколько они считают себя информированными о диагностике и лечении ХСН. Так, 32 (12,2%) врача сочли себя полностью информированными и способными консультировать коллег по сложным вопросам диагностики и лечения ХСН (ответ «а»), 133 (50,5%) респондента сообщили, что достаточно информированы и могут оказывать помощь пациентам с ХСН как в условиях амбулаторной практики, так и в специализированном стационаре (ответ «б»). Однако 96 (36,5%) респондентов посчитали себя в целом информированными и способными оказывать помощь пациентам с ХСН в простых клинических случаях, преимущественно в амбулаторной практике (ответ «с»). Лишь 15,7% кардиологов признали себя в полной мере информированными о диагностике и лечении ХСН. Среди терапевтов таких врачей не оказалось, из них 76,1% выбрали ответ «с». При ответе на вопрос 2 респондентам следовало определить роль КР в повседневной практике. Ни один из участников опроса не выбрал ответ «d», т. е. не охарактеризовал КР как документ, бесполезный для врачебной практики. Считают КР важными и стараются их выполнять (ответ «b») 188 (71,5%) респондентов, 69 (26,2%) полагают, что КР являются обязательными к исполнению (ответ «a»), и 6 (2,3%) – что КР иногда бывают полезны (ответ «с»). Различия между группами кардиологов и терапевтов по доле врачей, выбравших ответ «a» ($p=0,04$), показывает, что терапевты реже, чем кардиологи, считают КР обязательными к исполнению. Вопрос 3 позволял выяснить соотношение респондентов, читавших и не читавших КР по ХСН. О том, что не читали этот документ, сообщили 55 (20,9%) врачей.

Вопрос 4 позволял оценить знание врачами показаний к назначению петлевых диуретиков. Правильный ответ «a» (при ХСН II–IV функционального класса – ФК с признаками застоя) дали 213 (81%) респондентов, в том числе 80,4% кардиологов и 82,6% терапевтов. В вопросе 5 респондентам предлагалось определить показание к назначению комплекса валсартан + сакубитрил. Правильный ответ «с» (ХСН II–III ФК с фракцией выброса левого желудочка – ФВ ЛЖ <40% стабильного течения при переносимости ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) или блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА), но недостаточной эффективности лечения – вместо препаратов этих классов) выбрали 198 (75,3%) участников опроса. Вопрос 6 касался определения показаний к назначению антагонистов минералокортикоидных рецепторов (АМКР). Правильный ответ «a» (при ФВ ЛЖ менее 40% независимо от выражен-

Таблица 1. Ответы, данные респондентами на вопросы основной части анкеты

Вопрос	Группа	Ответ, n (%)				
		a	b	c	d	e
1	Все	32 (12,2)	133 (50,5)	96 (36,5)	2 (0,8)	—
	Кардиологи	31 (15,7)	119 (58,3)	53 (26)	0	—
	Терапевты	0	11 (23,9)	35 (76,1)	0	—
2	Все	69 (26,2)	188 (71,5)	6 (2,3)	0	—
	Кардиологи	61 (29,9)	138 (67,7)	5 (2,4)	0	—
	Терапевты	7 (15,2)	39 (84,8)	0	0	—
3	Все	208 (79,1)	55 (20,9)	—	—	—
	Кардиологи	165 (80,9)	39 (19,1)	—	—	—
	Терапевты	34 (73,9)	12 (26,1)	—	—	—
4	Все	213 (81)	23 (8,7)	27 (10,3)	—	—
	Кардиологи	164 (80,4)	15 (7,4)	25 (12,2)	—	—
	Терапевты	38 (82,6)	6 (13)	2 (4,4)	—	—
5*	Все	27 (10,3)	25 (9,5)	198 (75,3)	13 (4,9)	—
	Кардиологи	19 (9,3)	16 (7,8)	164 (80,4)	5 (2,5)	—
	Терапевты	5 (10,9)	7 (15,2)	26 (56,5)	8 (17,4)	—
6	Все	97 (36,9)	24 (9,1)	74 (28,1)	68 (25,9)	—
	Кардиологи	80 (39,2)	16 (7,8)	53 (26)	55 (27)	—
	Терапевты	14 (30,4)	4 (8,7)	18 (39,1)	10 (21,8)	—
7*	Все	97 (36,9)	32 (12,1)	88 (33,5)	46 (17,5)	—
	Кардиологи	87 (42,7)	27 (13,2)	62 (30,4)	28 (13,7)	—
	Терапевты	8 (17,4)	4 (8,7)	22 (47,8)	12 (26,1)	—
8*	Все	26 (9,9)	176 (66,9)	44 (16,7)	5 (1,9)	12 (4,6)
	Кардиологи	21 (10,3)	147 (72,1)	21 (10,3)	5 (2,4)	10 (4,9)
	Терапевты	2 (4,3)	22 (47,8)	20 (43,5)	0	2 (4,4)
9**	Все	2 (0,8)	83 (31,5)	158 (60,1)	20 (7,6)	—
	Кардиологи	0	69 (33,8)	123 (60,3)	12 (5,9)	—
	Терапевты	0	11 (23,9)	28 (60,9)	7 (15,2)	—
10	Все	13 (4,9)	88 (33,5)	143 (54,4)	16 (6,1)	3 (1,1)
	Кардиологи	10 (4,9)	71 (34,8)	109 (53,4)	11 (5,4)	3 (1,5)
	Терапевты	2 (4,4)	14 (30,4)	27 (58,7)	3 (6,5)	0
11*	Все	1 (0,4)	132 (50,2)	109 (41,4)	21 (8)	—
	Кардиологи	0	112 (54,9)	82 (40,2)	10 (4,9)	—
	Терапевты	0	13 (28,3)	22 (47,8)	11 (23,9)	—
12	Все	0	127 (48,3)	124 (47,1)	12 (4,6)	0
	Кардиологи	0	93 (45,6)	101 (49,5)	10 (4,9)	0
	Терапевты	0	25 (54,3)	19 (41,3)	2 (4,4)	0
13	Все	5 (1,9)	18 (6,8)	47 (17,9)	193 (73,4)	—
	Кардиологи	2 (1)	9 (4,4)	42 (20,6)	151 (74)	—
	Терапевты	2 (4,3)	8 (17,4)	4 (8,7)	32 (69,6)	—
14	Все	33 (12,5)	58 (22,1)	115 (43,7)	30 (11,4)	27 (10,3)
	Кардиологи	29 (14,2)	43 (21,1)	83 (40,7)	28 (13,7)	21 (10,3)
	Терапевты	2 (4,3)	11 (23,9)	26 (56,6)	1 (2,2)	6 (13)

