

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

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

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗНАНИЙ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ ВРАЧЕЙ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Цель	Изучить знание врачами базовых положений клинических рекомендаций по диагностике и лечению больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и выяснить, насколько действия врачей в повседневной клинической практике соответствуют этим положениям.
Материал и методы	Проанализированы анонимные анкеты 185 врачей (127 кардиологов, 40 терапевтов и врачей общей практики, 18 представителей других специальностей), проходивших обучение по программам повышения квалификации в 2020/2021 учебном году. Основная часть анкеты включала 15 вопросов, касающихся классификации, диагноза, фармакотерапии и применения имплантируемых устройств в лечении пациентов с ХСН.
Результаты	Полученные данные свидетельствуют, что терапевты хуже, чем кардиологи, осведомлены об основных положениях клинических рекомендаций по диагностике и лечению ХСН. Однако и уровень знаний кардиологов также нельзя признать достаточным. Основной эхокардиографический критерий диагностики ХСН с низкой фракцией выброса левого желудочка (ХСНнФВ) неверно указали 57,5% терапевтов и 30% кардиологов. Более 40% терапевтов не посчитали задержку жидкости с развитием застойного синдрома обязательным условием для назначения петлевого диуретика пациенту с ХСНнФВ. Правильно определили показания к применению антагонистов минералокортикоидных рецепторов 34,6% кардиологов и 25% терапевтов. Дозу спиронолактона, рекомендуемую для достижения нейромодуляторного эффекта, неверно указали 37,6% терапевтов и 21,1% кардиологов. При определении доз ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) и бета-адреноблокатора, при достижении которых необходимо остановить повышающую титрацию препаратов, большинство врачей предпочитают ориентироваться на уровень систолического артериального давления (САД), а не на симптомы гипотензии. Однако среди терапевтов оказалось больше врачей, для которых самочувствие пациента и клиническая симптоматика, а не уровень САД, являются приоритетными факторами выбора тактики лечения ингибиторами АПФ и бета-адреноблокаторами. С показаниями к имплантации кардиовертера-дефибриллятора оказались плохо знакомы врачи обеих специальностей – правильную формулировку показаний выбрали всего 14,2% кардиологов и 5% терапевтов.
Заключение	Недостаток знаний следует считать основой низкой приверженности врачей рекомендациям по диагностике и лечению ХСН. При формировании программ повышения квалификации врачей по теме ХСН особое внимание следует уделить аспектам применения блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и бета-адреноблокаторов с подробным обсуждением принципов дозирования препаратов, а также показаниям к имплантации и результатам применения кардиовертеров-дефибрилляторов.
Ключевые слова	Знания врачей; хроническая сердечная недостаточность; клинические рекомендации
Для цитирования	Perepech N.B., Tregubov A.V., Mikhailova I.E. Physicians' adherence to the guidelines on the chronic heart failure diagnosis and treatment. <i>Kardiologiya</i> . 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. <i>Кардиология</i> . 2022;62(5):53–61]
Для цитирования	Алексей Викторович Трегубов. E-mail: altregubov@mail.ru

Перечень средств и методов лечения, доказанно улучшающих течение и исходы хронической сердечной недостаточности (ХСН), главным образом ХСН с низкой фракцией выброса (ХСНнФВ) левого желудочка (ЛЖ), постоянно увеличивается. Несмотря на это ХСН остается заболеванием с крайне неблагоприятным прогнозом [1, 2]. Неполная реализация современных возможностей лечения пациентов с ХСН в повседневной клинической практи-

ке обусловлена множеством причин, в том числе дефектами организации медицинской помощи, материально-техническими и финансовыми ограничениями, наличием противопоказаний к применению и плохой переносимостью лекарственных препаратов, а также низкой приверженностью к лечению у ряда пациентов. Несоответствие терапии ХСН современным требованиям может быть связано и с недостаточной приверженностью врачей клиническим реко-

мендациям в силу терапевтической инерции, неприятия или незнания рекомендаций, дефицита времени и пр. [2, 3]. Приверженность врачей принципам доказательной медицины оказывает существенное влияние на прогноз у пациентов с ХСН [4, 5]. Для оценки соблюдения врачами положений клинических рекомендаций предложены различные алгоритмы и индексы, но унифицированного подхода к решению этой задачи не существует [6]. С целью получения данных об уровне подготовки врачей по основным направлениям диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний мы применяем метод анонимного анкетирования. Анонимность респондентов позволяет рассчитывать на то, что полученная от них информация соответствует реальной практике. Результаты этих исследований представлены в ряде опубликованных ранее статей [7–10].

Цель

Изучить знание врачами базовых положений клинических рекомендаций по диагностике и лечению ХСН и выяснить, насколько действия врачей в повседневной клинической практике соответствуют этим положениям.

Материал и методы

Анонимное анкетирование в форме онлайн-опроса проводилось среди слушателей циклов повышения квалификации врачей, которые проходили на базе Научно-клинического и образовательного центра «Кардиология» Санкт-Петербургского государственного университета в 2020/2021 учебном году. Ответы на вопросы анкеты принимались до начала обучения. Все участники онлайн-опроса подписывали согласие на обработку персональных данных. В отличие от очного анкетирования, при онлайн-опросе невозможно исключить обращение респондентов к источникам литературы. Поэтому вопросы анкеты были сформулированы таким образом, чтобы ответы респондентов отражали их собственное мнение, основанное как на знаниях клинических рекомендаций, так и на личном

опыте. Анкетированному предлагалось выбрать один из возможных вариантов ответа, наиболее точно соответствующий его мнению и/или его действиям в повседневной практике. Правильными считались ответы, соответствующие положениям национальных клинических Рекомендаций по диагностике и лечению ХСН [11, 12].

