



Анализ факторов, влияющих на знание врачами положений клинических рекомендаций по лечению хронической сердечной недостаточности

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

Цель. Выяснить связь между уровнем информированности о положениях клинических рекомендаций (КР) по лечению хронической сердечной недостаточности (ХСН) со сниженной фракцией выброса левого желудочка и рядом профессиональных особенностей врача: специальностью, стажем работы, самооценкой уровня знаний, отношением к применению КР, основным способом изучения этого документа. Для повышения эффективности и развития системы последипломного образования важно определить факторы, влияющие на информированность врачей о положениях КР.

Материал и методы. В исследование включены результаты анонимного анкетирования 207 врачей (155 — кардиологи, 44 — терапевты, 8 — врачи других специальностей). Для оценки достоверности различий использовались t-критерий Стьюдента, χ^2 -критерий и точный критерий Фишера.

Результаты. Среднее количество правильных ответов на вопросы анкеты среди кардиологов было достоверно выше, чем среди терапевтов ($p < 0,001$). В группе врачей со стажем работы < 5 лет наблюдалась большая вариабельность среднего количества правильных ответов — $6,2 \pm 4,0$. Врачи со стажем работы по специальности 6–10 лет и 11–20 лет чаще выбирали правильные ответы, чем врачи со стажем > 20 лет. Врачи, считающие себя "полностью информированными" о положениях КР, давали меньше правильных ответов, чем врачи, которые имели менее высокую самооценку ($p < 0,001$). Доля правильных ответов в подгруппе врачей, которые считают КР обязательными к исполнению, была больше, чем в подгруппах врачей, придерживающихся иного мнения ($p < 0,05$). Лучшие результаты показали врачи, указавшие в качестве предпочтительного способа изучения КР непосредственную работу с их текстом ($p < 0,001$).

Заключение. Уровень знаний положений КР по лечению ХСН кардиологами следует признать недостаточным, а терапевтами — крайне низким. Врачи недостаточно информированы о необходимости выполнения положений КР. При планировании обучения следует учитывать специальность и стаж работы врача. Необоснованно высокая самооценка знаний является препятствием к повышению квалификации. Лучшим способом самообразования следует считать непосредственное изучение текста КР.

Ключевые слова: клинические рекомендации, знания врачей, повышение квалификации врачей, самообразование.

Отношения и деятельность: нет.

ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия.

Пере́печ Н. Б.* — профессор, д.м.н., руководитель научно-клинического и образовательного центра "Кардиология" СПбГУ, ORCID: 0000-0003-4057-5813, Трегубов А. В. — к.м.н., с.н.с. научно-клинического и образовательного центра "Кардиология" СПбГУ, ORCID: 0000-0002-8836-3740, Михайлова И. Е. — к.м.н., с.н.с. научно-клинического и образовательного центра "Кардиология" СПбГУ, ORCID: 0000-0002-9118-5850.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): altregubov@mail.ru

КР — клинические рекомендации, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

Рукопись получена 06.12.2023

Рецензия получена 08.12.2023

Принята к публикации 13.01.2024



Для цитирования: Пере́печ Н. Б., Трегубов А. В., Михайлова И. Е. Анализ факторов, влияющих на знание врачами положений клинических рекомендаций по лечению хронической сердечной недостаточности. *Российский кардиологический журнал*. 2024;29(1S):5722. doi: 10.15829/1560-4071-2024-5722. EDN NAJUGY

Analysis of factors influencing doctors' awareness of clinical guidelines for heart failure treatment

Perepech N. B., Tregubov A. V., Mikhailova I. E.

Aim. To find out the relationship between the awareness level of clinical guidelines on heart failure (HF) with reduced ejection fraction and a number of professional characteristics (specialty, work experience, self-assessment of awareness level, attitude towards the use of guidelines, the main way of document study). To improve the efficiency and development of the postgraduate education system, the factors that influence doctors' awareness of guidelines should be determined.

Material and methods. The study included the results of an anonymous survey of 207 doctors (155 cardiologists, 44 therapists, 8 doctors of other specialties). To assess the significance of differences, Student's t-test, χ^2 -test and Fisher's exact test were used.

