Российский кардиологический журнал 2024;29(6):5944
doi: 10.15829/1560-4071-2024-5944
https://russjcardiol.elpub.ru

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ
ISSN 1560-4071 (print)
ISSN 2618-7620 (online)

Результаты опроса Российского кардиологического общества "Хроническая сердечная недостаточность. Нерешенные проблемы"

Иртюга О.Б.[1], Недогода С.В.[2], Ситникова М.Ю.[1], Галявич А.С.[3], Виллевальде С.В.[1], Недошивин А.О.[1], Конради А.О.[1], Шляхто Е.В.[1]

Цель. Анализ готовности профессионального медицинского сообщества к изменениям в классификации и внедрению новых подходов к лечению хронической сердечной недостаточности (ХСН) на основании онлайн опроса.

Материал и методы. Анонимный онлайн опрос врачей на официальном сайте Российского кардиологического общества (www.scardio.ru) "Хроническая сердечная недостаточность. Нерешенные проблемы" проводился с 30 сентября по 4 октября 2023г. В опросе приняли участие 1015 врачей, со средним стажем работы >10 лет, в основном кардиологи (n=810, 83,2%).

Результаты. Большинство (n=591, 58,2%) респондентов сочли необходимым выделить в классификации предстадию ХСН аналогично прединабету или предгипертензии, при этом лишь 2,2% (n=22) респондентов не считают нужным обозначать в классификации риск ХСН. За целесообразность упрощения классификации ХСН на основе значений фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) с выделением только двух градаций ФВ ЛЖ <50% и ФВ ЛЖ ≥50% высказались 60,3% (n=612) специалистов.

Большинство (80,8%,) опрошенных считают целесообразным увеличить время приема пациента с ХСН до 30 мин для обеспечения качества медицинской помощи. Согласно опросу, возможность определения уровня мозгового натрийуретического пептида у пациентов с ХСН без ограничений имеют лишь 32% респондентов, что свидетельствует о недостаточности материального обеспечения внедрения клинических рекомендаций в практику. Квадротерапию каждому больному с ХСН назначают только 37% респондентов, принявших участие в опросе, что может говорить о врачебной инертности в отношении следования рекомендациям.

Заключение. В целом проведённый опрос продемонстрировал высокую осведомленность врачей о проблеме ХСН и готовность к оценке риска развития и ранней диагностике доклинических стадий ХСН, а также позитивное отношение к изменению классификации.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, классификация, фракция выброса.

Отношения и деятельность: нет.

Благодарности. Приносим благодарность всем респондентам, принявшим участие в онлайн опросе.

[1]ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова Минздрава России, Санкт-Петербург; [2]ФГБОУ ВО Волгоградский ГМУ Минздрава России, Волгоград; [3]ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Россия.

Иртюга О.Б.* — к.м.н., доцент кафедры кардиологии факультета послевузовского и дополнительного образования Института медицинского образования, зав. НИЛ врожденных и приобретенных пороков сердца, ORCID: 0000-0002-8656-3191, Недогода С.В. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой внутренних болезней, ORCID: 0000-0001-5981-1754, Ситникова М.Ю. — д.м.н., профессор, руководитель научно-исследовательского отдела сердечной недостаточности, г.н.с., руководитель научно-исследовательского отдела СН, профессор кафедры факультетской терапии с клиникой Лечебного факультета Института медицинского образования, ORCID: 0000-0002-0139-5177, Галявич А.С. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой кардиологии ФПК и ППС, ORCID: 0000-0002-4510-6197, Виллевальде С.В. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой кардиологии факультета послевузовского и дополнительного образования Института медицинского образования, ORCID: 0000-0001-7652-2962, Недошивин А.О. — д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии с клиникой лечебного факультета Института медицинского образования, ученый секретарь, ORCID: 0000-0001-8892-6411, Конради А.О. — д.м.н., профессор, академик РАН, зам. генерального директора по научной работе, ORCID: 0000-0001-8169-7812, Шляхто Е.В. — д.м.н., профессор, академик РАН, генеральный директор, ORCID: 0000-0003-2929-0980.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
olgir@yandex.ru

ЛЖ — левый желудочек, МНП — мозговой натрийуретический пептид, РФ — Российская Федерация, ХСН — хроническая сердечная недостаточность, ФВ — фракция выброса.

Рукопись получена 07.05.2024
Рецензия получена 08.05.2024
Принята к публикации 13.05.2024

CC BY 4.0

Для цитирования: Иртюга О.Б., Недогода С.В., Ситникова М.Ю., Галявич А.С., Виллевальде С.В., Недошивин А.О., Конради А.О., Шляхто Е.В. Результаты опроса Российского кардиологического общества "Хроническая сердечная недостаточность. Нерешенные проблемы". *Российский кардиологический журнал.* 2024;29(6):5944. doi: 10.15829/1560-4071-2024-5944. EDN KXYUXW

Results of the Russian Society of Cardiology survey "Chronic heart failure. Unsolved issues"

Irtyuga O.B.[1], Nedogoda S.V.[2], Sitnikova M.Yu.[1], Galyavich A.S.[3], Villevalde S.V.[1], Nedoshivin A.O.[1], Konradi A.O.[1], Shlyakhto E.V.[1]

Aim. To analyze the readiness of the professional medical community for changes in the classification and implementation of novel approaches to heart failure (HF) treatment based on an online survey.

Material and methods. Anonymous online survey of physicians on the official website of the Russian Society of Cardiology (www.scardio.ru) "Chronic heart failure. Unsolved issues" was held from September 30 to October 4, 2023. The survey involved 1015 doctors with an average length of work >10 years, mainly cardiologists (n=810, 83,2%).