В анкетировании приняли участие 197 врачей. В окончательный анализ были включены 185 корректно заполненных анкет, из которых 127 (68,7%) были представлены кардиологами, 40 (21,6%) терапевтами и врачами общей практики, 18 (9,7%) – представителями других медицинских специальностей. Вводная часть анкеты включала вопросы о специальности, стаже работы, демографических данных участников опроса. Средний возраст респондентов составил $43,2 \pm 8,3$ года, стаж работы по специальности – $15,6 \pm 7,6$ года. В основную часть анкеты вошли 15 вопросов, касавшихся критериев классификации, формулировки диагноза, фармакотерапии и применения имплантируемых устройств в лечении пациентов с ХСН. Раздел фармакотерапии был ограничен вопросами, касающимися применения лекарственных препаратов, оказывающих клинически наиболее значимое влияние на качество жизни и прогноз у пациентов с ХСН и ФВ. Вопросы анкеты и варианты ответов представлены в табл. 1.

Статистическую обработку полученных данных проводили с применением пакета программ Microsoft Excel 2010. Для определения соотношения правильных и неправильных ответов в группе использовали частотный анализ. Для оценки достоверности различий между ответами, данными респондентами исследуемых групп (кардиологами и терапевтами), применяли критерий хи-квадрат и точный критерий Фишера. Различия расценивали как статистически значимые при $p < 0,05$.

Результаты

Распределение ответов, данных врачами на вопросы основной части анкеты, представлено в табл. 2.

Таблица 1. Вопросы интерактивной анкеты для слушателей циклов повышения квалификации врачей

Каков Ваш возраст (полных лет)?	
По какой специальности Вы работаете?	
Каков Ваш стаж работы по специальности (лет)?	
1. Диагноз хронической сердечной недостаточности (ХСН) с низкой фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) Вы считаете целесообразным ставить при снижении ФВ ЛЖ менее:	с. 50%; d. 55%.
a. 55%; b. 50%; c. 45%; d. 40%.	
2. Критерием сохраненной ФВ ЛЖ Вы считаете ее значение выше:	3. Какую из предложенных формулировок диагноза ХСН Вы считаете правильной:
a. 40%; b. 45%;	a. ХСН III функционального класса (ФК); b. ХСН IIa стадии; c. ХСН IIa стадии, III ФК; d. ХСН со сниженной ФВ ЛЖ IIa стадии, III ФК; e. ХСН со сниженной ФВ ЛЖ (38%) IIa стадии, III ФК; f. предпочитаю применять термин «Недостаточность кровообращения».

4. Какой элемент медикаментозной терапии ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ (в отсутствие противопоказаний и индивидуальной непереносимости) Вы считаете обязательным для улучшения прогноза:

- a. комплекс сакубитрил–валсартан;
- b. ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ);
- c. блокатор рецепторов ангиотензина II (БРА);
- d. бета-адреноблокатор (БАБ);
- e. антагонист минералокортикоидных рецепторов (АМКР);
- f. ни один из перечисленных.

5. При каких обстоятельствах Вы назначите петлевой диуретик пациенту с ФВ ЛЖ <40%?

- a. при ХСН II–IV ФК с признаками застоя;
- b. при ХСН III–IV ФК вне зависимости от наличия признаков застоя;
- c. всем пациентам с ФВ ЛЖ <40% (вне зависимости от ФК и наличия признаков застоя).

6. По какому показанию Вы назначите больному с ХСН комплекс сакубитрил–валсартан:

- a. декомпенсация ХСН на фоне стандартного лечения иАПФ / БРА, БАБ, АМКР, диуретиками вне зависимости от ФК и величины ФВ ЛЖ;
- b. ХСН II–IV ФК вне зависимости от величины ФВ ЛЖ при непереносимости иАПФ / БРА;
- c. ХСН II–III ФК с ФВ ЛЖ <40% стабильного течения при переносимости иАПФ / БРА, но недостаточной эффективности лечения – вместо иАПФ / БРА;
- d. ХСН II–III ФК с ФВ ЛЖ <40% стабильного течения при переносимости иАПФ / БРА, но недостаточной эффективности лечения – в дополнение к иАПФ / БРА.

7. В каком случае Вы считаете необходимым назначить пациенту с ХСН АМКР (при отсутствии противопоказаний и индивидуальной непереносимости)?

- a. при ФВ ЛЖ менее 40% независимо от выраженности симптомов;
- b. при ФВ ЛЖ менее 40% и наличии симптомов ХСН III–IV ФК;
- c. при наличии симптомов ХСН, соответствующих III–IV ФК, независимо от величины ФВ ЛЖ;
- d. при ФВ ЛЖ менее 50% независимо от выраженности симптомов ХСН.

8. Какую дозу спиронолактона Вы применяете для достижения нейромодуляторного эффекта у больных с ХСН?

- a. 12,5–25 мг/сут;
- b. 25–50 мг/сут;
- c. 50–100 мг/сут;
- d. 100–200 мг/сут;
- e. максимальную переносимую дозу.

9. Какую дозу иАПФ Вы считаете оптимальной при лечении ХСН со сниженной ФВ ЛЖ?