Различия между группами терапевтов и кардиологов статистически значимо. * – $p < 0,01$; ** – $p < 0,05$. Для удобства читателей правильные ответы выделены жирным шрифтом.

ности симптомов ХСН) выбрали 97 (36,9%) респондентов. При ответе на вопрос 7 респондентам следовало указать, в каком случае они считают необходимым назначить пациенту с ХСН дапаглифлозин. Правильный ответ «a», соответствующий КР (при ФВ ЛЖ менее 40% независимо от выраженности симптомов), выбрали 97 (36,9%) врачей, причем

Таблица 2. Результаты анкетирования в зависимости от самооценки уровня знаний основных положений клинических рекомендаций респондентами

Самооценка уровня знаний респондентами анкетирования	Среднее число правильных ответов ± стандартное отклонение	Более 70% правильных ответов, n (%)	Менее 50% правильных ответов, n (%)
а. Полностью информирован	6,9±1,7	14 (43,8)	4 (12,5)
б. Достаточно информирован	6,9±1,6	54 (40,6)	25 (18,8)
с. В целом информирован	6,1±1,8	28 (29,2)	36 (37,5)

кардиологи верно отвечали на этот вопрос достоверно чаще терапевтов (42,7 и 17,4% соответственно; $p<0,01$). Вопрос 8 предлагал врачам определить дозу спиронолактона, которую следует применять для достижения нейромодуляторного эффекта у больных с ХСН. Ответ «b» (25–50 мг/сут), соответствующий положению КР, выбрали 176 (66,9%) участников опроса. Кардиологи верно указывали дозу препарата чаще, чем терапевты (72,1 и 47,8% соответственно; $p<0,01$). Отвечая на вопрос 9, респондентам следовало выбрать критерий определения оптимальной дозы ингибитора АПФ при лечении пациентов с ХСНнФВ. Из предложенных вариантов ответа правильными были два – «b» (максимальная достигнутая в процессе титрации доза, не вызывающая ухудшения самочувствия) и «с» (максимальная достигнутая в процессе титрации доза, не вызывающая критического изменения контрольных физиологических и биохимических показателей). Эти варианты ответа выбрал 241 (91,6%) респондент. Кардиологи давали правильный ответ на этот вопрос чаще, чем терапевты (94,1 и 84,8% соответственно; $p<0,05$). В вопросе 10 респондентам предлагалось выбрать лечебную тактику при нарастании уровня креатинина в крови во время повышающей титрации ингибитора АПФ. КР соответствовал вариант ответа «с» (уменьшить дозу ингибитора АПФ в 2 раза). Его выбрали 43 (54,4%) врача. Вопрос 11 позволял выяснить, какими критериями пользуются врачи для определения оптимальной дозы бета-адреноблокатора при лечении пациентов с ХСНнФВ. Как и в вопросе 10, правильными здесь считались два варианта ответа: «b» (максимальная достигнутая в процессе титрации доза, не вызывающая ухудшения самочувствия) и «с» (максимальная достигнутая в процессе титрации доза, не вызывающая критического изменения контрольных физиологических и биохимических показателей). Эти варианты выбрал 241 (91,6%) респондент. Кардиологи выбирали правильные ответы достоверно чаще, чем терапевты (95,1 и 76,1% соответственно; $p<0,01$). В вопросе 12 предлагалось определить лечебную тактику при выявлении у пациента на фоне повышающей титрации бета-адреноблокатора бессимптомной синусовой брадикардии. Верный ответ «с» (уменьшить дозу бета-адреноблокатора в 2 раза) выбрали 124 (47,1%) врача. Правильный ответ на вопрос 13 о показаниях к имплантации устройства для ресинхронизирующей терапии пациенту с ХСН – «d» (при увеличении ширины комплекса QRS до 150 мс и более с морфологией блокады левой ножки