Results. The mean number of correct answers to the questionnaire among cardiologists was significantly higher than among general practitioners ($p < 0,001$). In the group of physicians with less than 5 years of work experience, there was a large variability in the mean number of correct answers — $6,2 \pm 4,0$. Physicians with 6–10 years and 11–20 years of experience in their specialty were more likely to choose the correct answers than doctors with more than 20 years of experience. Professionals who considered themselves "fully informed" on clinical guidelines gave fewer correct answers than doctors who had less high self-rating ($p < 0,001$). The proportion of correct answers in the subgroup of doctors who consider

guidelines to be mandatory was greater than in the subgroups of doctors who hold a different opinion ($p < 0,05$). The best results were shown by physicians who indicated direct text-oriented way as preferred for studying guidelines ($p < 0,001$).

Conclusion. The awareness level of clinical guidelines on the treatment of HF by cardiologists should be considered insufficient, and by therapists — extremely low. Doctors are not sufficiently informed about the need to comply with clinical guidelines. When planning training, the specialty and work experience of the doctor should be taken into account. Unjustifiably high self-rating of knowledge interferes with professional development. The best way of self-education should be considered direct study of the text of clinical guidelines.

Keywords: clinical guidelines, doctors' awareness, advanced education of doctors, self-education.

Relationships and Activities: none.

St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia.

Perepech N. B.* ORCID: 0000-0003-4057-5813, Tregubov A. V. ORCID: 0000-0002-8836-3740, Mikhailova I. E. ORCID: 0000-0002-9118-5850.

*Corresponding author:
altregubov@mail.ru

Received: 06.12.2023 Revision Received: 08.12.2023 Accepted: 13.01.2024

For citation: Perepech N.B., Tregubov A.V., Mikhailova I.E. Analysis of factors influencing doctors' awareness of clinical guidelines for heart failure treatment. *Russian Journal of Cardiology*. 2024;29(1S):5722. doi: 10.15829/1560-4071-2024-5722. EDN NAJUGY

Ключевые моменты

- При планировании обучения следует учитывать специальность и стаж работы врача.
- Необоснованно высокая самооценка знаний является препятствием к повышению квалификации.
- Непосредственное изучение текста клинических рекомендаций — это лучший способ самообразования врачей.

Key messages

- When planning training, the doctor's specialty and work experience should be taken into account.
- Unjustifiably high self-rating of knowledge interferes with professional development.
- Direct study of the text of clinical guidelines is the best way for doctors to educate themselves.

Обеспечение медицинских учреждений кадрами высокой квалификации — это важнейшее условие выполнения задач, поставленных перед системой здравоохранения Российской Федерации¹. Поддерживать достаточный уровень компетентности медицинских специалистов призвана система последипломного непрерывного медицинского образования и периодическая аккредитация специалистов. Положение об аккредитации специалистов, действующее с 01.01.2023², определяет требования к медицинским работникам, включая общую трудоемкость программ повышения квалификации и образовательных мероприятий. Оценка знаний врача и эффективности обучения затруднена в связи с недостаточной стандартизацией подходов к диагностике и лечению одних и тех же заболеваний в различных медицинских и образовательных учреждениях. Важным условием решения этой задачи является изменение статуса национальных клинических рекомендаций (КР), которое отражено в современной редакции Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"³. В соответствии с п. 3 ч. 1 ст. 37 Федерального закона № 323-ФЗ, КР являются документами, на основе которых медицин-

ские организации обязаны обеспечивать оказание медицинской помощи, а также проведение внутреннего контроля ее качества и безопасности [1].

Значение, которое в настоящее время придается внедрению КР на территории Российской Федерации, обосновано результатами многочисленных исследований. Своевременное и точное выполнение положений КР достоверно уменьшает вероятность неблагоприятных исходов различных заболеваний, влияет на качество жизни больных и смертность [2, 3]. В то же время во многих работах наряду с важным значением КР подчеркивается недостаточная информированность и низкая приверженность врачей положениям этих документов [4, 5].

КР по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (ХСН) [6] являются обязательными к исполнению с 2020г. В то же время существует ряд препятствий их реализации, в т.ч. финансовые ограничения системы здравоохранения и льготного лекарственного обеспечения, восприятие пациентами и врачами рекомендуемого лечения как дорогостоящего воздействия с сомнительной эффективностью, неоптимальное амбулаторное ведение больных и фрагментированный характер систем здравоохранения [7].

Цель исследования — выяснить связь между уровнем информированности о положениях КР по лечению ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка и рядом профессиональных особенностей врача: специальностью, стажем работы, самооценкой уровня знаний, отношением к применению КР, основным способом изучения этого документа.