- a. максимальную дозу, не вызывающую ухудшения самочувствия после однократного приема;
- b. максимальную достигнутую в процессе титрации дозу, не вызывающую ухудшения самочувствия;
- c. максимальную достигнутую в процессе титрации дозу, не вызывающую критического изменения контрольных физиологических и биохимических показателей;
- d. минимальную из рекомендуемых, так как факт назначения иАПФ важнее дозы препарата.

10. Укажите, при каком уровне систолического артериального давления Вы прекратите повышающую титрацию иАПФ у пациента с ХСН:

- a. ≤ 110 мм рт. ст.;
- b. ≤ 100 мм рт. ст.;
- c. ≤ 90 мм рт. ст.;
- d. любом снижении АД, сопровождающемся симптомами гипотензии;
- e. другое: _____

11. При выявлении у пациента на фоне повышающей титрации иАПФ увеличения концентрации креатинина в крови на 50% от исходной Вы рекомендуете:

- a. продолжить повышающую титрацию иАПФ;
- b. прекратить повышающую титрацию и продолжить прием иАПФ в прежней дозе;
- c. уменьшить дозу иАПФ в 2 раза;
- d. отменить иАПФ;
- e. другое: _____

12. Какую дозу БАБ Вы считаете оптимальной при лечении ХСН со сниженной ФВ ЛЖ?

- a. максимальную дозу, не вызывающую ухудшения самочувствия после однократного приема;
- b. максимальную достигнутую в процессе титрации дозу, не вызывающую ухудшения самочувствия;
- c. максимальную достигнутую в процессе титрации дозу, не вызывающую критического изменения контрольных физиологических и биохимических показателей;
- d. минимальную из рекомендуемых, так как факт назначения БАБ важнее дозы препарата.

13. Укажите, при каком уровне систолического артериального давления Вы прекратите повышающую титрацию БАБ у пациента с ХСН:

- a. ≤ 110 мм рт. ст.;
- b. ≤ 100 мм рт. ст.;
- c. ≤ 90 мм рт. ст.;
- d. любом снижении АД, сопровождающемся симптомами гипотензии;
- e. другое: _____

14. Имплантацию устройства для ресинхронизирующей терапии Вы порекомендуете пациенту с ХСН и ФВ ЛЖ менее 35% на фоне оптимальной медикаментозной терапии при:

- a. рефрактерности к терапии диуретиками;
- b. увеличении ширины комплекса QRS до 150 мс и более;
- c. увеличении ширины комплекса QRS до 150 мс и более ожидаемой продолжительности жизни не менее 1 года;
- d. увеличении ширины комплекса QRS до 150 мс и более с морфологией блокады левой ножки пучка Гиса и ожидаемой продолжительности жизни не менее 1 года.

15. При каких обстоятельствах Вы будете рекомендовать имплантацию кардиовертера-дефибриллятора пациенту с ХСН:

- a. всем пациентам с ХСН II–III ФК, ФВ ЛЖ $\leq 35\%$;
- b. пациентам с ХСН II–III ФК, ФВ ЛЖ $\leq 35\%$ и эпизодами неустойчивой желудочковой тахикардии;
- c. пациентам с ХСН II–III ФК, ФВ ЛЖ $\leq 35\%$, эпизодами неустойчивой желудочковой тахикардии и наличием противопоказаний к терапии амиодароном;
- d. пациентам с ХСН II–III ФК, ФВ ЛЖ $\leq 35\%$ после перенесенного не менее 40 дней назад инфаркта миокарда;
- e. пациентам с ХСН II–III ФК, ФВ ЛЖ $\leq 35\%$ после перенесенного не менее 40 дней назад инфаркта миокарда только в случае невозможности полной реваскуляризации.

Правильные ответы выделены цветом.