пучка Гиса и ожидаемой продолжительности жизни не менее 1 года) выбрали 193 (73,4%) респондента. При ответе на вопрос 14 врачам следовало выбрать показание к имплантации кардиовертера-дефибриллятора при ХСН. Соответствующий КР ответ «d» (пациентам с ХСН II–III ФК, ФВ ЛЖ $\leq 35\%$ после перенесенного не менее 40 дней назад инфаркта миокарда) выбрали 30 (11,4%) респондентов.

Сопоставление ответов на аналогичные вопросы при данном анкетировании и анкетировании двухлетней давности показало, что доля правильных ответов на вопросы 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14 среди всех участников опроса, а также в группах кардиологов и терапевтов не изменилась. Достоверно увеличилась частота правильных ответов на вопрос 12 ($p<0,01$) как среди кардиологов, так и среди терапевтов. Различие по доле правильных ответов, полученных от кардиологов и терапевтов на вопрос 11, стало достоверным из-за того, что при настоящем анкетировании терапевты реже давали верный ответ. Различие по доле правильных ответов врачей сравниваемых групп на вопрос 13 стало недостоверным в связи с тем, что в 2022 г. реже давали правильные ответы кардиологи.

В 2022 г. респонденты дали в среднем 6,7 из 11 (60,6%) правильных ответов на вопросы анкеты. Более 70% правильных ответов дали 96 (36,5%) респондентов, в том числе 87 кардиологов и 8 терапевтов (42,7 и 17,4% соответственно; $p<0,005$). Менее 50% правильных ответов дали 41 кардиолог и 19 терапевтов (20,1 и 41,3% соответственно). В 2020 г. на те же вопросы было получено 6,2 (56,4%) правильных ответов. Более 70% правильных ответов дали 27,6% кардиологов и 25,0% терапевтов, менее 50% – 27,6% кардиологов и 32,5% терапевтов. Среднее число правильных ответов как у кардиологов, так и у терапевтов, по сравнению с результатами анкетирования 2020 г. достоверно не изменилось. Анализ изменений распределения респондентов в зависимости от доли правильных ответов (70% и более, от 50 до 70%, менее 50%) по сравнению с 2020 г. показал отсутствие достоверных различий в группе терапевтов и статистически значимое увеличение доли кардиологов, давших более 70% правильных ответов ($p<0,05$).

Результаты анкетирования врачей с различной самооценкой уровня информированности об основных положениях КР по ХСН представлены в табл. 2.

Среди респондентов, выбравших при ответе на вопрос 1 основной части анкеты вариант «a» (полностью

информирован: могу консультировать коллег по сложным вопросам диагностики и лечения ХСН), среднее число правильных ответов на вопросы, непосредственно относящиеся к ХСН, составило 6,9 (63,4%). Более 70% правильных ответов дали 14 врачей, менее 50% – 4 врача (43,8 и 12,5% соответственно). Сопоставимыми были результаты анкетирования респондентов, которые при ответе на вопрос 1 выбрали вариант «b» (достаточно информирован: могу оказывать помощь пациентам с ХСН как в условиях амбулаторной практики, так и в специализированном стационаре). Среднее число правильных ответов у респондентов, выбравших при ответе на вопрос 1 вариант ответа «с» (в целом информирован: могу оказывать помощь пациентам с ХСН в простых клинических случаях, преимущественно в амбулаторной практике), составило 6,1 (55,9%) и было достоверно меньше, чем у врачей, выбравших ответы «a» и «b» ($p < 0,01$). Респондентов, давших более 70% правильных ответов, в этой подгруппе было достоверно меньше, чем среди врачей, выбравших варианты «a» и «b», а врачей, давших менее 50% правильных ответов, – больше ($p < 0,05$ для сравнения с подгруппой врачей, выбравших вариант «a», и $p < 0,01$ для сравнения с подгруппой врачей, выбравших вариант «b»).