Материал и методы

Материалом для исследования стали результаты анонимного анкетирования врачей, проходивших обучение на базе Научно-клинического и образовательного центра "Кардиология" Санкт-Петербургского государственного университета в 2023г. Опрос проводился до обучения по теме "диагностика и лечение

¹ Указ Президента Российской Федерации от 06.06.2019 № 254 "О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года" Номер опубликования: 0001201906070052. Дата опубликования: 07.06.2019. <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201906070052>.

² Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.10.2022 № 709н "Об утверждении Положения об аккредитации специалистов" (Зарегистрирован 30.11.2022 № 71224). Номер опубликования: 0001202211300021. Дата опубликования: 30.11.2022. <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202211300021>.

³ Федеральный закон от 25.12.2018 № 489-ФЗ "О внесении изменений 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". Рос. газ. № 294, 28.12.2018.

Таблица 1

Результаты анкетирования в изучаемых подгруппах врачей

Подгруппа	Количество врачей в подгруппе, n (%)	Среднее количество правильных ответов, m±sd	>70% правильных ответов, n (%)	<50% правильных ответов, n (%)
Специальность				
Кардиологи	155 (76,3)	7,7±2,4	42 (27,7%)	50 (32,3%)
Терапевты	44 (21,3)	4,3±2,6	2 (4,6%)	37 (84,1%)
Стаж работы				
Врачи со стажем 5 лет и менее	30 (14,5)	6,2±4,0	11 (36,7%)	13 (43,3%)
Врачи со стажем от 6 до 10 лет	41 (19,8)	7,3±2,6	15 (36,6%)	14 (34,1%)
Врачи со стажем от 11 до 20 лет	77 (37,2)	7,9±3,1	36 (46,8%)	18 (23,4%)
Врачи со стажем более 20 лет	59 (28,5)	6,8±2,8	18 (30,5%)	22 (37,3%)
Информированность о положениях КР				
Считают себя полностью информированными о положениях КР (вопрос 3, вариант "а")	23 (11,1)	5,1±1,5	3 (13%)	10 (43,5%)
Считают себя достаточно информированными о положениях КР (вопрос 3, вариант "б")	110 (53,1)	7,7±2,5	32 (29,1%)	35 (31,8%)
Считают себя в целом информированными о положениях КР (вопрос 3, вариант "в")	70 (33,8)	5,9±2,8	11 (15,7%)	44 (62,9%)
Отношение к применению КР				
Считают КР обязательными к исполнению (вопрос 4, вариант "а")	59 (28,5)	7,4±2,6	14 (23,7%)	19 (32,2%)
Считают КР важными и стараются выполнять (вопрос 4, вариант "б")	135 (65,2)	6,9±2,7	32 (23,7%)	65 (48,2%)
Считают, что КР иногда бывают полезны (вопрос 4, вариант "в")	13 (6,3)	4,3±3,2	0	9 (69,2%)
Предпочтительный способ ознакомления с КР				
Читают КР непосредственно (вопрос 5, вариант "а")	105 (50,7)	7,6±2,8	33 (31,4%)	34 (32,4%)
Читают статьи о КР в профильных журналах (вопрос 5, вариант "б")	13 (6,3)	4,9±1,6	0	12 (92,3%)
Слушают лекции (в т.ч. онлайн) экспертов о КР (вопрос 5, вариант "в")	81 (39,1)	6,4±2,7	13 (16,1%)	41 (50,6%)
Узнают о КР из внутренних документов своего лечебного учреждения (вопрос 5, вариант "г")	8 (3,9)	4,6±2,2	0	6 (75%)

Сокращение: КР — клинические рекомендации.

ХСН", все участники подписывали согласие на обработку персональных данных. Анкета включала 15 вопросов (Приложение 1). Первые 5 вопросов позволяли уточнить специальность и стаж респондента, определить его самооценку знаний по предмету анкетирования, отношение к применению КР и предпочтительный способ ознакомления с их положениями. 14 вопросов предлагали выбор одного правильного ответа из нескольких предложенных, вопрос № 15 представлял собой задание открытого типа. Вопросы касались базовых подходов к применению основных классов лекарственных средств, влияющих на прогноз при ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка. При анализе результатов анкетирования правильными считались ответы, соответствующие КР в редакции 2020г [6]. Соответствие ответов положениям КР оценивалось для вопросов 6-15. Анкетирование проводилось в смешанном формате — как очно, так и онлайн. Время для заполнения опросника не было ограничено, при выборе правильного ответа респонденты могли воспользоваться любыми источниками информации. Эти условия позволяют расценивать неверный ответ как подтверж-

дение не только низкого уровня знаний респондента по отдельному вопросу, но и его полной уверенности в своей правоте, а также как свидетельство того, что в повседневной практике он поступает в соответствии с избранным вариантом ответа.