Таблица 2. Ответы, данные респондентами на вопросы основной части анкеты

Вопросы	Группа	Ответы, абс. (%)					
		a	b	c	d	e	f
1**	Все	9 (4,9)	29 (15,7)	30 (16,2)	117 (63,2)	—	—
	Кард.	4 (3,2)	17 (13,4)	17 (13,4)	89 (70,0)	—	—
	Тер.	5 (12,5)	8 (20,0)	10 (25,0)	17 (42,5)	—	—
2*	Все	6 (3,2)	8 (4,3)	125 (62,5)	46 (24,9)	—	—
	Кард.	6 (4,7)	4 (3,2)	93 (72,4)	25 (19,7)	—	—
	Тер.	0	2 (5,0)	21 (52,5)	17 (42,5)	—	—
3*	Все	3 (1,6)	3 (1,6)	23 (12,4)	18 (9,7)	136 (73,6)	2 (1,1)
	Кард.	1 (0,8)	0	17 (13,4)	13 (10,2)	94 (74,0)	2 (1,6)
	Тер.	2 (5,0)	2 (5,0)	4 (10,0)	4 (10,0)	28 (70,0)	0
4**	Все	10 (5,5)	124 (67,0)	7 (3,8)	18 (9,7)	6 (3,2)	20 (10,8)
	Кард.	8 (6,3)	91 (71,7)	2 (1,6)	6 (4,7)	4 (3,1)	16 (12,6)
	Тер.	1 (2,5)	23 (57,5)	4 (10,0)	9 (22,5)	2 (5,0)	1 (2,5)
5*	Все	134 (72,4)	18 (9,7)	33 (17,9)	—	—	—
	Кард.	101 (79,5)	9 (7,1)	17 (13,4)	—	—	—
	Тер.	23 (57,5)	6 (15)	11 (27,5)	—	—	—
6**	Все	18 (9,7)	6 (3,2)	147 (79,5)	14 (7,6)	—	—
	Кард.	9 (7,1)	3 (2,4)	110 (86,6)	5 (3,9)	—	—
	Тер.	6 (15,0)	3 (7,5)	25 (62,5)	6 (15,0)	—	—
7	Все	57 (30,8)	26 (14,1)	65 (35,1)	37 (20,0)	—	—
	Кард.	44 (34,6)	14 (11,0)	42 (33,1)	27 (21,3)	—	—
	Тер.	10 (25,0)	10 (25,0)	16 (40,0)	4 (10,0)	—	—
8*	Все	23 (12,4)	123 (66,5)	27 (14,6)	5 (2,7)	7 (3,8)	—
	Кард.	17 (13,4)	92 (72,4)	14 (11,0)	2 (1,6)	2 (1,6)	—
	Тер.	5 (12,5)	20 (50,0)	10 (25,0)	2 (5,0)	3 (7,5)	—
9*	Все	1 (0,6)	65 (35,1)	104 (56,2)	15 (8,1)	—	—
	Кард.	0	53 (41,7)	65 (51,2)	9 (7,1)	—	—
	Тер.	1 (2,5)	8 (20,0)	26 (65,0)	5 (12,5)	—	—
10*	Все	35 (18,9)	47 (25,4)	40 (21,6)	61 (33,0)	2 (1,1)	—
	Кард.	25 (19,7)	35 (27,5)	33 (26,0)	32 (25,2)	2 (1,6)	—
	Тер.	6 (15,0)	9 (22,5)	4 (10,0)	21 (52,5)	0	—
11	Все	7 (3,8)	53 (28,7)	107 (57,8)	18 (9,7)	—	—
	Кард.	4 (3,2)	41 (32,3)	70 (55,1)	12 (9,4)	—	—
	Тер.	2 (5,0)	11 (27,5)	25 (62,5)	2 (5,0)	—	—
12	Все	1 (0,5)	73 (39,5)	97 (52,4)	14 (7,6)	—	—
	Кард.	1 (0,8)	57 (44,9)	64 (50,4)	5 (3,9)	—	—
	Тер.	0	11 (27,5)	24 (60,0)	5 (12,5)	—	—
13**	Все	23 (12,4)	53 (28,7)	40 (21,6)	64 (34,6)	5 (2,7)	—
	Кард.	15 (11,8)	40 (31,4)	36 (28,4)	32 (25,2)	4 (3,2)	—
	Тер.	5 (12,5)	11 (27,5)	2 (5,0)	21 (52,5)	1 (2,5)	—
14*	Все	3 (1,6)	13 (7,0)	25 (13,5)	144 (77,9)	—	—
	Кард.	3 (2,4)	5 (3,9)	15 (11,8)	104 (81,9)	—	—
	Тер.	0 (0,0)	7 (17,5)	6 (15,0)	27 (67,5)	—	—
15	Все	12 (6,5)	46 (24,9)	78 (42,3)	20 (10,8)	29 (15,7)	—
	Кард.	8 (6,3)	32 (25,2)	53 (41,7)	18 (14,2)	16 (12,6)	—
	Тер.	2 (5,0)	11 (27,5)	16 (40,0)	2 (5,0)	9 (22,5)	—

* – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$. Тер. – терапевты. Кард. – кардиологи. Правильные ответы выделены жирным шрифтом.

В вопросах 1 и 2 респондентам предлагалось указать, при каких значениях фракции выброса (ФВ) ЛЖ они считают возможным устанавливать диагноз ХСНФВ и ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ (ХСНсФВ). Правильные ответы были получены от 117 (63,2%) и 125 (62,5%)

респондентов соответственно. Критерий диагноза ХСНФВ (ФВ ЛЖ $< 40\%$) верно указали 70,0% кардиологов и 42,5% терапевтов ($p < 0,01$), критерий диагноза ХСНсФВ (ФВ ЛЖ $> 50\%$) – 72,4% кардиологов и 52,5% терапевтов ($p < 0,05$).

В вопросе 3 предлагалось выбрать корректную формулировку диагноза ХСН. Ответ «е», полностью соответствующий положениям клинических рекомендаций (с указанием характеристики и величины ФВ ЛЖ, стадии и функционального класса – ФК ХСН), дали 136 (73,6%) респондентов, в том числе 74,0% кардиологов и 70,0% терапевтов ($p > 0,05$).

В вопросе 4 предлагалось указать препарат, определенно улучшающий прогноз пациентов с ХСНсФВ. Правильный ответ «f» (ни один из перечисленных) дали лишь 20 (10,8%) респондентов, в том числе 12,6% кардиологов и 1 терапевт.

Знание показаний к назначению петлевых диуретиков оценивалось в вопросе 5. Правильный ответ «а» (при ХСН II–IV ФК с признаками застоя) дали 134 (72,4%) участника опроса, в том числе 79,5% кардиологов и 57,5% терапевтов ($p < 0,05$).

На вопрос 6 о показаниях к назначению комплекса сакубитрил–валсартан правильный ответ «с» (ХСН II–III ФК с 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 147 (79,5%) участников опроса. Кардиологи давали правильный ответ чаще, чем терапевты: 86,6 и 62,5% соответственно ($p < 0,01$).