Результаты анкетирования различались в зависимости от отношения респондентов к роли КР в повседневной практике. Среди респондентов, выбравших при ответе на вопрос 2 основную часть анкеты вариант «a» (считаю КР обязательными к исполнению), среднее число правильных ответов на вопросы, относящиеся к ХСН, составило 7,1 (64,3%); более 70% правильных ответов дали 28 (40,6%) врачей, менее 50% – 14 (20,3%) врачей. Среди врачей, выбравших другие варианты ответов на вопрос 2, среднее число правильных ответов составило 6,5 (59,3%); более 70% правильных ответов дали 68 (35,1%) врачей, менее 50% – 51 (26,0%). Среднее число правильных ответов было достоверно больше в подгруппе респондентов, считающих КР обязательными к исполнению ($p < 0,001$).

Обсуждение

Полнота соблюдения врачами положений действующих КР рассматривается как один из независимых факторов, влияющих на течение и исходы ХСН [9, 10]. Результаты проведенного нами исследования показывают, как изменилась приверженность врачей базовым положениям национальных КР по медицинской помощи пациентам с ХСН за 2 года существования документа, а также отражают мнение врачей об уровне собственных знаний КР и о том, насколько важно соблюдать их положения в повседневной практике.

Показания к назначению петлевых диуретиков правильно указали 81% респондентов (с сопоставимой частотой кардиологи и терапевты), что оказалось незначительно лучше, чем 2 года назад (тогда дали верный ответ 72,4% вра-

чей). Такой результат трудно считать удовлетворительным, так как алгоритмы диуретической терапии при ХСН неизменны в течение длительного времени и подробно описаны. Правильно ответили на вопрос о показаниях к назначению АМКР у пациентов с ХСН 36,9% респондентов, что достоверно не отличалось от результатов предыдущего анкетирования. Надо отметить, что кардиологи и терапевты одинаково редко давали правильный ответ на этот вопрос (39,2 и 30,4% соответственно; $p > 0,05$). По-видимому, АМКР продолжают рассматриваться не как нейромодулирующие препараты, а как составляющие диуретической терапии.

Верно определили показания к назначению комплекса валсартан + сакубитрил только $\frac{2}{3}$ участников опроса. Доля врачей, давших правильный ответ, не изменилась за 2 года (75,3% респондентов в 2022 г. и 79,5% при предыдущем анкетировании). Кардиологи по-прежнему осведомлены о показаниях к назначению комплекса валсартан + сакубитрил существенно лучше, чем терапевты (80,4 и 56,5% правильных ответов соответственно; $p < 0,01$).

Позиция ингибиторов натрий-глюкозного ко-транспортера 2-го типа (ИНГТ-2) как средств лечения ХСН за 2 года, прошедшие с момента издания национальных КР, существенно изменилась. В настоящее время два препарата этого класса – дапаглифлозин и эмпаглифлозин – рекомендуются для улучшения прогноза и качества жизни всем пациентам с ХСНнФВ, не имеющим противопоказаний. В тексте КР упомянут только дапаглифлозин, назначение которого в отсутствие сахарного диабета показано пациентам с ХСНнФВ в случае недостаточной эффективности терапии блокаторами ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, бета-адреноблокаторами и АМКР. Ответ, в полной мере соответствующий КР, дали 36,9% участников опроса. Правильно показания к назначению препарата даже кардиологи указали менее чем в половине случаев, а терапевты – существенно реже (42,7 и 17,4% соответственно; $p < 0,01$).

Полученные результаты позволяют предполагать, что до настоящего времени комплекс валсартан + сакубитрил и ИНГТ-2 не рассматриваются терапевтами как средства, которые должны стандартно применяться у пациентов с ХСН, – их назначение в основном делегируется кардиологам.