Статистическая обработка результатов проводилась с применением Microsoft Excell 2010. Для оценки достоверности различий между ответами, которые были даны респондентами исследуемых групп, использовался t-критерий Стьюдента, χ^2 -критерий и точный критерий Фишера.

Результаты

В окончательный анализ вошли результаты анкетирования 207 врачей. Ещё 14 анкет не были включены в анализ из-за технических ошибок, допущенных при их заполнении. Среди всех участников анкетирования среднее количество правильных ответов составило $6,9 \pm 2,8$. Более 70% правильных ответов дали 46 респондентов (22,2%), <50% — 93 респондента (44,9%). Результаты анкетирования в изучаемых подгруппах врачей, составленных в зависимости от ответов, данных на вопросы 1-5, представлены в таблице 1.

Среди респондентов анкетирования были 155 кардиологов, 44 терапевта (в эту группу были отнесены также врачи общей практики) и 8 врачей других специальностей. Среднее количество правильных ответов среди кардиологов было достоверно выше, чем среди терапевтов ($p < 0,001$). Доля врачей, выбравших $>70\%$ правильных ответов в группе кардиологов, была больше, чем в группе терапевтов — $27,7\%$ vs $4,6\%$. Менее 50% правильных ответов выбрали $32,3\%$ кардиологов и $84,1\%$ терапевтов.

Стаж работы врачей, принявших участие в опросе, составил в среднем $17 \pm 11,1$ лет. Обращает внимание значительный разброс в среднем количестве правильных ответов врачей со стажем 5 лет и менее, составивший $6,2 \pm 4,0$. Результаты анкетирования врачей со стажем 20 лет и более оказались достоверно хуже, чем результаты, полученные в подгруппах врачей со стажем от 6 до 10 и от 11 до 20 лет ($p < 0,05$ для обоих сравнений).

Среднее количество правильных ответов среди респондентов, выбравших при ответе на вопрос 3 вариант "б" (достаточно информирован: могу оказывать помощь пациентам с ХСН как в условиях амбулаторной практики, так и в специализированном стационаре, $n=110$) было достоверно выше, чем среди врачей, выбравших ответы "а" (полностью информирован: могу консультировать коллег по сложным вопросам диагностики и лечения ХСН, $n=23$) и "в" (в целом информирован: могу оказывать помощь пациентам с ХСН в простых клинических случаях, преимущественно в амбулаторной практике, $n=70$) ($p < 0,001$).

Лишь 59 (28,5%) респондентов при ответе на вопрос 4 выбрали вариант "а" (считаю КР обязательными к исполнению), и ни один не выбрал вариант "г" (считаю КР бесполезными для моей повседневной практики). Среднее количество правильных ответов среди респондентов, выбравших ответ "а", было выше, чем в прочих подгруппах, а среди респондентов, выбравших ответ "в" (считаю, что КР иногда бывают полезны) — ниже, чем в прочих подгруппах ($p < 0,05$).

Врачи, предпочитающие изучать текст КР непосредственно (ответ "а" на вопрос 5), показали лучшие результаты, чем респонденты, выбравшие другие ответы ($p < 0,001$ для всех сравнений). Врачи, выбравшие вариант "в", т.е. получающие информацию о КР из лекций экспертов, давали правильные ответы на вопросы анкеты достоверно чаще, чем врачи, выбравшие ответы "б" и "г", для которых источником информации о КР являются статьи в специализированных журналах и внутренние документы лечебного учреждения ($p < 0,001$).

Обсуждение

Полученные в результате анкетирования данные показывают, что важной причиной неоптимального ведения больных с ХСН является недостаток знаний

врачей (особенно терапевтов) о методах лечения этой патологии. В литературе отмечалось, что содержание подготовки врачей-терапевтов требует актуализации, т.к. их способность решать профессиональные задачи не соответствует потребностям системы здравоохранения [8]. С другой стороны, широкий круг клинических задач, которые относятся к компетенции терапевтов, большая нагрузка на рабочем месте (особенно у врачей амбулаторно-поликлинического этапа) и другие факторы, влияющие на уровень их подготовки, представляют собой трудности объективного характера на пути решения этой проблемы. Для их преодоления наряду с привычными методами повышения квалификации в настоящее время предлагаются инновационные подходы, в частности применение систем поддержки принятия клинических решений [9].