Отвечая на вопрос 7, показания к назначению антагонистов минералокортикоидных рецепторов (АМКР) верно (ответ «а» – при ФВ ЛЖ менее 40% независимо от выраженности симптомов ХСН) определили 57 (30,8%) респондентов. Кардиологи выбирали правильный ответ чаще, чем терапевты, но эта разница не достигала статистической значимости: 34,6 и 25% соответственно ($p > 0,05$). В то же время на вопрос 8 о дозе спиронолактона, которую следует применять для достижения нейромодуляторного эффекта у больных с ХСН, правильно (ответ «b» – 25–50 мг/сут) ответили 123 (66,5%) участника опроса, и кардиологи верно указывали дозу препарата чаще, чем терапевты – 72,4 и 50% соответственно ($p < 0,05$).

Корректные критерии определения оптимальной дозы ингибитора АПФ при лечении пациентов с ХСНнФВ (вопрос 9) отметили более 90% респондентов. Из предложенных вариантов ответа два были правильными. Вариант «b» (максимальная достигнутая в процессе титрации доза, не вызывающая ухудшения самочувствия) выбрали 65 (35,1%) участников опроса и 104 (56,2%) – вариант «с» (максимальная достигнутая в процессе титрации доза, не вызывающая критического изменения контрольных физиологических и биохимических показателей). Мнения кардиологов и терапевтов по этому вопросу статистически значимо не различались. Вместе с тем на вопрос 10 о систолическом артериальном давлении (САД), при котором

следует прекратить повышающую титрацию ингибиторов АПФ, верный ответ «d» (при любом снижении АД, сопровождающемся симптомами гипотензии) дали лишь около 30% врачей, причем терапевты выбирали этот ответ чаще, чем кардиологи – 21 (52,5%) и 32 (25,2%) участника групп соответственно ($p < 0,05$).

Вопрос 11 касался выбора тактики лечения при увеличении уровня креатинина в крови во время повышающей титрации ингибитора АПФ. С предложением уменьшить дозу ингибитора АПФ в 2 раза, соответствующим клиническим рекомендациям (ответ «с»), согласились 107 (57,8%) респондентов – 55,1% кардиологов и 62,5% терапевтов ($p > 0,05$).

Критерии для определения оптимальной дозы бета-адреноблокатора при лечении пациентов с ХСНнФВ (вопрос 12) верно указали более 90% врачей. Среди предложенных ответов на этот вопрос правильных было два; 73 (39,5%) респондента выбрали ответ «b» (максимальная достигнутая в процессе титрации доза, не вызывающая ухудшения самочувствия) и 97 (52,4%) – ответ «с» (максимальная достигнутая в процессе титрации доза, не вызывающая критического изменения контрольных физиологических и биохимических показателей). По частоте правильных ответов группы кардиологов и терапевтов не различались. Однако на вопрос об уровне САД, ограничивающем повышение дозы бета-адреноблокатора у пациента с ХСН, верный ответ «d» (при любом снижении артериального давления – АД, сопровождающемся симптомами гипотензии) дали всего 34,6% опрошенных, причем терапевты в 2 раза чаще, чем кардиологи – 21 (52,5%) и 32 (25,2%) соответственно ($p < 0,01$).

Вопросы 14 и 15 относились к определению показаний к применению имплантируемых электрофизиологических устройств у пациентов с ХСН. Правильно (ответ «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) определили показания к ресинхронизирующей терапии 144 (77,9%) респондента. Кардиологи выбирали правильный ответ чаще, чем терапевты – в 81,9 и 67,5% анкет соответственно ($p < 0,05$). Но соответствующие клиническим рекомендациям показания к имплантации кардиовертера-дефибриллятора (ИКД) при ХСН (ответ «d» – пациентам с ХСН II–III ФК, ФВ ЛЖ $\leq 35\%$ после перенесенного не менее 40 дней назад инфаркта миокарда) указали лишь 20 (10,8%) респондентов в отсутствие статистически значимых различий по частоте правильного ответа между группами кардиологов и терапевтов ($p > 0,05$).

В среднем респонденты дали 8,7 из 15 (57,8%) правильных ответов на вопросы анкеты. Более 70% правильных ответов дали 14 (11,0%) кардиологов и 2 (5,0%) терапевта. Менее 50% правильных ответов дали 45 (35,4%) кардиологов и 23 (57,5%) терапевта.

Обсуждение

Ответы на вопросы 1 и 2 основной части анкеты свидетельствуют о недостаточных знаниях врачей, особенно терапевтов, о фенотипах ХСН. Основной эхокардиографический критерий – величина ФВ ЛЖ – применительно к диагнозу ХСНсФВ был неверно указан 57,5% терапевтов и 30% кардиологов, а применительно к диагнозу ХСНсФВ – 47,5% терапевтов и 21,6% кардиологов. В то же время правильное представление о принципах формулировки диагноза ХСН продемонстрировали большинство как кардиологов, так и терапевтов. Не вполне корректные (неполные) диагностические формулы выбрали 27% опрошенных.

Вопросы 4–13 относились к фармакотерапии ХСН. Ответы на эти вопросы позволяли выяснить представления врачей об основных показаниях, дозовых режимах, контроле безопасности лечения блокаторами ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), бета-адреноблокаторами, диуретиками.

На вопрос о лекарственных препаратах, обязательных к применению с целью улучшения прогноза при ХСНсФВ, правильно – «ни один из перечисленных» – ответили лишь 10,8% участников опроса (10 кардиологов и 1 терапевт). Большинство респондентов (71,7% кардиологов и 57,5% терапевтов) остановили свой выбор на варианте «ингибитор АПФ». Как известно, до настоящего времени не получено убедительных доказательств влияния какого-либо фармакологического средства на прогноз у пациентов с ХСНсФВ. С одной стороны, блокада РААС не отягощает исходы ХСНсФВ, но, с другой стороны, ответы врачей дают основание полагать, что ни кардиологи, ни терапевты не видят больших различий в эффективности ингибиторов АПФ при ХСН с низкой и сохраненной ФВ ЛЖ.