Понятие терапии, соответствующей КР, включает как назначение необходимых лекарственных препаратов, так и их применение в дозах, эффективность которых доказана в рандомизированных клинических исследованиях [11, 12]. Среди многих причин, препятствующих назначению целевых или оптимальных доз лекарственных препаратов, рассматриваются незнание врачами правил титрации, критериев безопасности лечения и связанное с этим опасение вызвать побочные эффекты терапии [9, 12, 13]. В проведенном нами опросе критерии определения дозы ингибиторов АПФ, при достижении которой следует прекратить

повышающую титрацию у пациентов с ХСНнФВ, правильно указали 91,6% респондентов. Кардиологи достоверно чаще, чем терапевты, давали правильные ответы (94,1 и 84,8% соответственно; $p < 0,05$). Однако на вопрос, относящийся к коррекции дозы ингибиторов АПФ при нарастании азотемии, правильно ответили всего 54,4% врачей, при этом доля правильных ответов в группах кардиологов и терапевтов не различалась. Верные ответы на вопросы о критериях, определяющих дозы ингибиторов АПФ, при настоящем и предыдущем анкетировании давались с одинаковой частотой. Дозу спиронолактона, которую следует применять с целью нейромодуляции у больных с ХСН, правильно указали $2/3$ участников опроса, что даже несколько меньше, чем при анкетировании двухлетней давности (66,9 и 79,5% врачей соответственно). Рекомендуемую дозу спиронолактона нечасто указывали как кардиологи, так и терапевты (72,1 и 47,8% соответственно; $p < 0,01$). Критерии достижения оптимальной дозы бета-адреноблокаторов были верно указаны в 91,6% случаев, однако терапевты давали правильный ответ на этот вопрос достоверно реже, чем кардиологи (76,1 и 95,1% соответственно; $p < 0,01$), и результаты настоящего и предыдущего анкетирования статистически значимо не различались. Доля врачей, правильно указавших действия, которые необходимо предпринять в случае развития брадикардии на фоне повышающей титрации бета-адреноблокаторов, достоверно возросла по сравнению с результатами предыдущего анкетирования: в целом с 21,6 до 47,1%, среди кардиологов с 28,4 до 49,5%, среди терапевтов с 5,0 до 41,3% ($p < 0,01$ для всех сравнений). Однако правильный ответ на этот вопрос и в 2022 г. выбрали менее 50% респондентов. Приведенные цифры подтверждают неоднократно высказывавшееся мнение, что незнание целевых доз, непонимание важности их достижения, неуверенность в определении критериев оптимальной терапии и максимально переносимой дозы препаратов занимают важное место среди причин несоответствия практики положениям КР [14, 15].

Показания к проведению ресинхронизирующей терапии правильно определили 73,4% врачей, с сопоставимой частотой кардиологи (74,0%) и терапевты (69,6%). Два года назад доля правильных ответов на этот вопрос у кардиологов была больше, а у терапевтов несколько меньше – 81,9 и 67,5% соответственно, и различие между ними достигало уровня статистической значимости ($p < 0,05$). Осведомленность врачей о показаниях к имплантации кардиовертера-дефибриллятора при ХСН оказалась крайне недостаточной – правильный ответ дали только 11,4% респондентов, одинаково редко кардиологи и терапевты. За 2 года знания врачей об этих вариантах лечения ХСН не изменились.

Расхождение между КР и реальной практикой отмечают не только российские, но и зарубежные авторы. Так, данные регистров и исследований, выполненных в разные годы и в различных популяциях пациентов с ХСН, устойчиво

демонстрируют несоответствие рекомендуемой и повседневно применяемой терапии [10, 16, 17]. Среди причин недостаточно успешной реализации КР традиционно рассматриваются внешние препятствия, такие как организационно-финансовые дефекты системы медицинской помощи, обусловленная различными факторами низкая комплаентность пациентов и причины, связанные с врачами [18–21]. В числе последних обсуждаются недостаток знаний врачей вследствие дефицита времени, ограниченности информационных ресурсов, недоступности КР [15, 22]. Реже упоминаются недоверие к КР и несогласие с ними, а также отсутствие у врачей опыта применения некоторых положений КР и обусловленная этим склонность действовать в соответствии с неоптимальной, но привычной тактикой [12, 18, 19, 23]. Кроме того, в качестве причин невысокой приверженности врачей КР обсуждаются избыточное количество рекомендаций, разработанных разными сообществами экспертов, несовпадение положений разных документов, недостаточное количество образовательных программ и тренингов, направленных на выработку у врачей практических навыков, а также несовершенство регуляторных и финансовых стимулов к внедрению КР [15, 22].

Неприятия КР не продемонстрировал ни один из участников проведенного исследования, и лишь 6 (2,3%) респондентов расценили КР как ограниченно полезные. Большинство врачей, принявших участие в анкетировании, считают применение КР в практике абсолютно необходимым или важным (26,2 и 71,5% соответственно), что совпадает с результатами других исследователей [24]. По нашим данным, кардиологи считают КР обязательными к исполнению почти вдвое чаще, чем терапевты (29,9 и 15,2% соответственно; $p = 0,04$), что согласуется с результатами Н. Kenefick и соавт. [15], которые выявили готовность следовать клиническим рекомендациям у 70% опрошенных кардиологов и лишь у 47% врачей общей практики.