Большой разброс в среднем количестве правильных ответов врачей со стажем 5 лет и менее позволяет предположить, что уровень подготовки молодых врачей в высших учебных заведениях значительно различается. Низкий уровень знаний КР у врачей с большим стажем работы можно связать с недостаточным доверием к этим документам, снижением заинтересованности в обновлении профессиональных знаний и недостатком навыков в работе с современными информационными ресурсами.

Большое значение имеет выявленный при анкетировании факт снижения доли правильных ответов у респондентов, считающих себя полностью информированными по вопросам диагностики и лечения ХСН. По данным Погосовой Н. В. и др. (2022), наличие у врача высокой квалификационной категории является одним из предикторов невыполнения КР [4]. Другие авторы отмечали, что уверенность врачей в достаточности собственных знаний и правильности привычных алгоритмов является существенным препятствием для применения КР в повседневной работе [10, 11]. Результаты нашего исследования позволяют считать, что необоснованно высокая самооценка профессиональных знаний оказывает негативное влияние и на эффективность обучения врачей.

Значительно большая доля правильных ответов среди врачей, считающих КР обязательными к исполнению, показывает, что понимание врачами необходимости следовать положениям этих документов является важным фактором, влияющим на уровень профессиональных знаний.

С учетом результатов анкетирования в подгруппах, полученных в зависимости от ответов на 5 вопрос, непосредственное изучение текста КР следует считать более эффективным способом самообразования, чем прослушивание лекций, чтение статей и внутренних документов лечебного учреждения. Обращает внимание малая доля врачей, которые узнают о положениях КР из внутренних документов своего учреждения,

и их низкий уровень знаний. Следует полагать, что информирование врачей о КР ответственными за это службами учреждений здравоохранения является недостаточно активным и малоэффективным.

Ограничения исследования. Основным ограничением данного исследования следует считать относительно небольшое количество наблюдений в некоторых подгруппах. Так, терапевтов среди респондентов было лишь 44, врачей со стажем 5 лет и менее — 30, о высокой самооценке знаний по предмету анкетирования сообщили лишь 23 и т.д. Результаты, полученные в этих подгруппах, представляется целесообразным уточнить при увеличении объема выборки. Объем и условия формирования выборки не позволили изучить связь информированности врачей об основных положениях КР с рядом дополнительных факторов: место работы (поликлиника, терапевтическое/кардиологическое отделение стационара, клиника ВУЗа), регион проживания и т.д.

Заключение

В настоящее время уровень знаний врачами положений КР и информированность о необходимости их выполнения на практике недостаточны. Высокая самооценка профессиональных знаний часто бывает ошибочной, и это может оказывать негативное влияние на результат обучения врачей. При планировании обучения врача в ходе пятилетнего цикла (выбор элементов непрерывного медицинского образования, содержание программ повышения квалификации и пр.) нужно учитывать специальность, стаж работы врача и реальный уровень знаний по специальности. Непосредственная работа с текстами КР более эффективна, чем прослушивание лекций или чтение статей в специализированных журналах.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