Несколько неожиданными оказались ответы на вопрос 5 о показаниях к назначению петлевых диуретиков пациентам с систолической дисфункцией ЛЖ. Более 40% терапевтов не посчитали задержку жидкости с развитием застойного синдрома обязательным условием для начала лечения препаратом этого класса, что, по-видимому, обусловлено недостаточными знаниями терапевтов о симптоматическом и прогностическом эффектах диуретической терапии при ХСН. В то же время показания к назначению менее традиционного препарата для лечения ХСН – комплекса сакубитрил–валсартан – верно указали большинство кардиологов и более 60% терапевтов. Такие результаты могут рассматриваться как следствие большого объема регулярно поступающей информации о результатах клинического применения комплекса сакубитрил–валсартан и повышенного интереса врачей к относительно новому и весьма эффективному препарату. Существенно реже участники опроса правильно отвечали на вопрос о пока-

заниях к применению АМКР. Соответствующий клиническим рекомендациям ответ «при ФВ ЛЖ <40% независимо от выраженности симптомов» выбрали только 34,6% кардиологов и 25% терапевтов. Более 40% кардиологов и 65% терапевтов назначение АМКР считают оправданным только в случаях тяжелой ХСН III–IV ФК. По-видимому, широко распространенное в среде терапевтов представление об АМКР как о препаратах с преимущественно диуретическим действием объясняет и мнение врачей о дозе спиронолактона, которую следует применять с целью нейромодуляции. Правильно на этот вопрос терапевты отвечали достоверно реже, чем кардиологи. Избыточные дозы спиронолактона – более 50 мг/сут – выбрали 37,5% терапевтов и 14,6% кардиологов.

На вопрос об оптимальной дозе ингибитора АПФ для лечения пациентов с ХСНсФВ терапевтами и кардиологами в большинстве случаев были даны правильные ответы: «максимальная достигнутая в процессе титрации доза, не вызывающая ухудшения самочувствия» или «максимальная достигнутая в процессе титрации доза, не вызывающая критического изменения контрольных физиологических и биохимических показателей». Но ответы на вопрос, при каком САД следует остановить повышающую титрацию ингибитора АПФ у пациента с ХСН, показали, что для многих врачей самочувствие пациента не является фактором, определяющим выбор лечебной тактики. Так, 73,5% кардиологов и 47,5% терапевтов выбрали ответы, в которых указаны конкретные уровни САД, хотя повышение дозы ингибитора АПФ должно быть остановлено при симптомах гипотензии независимо от величины АД. К контролю безопасности лечения ингибиторами АПФ относился и вопрос о том, какие действия следует предпринять, если в ходе повышающей титрации препарата этого класса концентрация креатинина в крови увеличилась на 50% от исходной. Уменьшить дозу ингибитора АПФ в 2 раза и продолжить лечение, что соответствует действующим правилам, предложили 57,8% опрошенных врачей. Однако 32,3% кардиологов и 27,5% терапевтов рекомендовали продолжить прием ингибитора АПФ в прежней дозе.

Противоречивые представления врачей о критериях безопасности фармакотерапии ХСН проявились и в ответах на вопросы, относящиеся к назначению бета-адреноблокаторов. На вопрос о том, какую дозу бета-адреноблокатора следует считать оптимальной при лечении ХСНсФВ, большинство респондентов ответили в соответствии с рекомендациями: «максимальную достигнутую в процессе титрации дозу, не вызывающую ухудшения самочувствия» или «максимальную достигнутую в процессе титрации дозу, не вызывающую критического изменения контрольных физиологических и биохимических показателей». Однако при ответе на вопрос о степе-



ОССН

Общество Специалистов по
Сердечной Недостаточности

Для профессионалов в области здравоохранения
ОССН и издательство «КлинМедКонсалтинг»
представляет уникальные монографии и пособия.

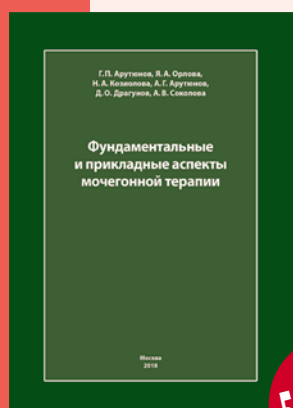


500 руб.*

Васюк Ю.А., Ющук Е.Н., Несветов В.В.

Монография «Кардиоонкология: новый вызов нашего времени. Сердечно-сосудистые осложнения противоопухолевого лечения»

В монографии описаны многие аспекты кардиоонкологии – важной дисциплинарной проблемы до настоящего времени остающейся малоизученной. Кардиотоксичность у онкологических пациентов является актуальной проблемой. Количество таких больных во всем мире неуклонно растет, а их активная противоопухолевая терапия, в том числе новыми, весьма агрессивными препаратами сопряжена с увеличением риска различных сердечно-сосудистых осложнений.



500 руб.*

Арутюнов Г.П., Орлова Я.А., Козиолова Н.А.,

Арутюнов А.Г., Драгунов Д.О., Соколова А.В.

Фундаментальные и прикладные аспекты мочегонной терапии

В данном учебном пособии описаны теоретические и прикладные аспекты мочегонной терапии. Особое внимание уделено диуретикам в лечении хронической сердечной недостаточности, артериальной гипертензии.