Очевидно, что успешность внедрения КР в практику тесно связана с тем, насколько хорошо врачи знакомы и в какой степени согласны с их содержанием. В нашем исследовании знание респондентами КР и склонность им следовать в основном совпадали. Врачи, считающие КР обязательными к исполнению, чаще давали более 70% правильных ответов на вопросы анкеты по сравнению с теми, кто относится к применению КР иначе (40,6 и 35,1% соответственно). Вместе с тем о базовых положениях КР по лечению пациентов с ХСН опрошенные нами кардиологи и еще в большей степени терапевты осведомлены недостаточно. За время, прошедшее после предыдущего анкетирования, уровень знаний терапевтов существенно не изменился: более 70% правильных ответов на вопросы анкеты в 2022 г. дали лишь 17,4% из них. Среди кардиологов более 70% правильных ответов дали 42,7% респондентов, что достоверно больше, чем 2 года назад, однако уровень знаний большинства ре-

спондентов по-прежнему не достигает зачетного при сдаче аттестационного экзамена.

Показательны самооценка участников опроса, а также результаты сопоставления представления врачей о своих знаниях с реальным положением вещей. Лишь 15,7% кардиологов (и ни один из терапевтов) сочли себя полностью информированными и способными консультировать коллег по сложным вопросам диагностики и лечения ХСН. Из всех респондентов только 50,5%, в том числе 58,3% кардиологов и 23,9% терапевтов, отметили, что достаточно информированы для оказания помощи больным с ХСН в стандартных ситуациях. Лишь 36,5% врачей, в частности 26% кардиологов и 76,1% терапевтов, указали, что знакомы с диагностикой и лечением ХСН в общих чертах. Из кардиологов, которые сочли себя полностью компетентными в области диагностики и лечения ХСН, всего 43,8% дали более 70% правильных ответов на вопросы анкеты. Среди врачей, считающих свои знания приемлемыми для помощи пациентам с ХСН в амбулаторной практике и в специализированном стационаре, доля респондентов, давших более 70% правильных ответов, составила лишь 40,6%.

Уверенность врачей в достаточности собственных знаний и правильности привычных алгоритмов медицинской помощи признается существенным препятствием для внедрения КР [15, 19, 23]. Невысокий уровень знаний, выявленный в проведенном нами опросе, в определенной степени может объясняться тем, что 26,1% терапевтов и 19,1% кардиологов оказались незнакомы с текстом КР, опубликованным за 2 года до проведения анкетирования. Неадекватная самооценка профессиональной компетентности поддерживает у врачей склонность при выборе лечения полагаться не на КР, а на сложившиеся у них представления об оптимальной терапии и личный опыт. Необоснованно оптимистичное мнение врачей о собственных знаниях наряду с другими негативными факторами [6, 25] служит препятствием к их расширению.

В составе мер, направленных на внедрение в повседневную практику КР по медицинской помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, традиционно отмечается повышение приверженности врачей правилам выбора и проведения терапии, изложенным в актуальных методических документах [12, 25]. Изменение статуса национальных КР и возложение на ЛПУ обязанно-

сти контроля их выполнения, безусловно, будут способствовать успешному решению этой задачи, в том числе за счет усиления мотивации врачей к расширению профессиональных знаний. Однако наряду с организационными мерами важным условием повышения приверженности врачей КР по диагностике и лечению ХСН следует считать совершенствование образовательных технологий, применяемых для повышения квалификации медицинских работников.

Ограничения исследования

Ограничение результатов сравнительной оценки знаний кардиологов и терапевтов обусловлено количественным различием групп врачей этих специальностей. Ограничение результатов сравнительной оценки изменения осведомленности врачей об основных положениях КР состоит в различии персонального состава групп врачей, участвовавших в анкетировании 2022 и 2020 гг.

Заключение

Большинство врачей считают клинические рекомендации важным методическим документом, но лишь немногим более 25% сознают, что они являются обязательными к исполнению. Хотя кардиологи лучше, чем терапевты, осведомлены об основных положениях национальных клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности, средний уровень знаний врачей остается низким, и его изменения за 2 года существования этого документа являются незначительными. Необоснованно высокая самооценка профессиональной компетентности (особенно у кардиологов) – один из важных факторов, препятствующих расширению объема знаний, необходимых для эффективного лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Для успешного внедрения клинических рекомендаций в повседневную практику наряду с мерами организационного характера необходимо совершенствование образовательных технологий, применяемых для повышения квалификации врачей.

Финансирование

Источники финансирования отсутствуют.

Конфликт интересов не заявлен.