- Malyugin SV, Vinokurova AA. Clinical Guidelines in the System of Medical Care in Modern Russia: Theoretical Statement and Practical Aspects. Lex Russica. 2023;76(7):28-47. (In Russ.) Малиугин С.В., Винокурова А.А. Клинические рекомендации в системе регламентации оказания медицинской помощи в современной России: теоретическое представление и практические аспекты. Lex Russica (Русский закон). 2023;76(7):28-47. doi:10.17803/1729-5920.2023.200.7.028-047.
- Prometnoy DV, Aleksandrovich YuS, Mironov PI, et al. Efficacy of clinical guidelines in the treatment of severe forms of a novel coronavirus infection in children. Russian Journal of Anesthesiology and Reanimatology. 2022;(4):78-84. (In Russ.) Прометной Д.В., Александрович Ю.С., Миронов П.И. и др. Оценка эффективности применения клинических рекомендаций при лечении тяжелых форм новой коронавирусной инфекции у детей. Анестезиология и реаниматология. 2022;(4):78-84. doi:10.17116/anaesthesiology202204178.
- Botrel T, Cunat S, Helms J, et al. Extraguidelines anial anticoagulant related bleedings admitted to intensive care units: a French multicenter retrospective study. Guidelines it Care. 2023;27(1):312. doi:10.1186/s13054-023-04605-4.
- Pogosova NV, Isakova SS, Sokolova OY, et al. Factors affecting the uptake of national practice guidelines by physicians treating common CVDs in out-patient settings. Kardiologiya. 2022;62(5):33-44. (In Russ.) Порогова Н.В., Исакова С.С., Соколова О.Ю. и др. 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.
- Angeli L, Fieni S, Dall'Asta A, et al. Mode of delivery and peripartum outcome in women with heart disease according to the ESC guidelines: an Italian multicenter study. J Matern Fetal Neonatal Med. 2023;36(1):2184221. doi:10.1080/14767058.2023.2184221.
- 2020 Clinical practice guidelines for Chronic heart failure. Russian Journal of Cardiology. 2020;25(11):4083. (In Russ.) Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал. 2020;25(11):4083. doi:10.15829/1560-4071-2020-4083.
- Jankowska EA, Andersson T, Kaiser-Albers C, et al. Optimizing outcomes in heart failure: 2022 and beyond. ESC Heart Fail. 2023;10(4):2159-69. doi:10.1002/ehf2.14363.
- Astanina SY, Drapkina OM, Shepel RN. The relationship between the quality of gps training and the content of educational programs. Samara Journal of Science. 2022;11(1):265-71. (In Russ.) Астанина С.Ю., Драпкина О.М., Шепель Р.Н. Взаимосвязь качества подготовки врачей-терапевтов и содержания образовательных программ. Самарский научный вестник. 2022;11(1):265-71. doi:10.55355/snv2022111301.
- Ertugrul DC, Akcan N, Bitirim Y, et al. A knowledge-based decision support system for inferring supportive treatment recommendations for diabetes mellitus. Technol Health Care. 2023. doi:10.3233/THC-230237.
- Packer M, Metra M. Guideline-directed medical therapy for heart failure does not exist: a non-judgmental framework for desguidelines ibing 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.
- Vadapampil ST, Fuzzell LN, Brownstein NC, et al. A guidelines cross-sectional survey examining clinician characteristics, practices, and attitudes associated with adoption of the 2019 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology risk-based management consensus guidelines. Cancer. 2023;129(17):2671-84. doi:10.1002/cncr.34838.

Приложение 1. Вопросы анкеты для слушателей циклов повышения квалификации врачей

1. По какой специальности Вы работаете?

- а. кардиология;
б. терапия/общая врачебная практика;
в. другое: _____

2. Каков Ваш стаж работы по специальности (лет)?

3. Насколько Вы считаете себя информированным о диагностике и лечении хронической сердечной недостаточности (ХСН)?

- а. полностью информирован: могу консультировать коллег по сложным вопросам диагностики и лечения ХСН;
- б. достаточно информирован: могу оказывать помощь пациентам с ХСН как в условиях амбулаторной практики, так и в специализированном стационаре;
- в. в целом информирован: могу оказывать помощь пациентам с ХСН в простых клинических случаях, преимущественно в амбулаторной практике;
- г. недостаточно информирован и не планирую оказывать помощь пациентам с ХСН.

4. Каково, по Вашему мнению, значение клинических рекомендаций (КР) в повседневной врачебной практике?

- а. считаю КР обязательными к исполнению;
- б. считаю КР важными и стараюсь выполнять;
- в. считаю, что КР иногда бывают полезны;
- г. считаю КР бесполезными для моей повседневной практики.

5. Откуда Вы получаете информацию о положениях КР:

- а. читаю КР непосредственно;
- б. читаю статьи о КР в профильных журналах;
- в. слушаю лекции (в том числе онлайн) экспертов о КР;
- г. из внутренних документов моего лечебного учреждения.