500 руб.*

Арутюнов Г.П.

Монография «Этюды дифференциального диагноза»

В монографии описаны навыки построения диагностической концепции на основе пропедевтического подхода к осмыслению жалоб и результатов физикального осмотра. Издание, созданное на основе личного 40-летнего опыта работы автора в многопрофильном терапевтическом стационаре будет полезно молодым специалистам, ординаторам и врачам общей практики.

Вы можете приобрести издания, обратившись в ОССН или «КлинМедКонсалтинг».

На все вопросы по заказу и доставке вам ответят по e-mail: anastasia.tarabrina@ossn.ru
или по адресу 121087, г. Москва, Береговой проезд, д.5, корп. 2, 215. Тел.: +7 (495) 765 24 28.

* – стоимость почтовых услуг по пересылке оплачивается отдельно и рассчитывается в зависимости от тарифов почты России или других служб доставки для каждого региона РФ.

ни снижения АД, при котором полагается прекратить повышение дозы бета-адреноблокатора у пациента с ХСН, кардиологи в 71,6%, а терапевты в 45% случаев ориентировались на уровень САД, а не на симптомы гипотензии.

Таким образом, при выборе тактики повышающей титрации ингибитора АПФ и бета-адреноблокатора терапевты по сравнению с кардиологами продемонстрировали большую осторожность и склонность к индивидуализации фармакотерапии с учетом особенностей конкретного пациента. Среди терапевтов оказалось больше врачей, для которых самочувствие пациента и клиническая симптоматика, а не уровень САД, являются приоритетными факторами выбора оптимальной дозы ингибитора АПФ и бета-адреноблокатора.

Особенности фармакотерапии ХСН в повседневной врачебной практике изучались в ряде исследований. S. Greene и соавт. [13] обнаружили, что в популяции амбулаторных пациентов с ХСНнФВ соответствующие рекомендациям дозы ингибитора АПФ/БРА/сакубитрила–валсартана были назначены лишь в 17% случаев, бета-адреноблокатора – в 28%, АМКР – в 77% случаев. Среди пациентов, включенных в международный проспективный регистр QUALIFY, рекомендованные дозы ингибитора АПФ/БРА были достигнуты у 22%, а бета-адреноблокатора – у 12% больных с ХСНнФВ [5]. В российской части регистра QUALIFY доля пациентов, которым были назначены целевые дозы препаратов и дозы $\geq 50\%$ целевых, составила для ингибиторов АПФ 21,5 и 62,3%, для БРА 20,3 и 39,8%, для бета-адреноблокаторов 15 и 50,8% соответственно [14]. Среди возможных причин несоответствия реальной фармакотерапии ХСН клиническим рекомендациям прежде всего рассматриваются особенности пациента: физиологические ограничения, исходное состояние гемодинамики, функция почек. Однако в исследовании M. Jarjour и соавт. [15] такие препятствия для увеличения дозы бета-адреноблокатора были выявлены лишь у 26,1%, для ингибитора АПФ/БРА – у 20,7%, а для АМКР – у 11,1% больных. Сопоставимые результаты получены в исследовании BIOSAT-SHF: рекомендованная доза ингибитора АПФ/БРА была назначена 22%, а целевая доза бета-адреноблокатора – только 12% пациентов с ХСНнФВ, при том что ограничения для применения препаратов этих классов из-за органной дисфункции или клинически проявляющихся побочных эффектов выявлены лишь в 26 и 22% случаев соответственно [16]. Полученные нами результаты дают основание полагать, что наряду с другими причинами, не соответствующее клиническим рекомендациям применение препаратов, доказанно улучшающих прогноз у пациентов с ХСНнФВ, может быть обусловлено недостатком профессиональных знаний, а также неумением или нежеланием врачей проводить титрацию доз препаратов в соответствии с правилами.

Большинство кардиологов и терапевтов (81,9 и 67,5% соответственно) верно определили показания к проведению ресинхронизирующей терапии у пациентов с ХСНнФВ. В то же время с показаниями к ИКД оказались плохо знакомы врачи обеих специальностей – правильную формулировку показаний выбрали всего 14,2% кардиологов и 5% терапевтов. Каждый четвертый (24,9%) врач, участвовавший в опросе (в равной пропорции кардиологи и терапевты), полагает, что ИКД показана пациентам с ХСНнФВ только при выявлении неустойчивой желудочковой тахикардии, а более 40% респондентов (преимущественно кардиологи) считают, что этот метод лечения следует применять у пациентов с неустойчивой желудочковой тахикардией при наличии противопоказаний к терапии амиодароном. Распределение ответов на последний вопрос анкеты отражает недостаточную информированность врачей о месте ИКД в лечении пациентов с ХСНнФВ и малом опыте их применения.

Заключение

Данные, полученные в результате исследования, показывают, что в целом терапевты хуже, чем кардиологи, осведомлены об основных положениях клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности. Однако и объем знаний кардиологов нельзя считать достаточным. Более 70% правильных ответов на вопросы анкеты – уровень, соответствующий зачетному, при сдаче аттестационного экзамена дали всего 11% кардиологов и 5% терапевтов. Недостаток знаний следует считать основой низкой приверженности врачей клиническим рекомендациям по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности. При формировании программ повышения квалификации врачей по теме хронической сердечной недостаточности особое внимание следует уделить аспектам применения блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и бета-адреноблокаторов с подробным обсуждением принципов дозирования препаратов, а также показаниям к имплантации и результатам применения кардиовертеров-дефибрилляторов.