Статья поступила 20.03.2023

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ministry of Health of Russian Federation. Order N 785n from 31.07.2020 'On approval of Requirements for the organization and conduct of internal quality control and safety of medical activities'. Av. at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74610282/#review>. [Russian: Министерство здравоохранения Российской Федерации. Приказ от 31 июля 2020 г. № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»]. Доступно на: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74610282/#review>
2. Federal Law No. 489-FZ dated December 25, 2018 'On Amendments to Article 40 of the Federal Law "On Compulsory Medical Insurance in the Russian Federation" and the Federal Law "On the Basics of Public Health Protection in the Russian Federation" on Clinical recommendations'. Av. at: <https://base.garant.ru/72136974/>. [Russian: Федеральный закон от 25 декабря 2018 г. № 489-ФЗ «О внесении из-

- менений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций». Доступно на: <https://base.garant.ru/72136974/>
3. Resolution of the Government of the Russian Federation dated 06/01/2021 No. 852 'On licensing of medical activities (with the exception of the specified activities carried out by medical organizations and other organizations belonging to the private healthcare system on the territory of the Skolkovo Innovation Center) and invalidation of certain Acts of the Government of the Russian Federation'. Av. at: <https://base.garant.ru/400846456/>. [Russian: Постановление Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации». Доступно на: <https://base.garant.ru/400846456/>]
4. Kazakov A.S., Zyryanov S.K., Ushkalova E.A. Clinical practice guidelines in the light of novel legislation. *Russian Medical Journal*. 2020;28(6):15–9. [Russian: Казаков А.С., Зырянов С.К., Ушкалова Е.А. Клинические рекомендации в свете нового законодательства. *Русский Медицинский Журнал*. 2020;28(6):15–9]
5. Khodyreva L.A., Shaderkina V.A. Clinical guidelines of the Ministry of Health of the Russian Federation: are doctors ready to follow them? Results of an online survey of doctors. *Russian Journal of Telemedicine and E-Health*. 2021;7(4):7–16. [Russian: Ходырева Л.А., Шадеркина В.А. Клинические рекомендации МЗ РФ: готовы ли врачи их выполнять? Результаты интернет-опроса врачей. *Российский журнал телемедицины и электронного здравоохранения*. 2021;7(4):7–16]. DOI: 10.29188/2712-9217-2021-7-4-7-16
6. Pogossova N.V., Isakova S.S., Sokolova O.Yu., Ausheva A.K., Zhetisheva R.A., Arutyunov A.A. Factors affecting the uptake of national practice guidelines by physicians treating common CVDS in out-patient settings. *Kardiologiia*. 2022;62(5):33–44. [Russian: Порогосова Н.В., Исакова С.С., Соколова О.Ю., Аушева А.К., Жетишева Р.А., Арутюнов А.А. Факторы, влияющие на применение национальных клинических рекомендаций врачами терапевтического профиля амбулаторно-поликлинического звена при лечении наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний. *Кардиология*. 2022;62(5):33–44]. DOI: 10.18087/cardio.2022.5.n1945
7. Tereshchenko S.N., Galyavich A.S., Uskach T.M., Ageev F.T., Arutyunov G.P., Begrambekova Yu.L. et al. 2020 Clinical practice guidelines for Chronic heart failure. *Russian Journal of Cardiology*. 2020;25(11):311–74. [Russian: Терещенко С.Н., Галаявич А.С., Ускач Т.М., Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П., Беграмбекова Ю.Л. и др. Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации 2020. *Российский кардиологический журнал*. 2020;25(11):311–74]. DOI: 10.15829/1560-4071-2020-4083
8. Perepech N.B., Tregubov A.V., Mikhailova I.E. Physicians' adherence to the guidelines on the chronic heart failure diagnosis and treatment. *Kardiologiia*. 2022;62(5):53–61. [Russian: Перепеч Н.Б., Трегубов А.В., Михайлова И.Е. Оценка профессиональных знаний и приверженности врачей рекомендациям по диагностике и лечению больных хронической сердечной недостаточностью. *Кардиология*. 2022;62(5):53–61]. DOI: 10.18087/cardio.2022.5.n1755
9. Ouwerkerk W, Voors AA, Anker SD, Cleland JG, Dickstein K, Filippatos G et al. Determinants and clinical outcome of uptitration of ACE-inhibitors and beta-blockers in patients with heart failure: a prospective European study. *European Heart Journal*. 2017;38(24):1883–90. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx026