6. Какой из перечисленных вариантов медикаментозной терапии ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) (при отсутствии противопоказаний и индивидуальной непереносимости) Вы считаете обязательным для улучшения прогноза:

- а. только комплекс сакубитрил-валсартан (АРНИ) или ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), или блокатор рецепторов ангиотензина II (БРА);
- б. только ингибитор натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (иНГКТ-2) (дапаглифлозин или эмпаглифлозин);
- в. АРНИ/иАПФ/БРА+бета-адреноблокатор (БАБ)+антагонист минералокортикоидных рецепторов (АМКР)+иНГКТ-2;
- г. ни один из перечисленных;
- д. сочетание блокатора АРНИ/иАПФ/БРА+БАБ+АМКР.

7. Каким пациентам с клинически выраженной ХСН (функциональный класс II-IV) и сниженной ФВ ЛЖ (ХСНнФВ II-IV ФК) Вы назначите АРНИ для снижения риска госпитализации из-за ХСН и смерти:

- а. всем пациентам, не имеющим противопоказаний, в качестве стартовой терапии
- б. пациентам, получающим иАПФ/БРА, в дополнение к препаратам этого класса при их недостаточной эффективности;
- в. пациентам, получающим иАПФ/БРА, вместо препаратов этого класса при их недостаточной эффективности;
- г. пациентам с непереносимостью иАПФ/БРА.

8. Какую дозу АРНИ Вы считаете оптимальной при лечении ХСНнФВ II-IV ФК?

- а. 50 мг 2 раза в сутки;
- б. 100 мг 2 раза в сутки;
- в. 200 мг 2 раза в сутки;
- г. максимальную дозу в терапевтическом диапазоне, достигнутую в процессе титрации, не вызывающую ухудшения самочувствия больного или критического изменения контрольных физиологических и биохимических показателей;
- д. другое.

9. Каким пациентам с ХСНнФВ II-IV ФК Вы назначите БАБ для снижения риска госпитализации из-за ХСН и смерти:

- а. всем пациентам, не имеющим противопоказаний;
- б. пациентам с ЧСС более 70 в покое;

- в. пациентам с инфарктом миокарда в анамнезе;
- г. пациентам со стенокардией.

10. Какую дозу бисопролола Вы считаете оптимальной при лечении ХСНнФВ II-IV ФК?

- а. 1,25 мг в сутки;
- б. 5 мг в сутки;
- в. 10 мг в сутки;
- г. максимальную дозу в терапевтическом диапазоне, достигнутую в процессе титрации, не вызывающую ухудшения самочувствия больного или критического изменения контрольных физиологических и биохимических показателей;
- д. другое.

11. Каким пациентам с ХСНнФВ II-IV ФК Вы назначите АМКР для снижения риска госпитализации из-за ХСН и смерти:

- а. всем пациентам, не имеющим противопоказаний;
- б. при рефрактерности к терапии диуретиками;
- в. пациентам с сохраняющимися симптомами ХСН, несмотря на терапию препаратами основных классов лекарственных средств;
- г. пациентам, у которых на фоне диуретической терапии выявлена гипокалиемия.

12. Какую дозу спиронолактона Вы считаете оптимальной для достижения нейромодуляторного эффекта у больных с ХСНнФВ II-IV ФК?

- а. 12,5-25 мг в сутки;
- б. 25-50 мг в сутки;
- в. 50-100 мг в сутки;
- г. 100-200 мг в сутки;
- д. максимальную дозу в терапевтическом диапазоне, достигнутую в процессе титрации, не вызывающую ухудшения самочувствия больного или критического изменения контрольных физиологических и биохимических показателей;
- е. другое: _____

13. Каким пациентам с ХСНнФВ II-IV ФК Вы назначите иНГКТ-2 (дапаглифлозин или эмпаглифлозин) для снижения риска госпитализации из-за ХСН и смерти:

- а. всем пациентам, не имеющим противопоказаний;
- б. пациентам с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа;
- в. никому, т.к. ХСН — не показание для применения препаратов из группы иНГКТ-2.

14. Какую дозу дапаглифлозина Вы считаете оптимальной при лечении ХСНнФВ II-IV ФК?

- а. 5 мг в сутки;
- б. 10 мг в сутки;
- в. максимальную дозу в терапевтическом диапазоне, достигнутую в процессе титрации, не вызывающую ухудшения самочувствия больного или критического изменения контрольных физиологических и биохимических показателей;
- г. другое: _____

15. Укажите класс или классы препаратов, которые Вы чаще всего назначаете в качестве поддерживающей терапии пациентам с ХСНнФВ II-IV ФК в своей практике для снижения риска госпитализации из-за ХСН и смерти: _____ (открытый ответ).