Ограничения исследования

Правдивость ответов на вопросы анкеты обеспечивалась только анонимностью респондентов, что накладывает ограничение на трактовку полученных результатов. Дополнительное ограничение результатов сравнительной оценки знаний кардиологов и терапевтов связано с количественным различием групп врачей этих специальностей.

Конфликт интересов не заявлен.

Статья поступила 15.07.2021

1. Burnett H, Earley A, Voors AA, Senni M, McMurray JJV, Deschaseaux C et al. Thirty Years of Evidence on the Efficacy of Drug Treatments for Chronic Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: A Network Meta-Analysis. *Circulation: Heart Failure*. 2017;10(1):e003529. DOI: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.116.003529
2. Fomin I.V. Chronic heart failure in Russian Federation: what do we know and what to do. *Russian Journal of Cardiology*. 2016;8:7–13. [Russian: Фомин И.В. Хроническая сердечная недостаточность в Российской Федерации: что сегодня мы знаем и что должны делать. *Российский Кардиологический Журнал*. 2016;8:7–13]. DOI: 10.15829/1560-4071-2016-8-7-13
3. 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
4. Komajda M, Lapuerta P, Hermans N, Gonzalez-Juanatey JR, van Veldhuisen DJ, Erdmann E et al. Adherence to guidelines is a predictor of outcome in chronic heart failure: the MAHLER survey. *European Heart Journal*. 2005;26(16):1653–9. DOI: 10.1093/eurheartj/ehi251
5. Komajda M, Schöpe J, Wagenpfeil S, Tavazzi L, Böhm M, Ponikowski P et al. Physicians' guideline adherence is associated with long-term heart failure mortality in outpatients with heart failure with reduced ejection fraction: the QUALIFY international registry. *European Journal of Heart Failure*. 2019;21(7):921–9. DOI: 10.1002/ehf.1459
6. 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/ehf.1857
7. Perepech N.B., Tregubov A.V. Doctor's attitude to administration of statins for primary prevention of cardiovascular diseases. *Russian Heart Journal*. 2017;16(1):52–8. [Russian: Перепеч Н.Б., Трегубов А.В. Отношение врачей к применению статинов для первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. *Сердце: журнал для практикующих врачей*. 2017;16(1):52–8]. DOI: 10.18087/rhj.2017.1.2301
8. Perepech N.B., Tregubov A.V. Doctor's adherence to recommendations governing the antiplatelet agents use in the cardiovascular diseases prevention and treatment. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2018;14(2):235–43. [Russian: Перепеч Н.Б., Трегубов А.В. Приверженность врачей рекомендациям по применению антиагрегантов в профилактике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2018;14(2):235–43]. DOI: 10.20996/1819-6446-2018-14-2-235-243
9. Perepech N.B., Shurygina V.D., Tregubov A.V. Doctors' adherence to the guidelines on the diagnostics and treatment of arterial hypertension. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2019;15(4):502–9. [Russian: Перепеч Н.Б., Шурыгина В.Д., Трегубов А.В. Приверженность врачей рекомендациям по диагностике и лечению артериальной гипертензии. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2019;15(4):502–9]. DOI: 10.20996/1819-6446-2019-15-4-502-509
10. Perepech N.B., Mikhailova I.E., Tregubov A.V. Doctors' adherence to the guidelines on the oral anticoagulants usage. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2020;16(5):706–12. [Russian: Перепеч Н.Б., Михайлова И.Е., Трегубов А.В. Приверженность врачей рекомендациям по применению пероральных антикоагулянтов. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2020;16(5):706–12]. DOI: 10.20996/1819-6446-2020-10-15
11. Mareev V.Yu., Fomin I.V., Ageev F.T., Begrambekova Yu.L., Vasyuk Yu.A., Garganeeva A.A. et al. Russian Heart Failure Society, Russian Society of Cardiology. Russian Scientific Medical Society of Internal Medicine Guidelines for Heart failure: chronic (CHF) and acute decompensated (ADHF). Diagnosis, prevention and treatment. *Kardiologiya*. 2018;58(6S):8–158. [Russian: Мареев В.Ю., Фомин И.В., Агеев Ф.Т., Беграмбекова Ю.Л., Васюк Ю.А., Гарганеева А.А. и др. Клинические рекомендации ОССН–РКО–РНМОТ. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение. *Кардиология*. 2018;58(6S):8–158]. DOI: 10.18087/cardio.2475
12. 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
13. Greene SJ, Butler J, Albert NM, DeVore AD, Sharma PP, Duffy CI et al. Medical Therapy for Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: The CHAMP-HF Registry. *Journal of the American College of Cardiology*. 2018;72(4):351–66. DOI: 10.1016/j.jacc.2018.04.070
14. Tereshchenko S.N., Zhironov I.V., Petrukhina A.A. Clinical and demographic characteristics of an outpatient Russian population with chronic heart failure at the time of enrollment in the QUALIFY registry for evaluating consistency with clinical guidelines on drug therapy. *Kardiologiya*. 2017;17(2S):324–30. [Russian: Терещенко С.Н., Жиров И.В., Петрухина А.А. Клинико-демографические характеристики российской популяции амбулаторных пациентов с хронической сердечной недостаточностью на момент включения в регистр QUALIFY для оценки соблюдения клинических рекомендаций в отношении лекарственной терапии. *Кардиология*. 2017;17(2S):324–30]. DOI: 10.18087/cardio.2363
15. 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
16. 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