10. Komajda M, Cowie MR, Tavazzi L, Ponikowski P, Anker SD, Filippatos GS et al. Physicians' guideline adherence is associated with better prognosis in outpatients with heart failure with reduced ejection fraction: the QUALIFY international registry. *European Journal of Heart Failure*. 2017;19(11):1414–23. DOI: 10.1002/ehfj.887
11. Jarjour M, Henri C, de Denus S, Fortier A, Bouabdallaoui N, Nigam A et al. Care Gaps in Adherence to Heart Failure Guidelines. *Clinical Inertia or Physiological Limitations?* *JACC: Heart Failure*. 2020;8(9):725–38. DOI: 10.1016/j.jchf.2020.04.019
12. Girerd N, Von Hunolstein J, Pellicori P, Bayés-Genis A, Jaarsma T, Lund LH et al. Therapeutic inertia in the pharmacological management of heart failure with reduced ejection fraction. *ESC Heart Failure*. 2022;9(4):2063–9. DOI: 10.1002/ehf2.13929
13. Greene SJ, Fonarow GC, DeVore AD, Sharma PP, Vaduganathan M, Albert NM et al. Titration of Medical Therapy for Heart Failure With Reduced Ejection Fraction. *Journal of the American College of Cardiology*. 2019;73(19):2365–83. DOI: 10.1016/j.jacc.2019.02.015
14. Reach G. Patient non-adherence and healthcare-provider inertia are clinical myopia. *Diabetes & Metabolism*. 2008;34(4):382–5. DOI: 10.1016/j.diabet.2008.02.008
15. Kenefick H, Lee J, Fleishman V. Improving physician adherence to clinical practice guidelines: barriers and strategies for change. *New England Healthcare Institute*. - 55p. 2008.
16. Peri-Okonny PA, Mi X, Khariton Y, Patel KK, Thomas L, Fonarow GC et al. Target Doses of Heart Failure Medical Therapy and Blood Pressure: Insights From the CHAMP-HF Registry. *JACC: Heart Failure*. 2019;7(4):350–8. DOI: 10.1016/j.jchf.2018.11.011
17. Rastogi T, Duarte K, Huttin O, Roubille F, Girerd N. The Prescription Pattern of Heart Failure Medications in Reduced, Mildly Reduced, and Preserved Ejection Fractions. *Journal of Clinical Medicine*. 2022;12(1):99. DOI: 10.3390/jcm12010099
18. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud P-AC et al. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement. *JAMA*. 1999;282(15):1458–65. DOI: 10.1001/jama.282.15.1458
19. Fischer F, Lange K, Klose K, Greiner W, Kraemer A. Barriers and Strategies in Guideline Implementation – A Scoping Review. *Healthcare*. 2016;4(3):36. DOI: 10.3390/healthcare4030036
20. Cowie MR, Lopatin YM, Saldarriaga C, Fonseca C, Sim D, Magaña JA et al. The Optimize Heart Failure Care Program: Initial lessons from global implementation. *International Journal of Cardiology*. 2017;236:340–4. DOI: 10.1016/j.ijcard.2017.02.033
21. Bozkurt B. Reasons for Lack of Improvement in Treatment With Evidence-Based Therapies in Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology*. 2019;73(19):2384–7. DOI: 10.1016/j.jacc.2019.03.464
22. Almazrou SH, Alfaifi SI, Alfaifi SH, Hakami LE, Al-Aqeel SA. Barriers to and Facilitators of Adherence to Clinical Practice Guidelines in the Middle East and North Africa Region: A Systematic Review. *Healthcare*. 2020;8(4):564. DOI: 10.3390/healthcare8040564
23. Packer M, Metra M. Guideline-directed medical therapy for heart failure does not exist: a non-judgmental framework for describing the level of adherence to evidence-based drug treatments for patients with a reduced ejection fraction. *European Journal of Heart Failure*. 2020;22(10):1759–67. DOI: 10.1002/ehfj.1857
24. Erhardt L, Komajda M, Hobbs FDR, Soler-Soler J. Cardiologists' awareness and perceptions of guidelines for chronic heart failure. The ADDRESS your Heart survey. *European Journal of Heart Failure*. 2008;10(10):1020–5. DOI: 10.1016/j.ejheart.2008.08.001
25. Lukina Yu.V., Kutishenko N.P., Martsevich S.Yu., Shepel R.N., Drapkina O.M. Methodological recommendations: 'Adherence to drug therapy in patients with chronic non-communicable diseases. Addressing the problem in a number of clinical situations'. *Preventive Medicine*. 2020;23(3–2):42–60. [Russian: Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Шепель Р.Н., Драпкина О.М. Методические рекомендации: «Приверженность к лекарственной терапии у больных хроническими неинфекционными заболеваниями. Решение проблемы в ряде клинических ситуаций». *Профилактическая медицина*. 2020;23(3–2):42–60]. DOI: 10.17116/profmed20202303242