Results. The majority (n=591, 58,2%) of respondents considered it necessary to identify the HF prestage in the classification, similar to prediabetes or prehypertension, while only 2,2% (n=22) of respondents did not consider it necessary to indicate the HF risk in the classification. Simplifying the HF classification based on the left ventricular ejection fraction (LVEF) values with the identification of only two gradations of LVEF <50% and LVEF ≥50% was supported by 60,3% (n=612) of specialists.

The majority (80,8%) of respondents supported increasing the time of admission of a patient with HF to 30 minutes to ensure the healthcare quality. According to the survey, only 32% of respondents have the ability to determine the brain natriuretic peptide level in patients with HF without restrictions, which indicates insufficient material security for the implementation of clinical guidelines in practice. Quadruple therapy is prescribed to every patient with HF by only 37% of respondents who took part in the survey, which may indicate clinical inertia regarding following the guidelines.

Conclusion. In general, the survey demonstrated high awareness of physicians about the problem of HF and readiness to assess the risk and diagnose HF at preclinical stages, as well as a positive attitude towards changing the classification.

Keywords: heart failure, classification, ejection fraction.

Relationships and Activities: none.

Acknowledgments. We are grateful to all respondents who took part in the online survey.

[1]Almazov National Medical Research Center, St. Petersburg; [2]Volgograd State Medical University, Volgograd; [3]Kazan State Medical University, Kazan, Russia.

Irtyuga O. B.* ORCID: 0000-0002-8656-3191, Nedogoda S. V. ORCID: 0000-0001-5981-1754, Sitnikova M.Yu. ORCID: 0000-0002-0139-5177, Galyavich A. S. ORCID: 0000-0002-4510-6197, Villevalde S. V. ORCID: 0000-0001-7652-2962, Nedoshivin A. O. ORCID: 0000-0001-8892-6411, Konradi A. O. ORCID: 0000-0001-8169-7812, Shlyakhto E. V. ORCID: 0000-0003-2929-0980.

*Corresponding author:
olgir@yandex.ru

Received: 07.05.2024 **Revision Received:** 08.05.2024 **Accepted:** 13.05.2024

For citation: Irtyuga O. B., Nedogoda S. V., Sitnikova M.Yu., Galyavich A. S., Villevalde S. V., Nedoshivin A. O., Konradi A. O., Shlyakhto E. V. Results of the Russian Society of Cardiology survey "Chronic heart failure. Unsolved issues". *Russian Journal of Cardiology.* 2024;29(6):5944. doi: 10.15829/1560-4071-2024-5944. EDN KXYUXW

Проведение опросов с изучением профессионального общественного мнения стало одним из инструментов анализа текущей ситуации в системе здравоохранения и восприятия специалистами нововведений [1, 2], а также в ряде случаев может быть основой при разработке клинических рекомендаций [3-7]. С помощью этого несложного, но объективного инструмента можно достичь многих целей:

— понять какие аспекты существующей реальной клинической практики нуждаются в изменениях и каких именно;

— определить потребности и ожидания врачебного сообщества от клинических рекомендаций;

— спрогнозировать возможные "барьеры" при внедрении новых подходов в практическую деятельность.

В настоящее время кардиологи и терапевты активно обсуждают проект новой версии клинических рекомендаций по хронической сердечной недостаточности (ХСН) [8, 9]. Клинические рекомендации не всегда быстро внедряются, существуют объективные (низкая доступность ряда методов исследования) и субъективные (врачебная инертность) барьеры. В связи с этим целью настоящего исследования было оценить готовность профессионального медицинского сообщества к предлагаемым изменениям в клинических рекомендациях, в т.ч. в отношении классификации ХСН, которая оставалась неизменной на протяжении более полувека и не в полной мере соответствует современным мировым подходам [10, 11].

Материал и методы

Российским кардиологическим обществом на официальном сайте www.scardio.ru был размещен опросник. Открытый анонимный опрос проводился с 30 сентября по 4 октября 2023г без указания персональных данных среди медицинских специалистов по теме "Хроническая сердечная недостаточность. Нерешенные проблемы". Опрос состоял из 12 вопросов, касающихся классификации ХСН, внедрения рекомендаций, готовности к изменениям. В онлайн опросе приняли участие 1015 врачей различных специальностей, в большей части кардиологи. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью пакета программы Microsoft Office Excel.

Результаты

Из 1015 врачей в подавляющем числе случаев в опросе приняли участие кардиологи — 83,2% (n=810), в 13,3% (n=135) — терапевты, 3,4% (n=35) — обучающиеся, 3,4% (n=35) — врачи других специальностей. Более половины опрошенных (n=651, 64,1%) указали, что их стаж работы превышает 10 лет.

Согласно результатам опроса 37% (n=375) респондентов работают в стационарах, 40,9% (n=415) врачей оказывают первичную медико-санитарную помощь, 13,3% (n=135) врачей заняты в частной медицине.

Остальные опрошенные либо проходят обучение в медицинском высшем учебном учреждении (n=186, 18,3%), либо указали иное место работы (n=38, 3,7%).

Первый вопрос касался проблемы оценки распространенности ХСН в Российской Федерации (РФ). Половина респондентов согласились с тем, что сложности обусловлены особенностями статистического учета заболевания: в медицинской учетно-отчетной документации не учитывается диагноз ХСН, а только диагноз основного заболевания по коду Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Чуть менее трети опрошенных поддержали мнение о том, что большинство больных на начальной стадии ХСН не обращаются к врачу и не учитываются в статистике. Еще 186 человек (18,3%) предположили, что недооценка распространенности ХСН в РФ вызвана тем, что при сохраненной фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) диагноз не выставляется (рис. 1).

Следующий блок вопросов был посвящен реальной клинической практике. На рисунке 2 представлены данные об основных используемых критериях для

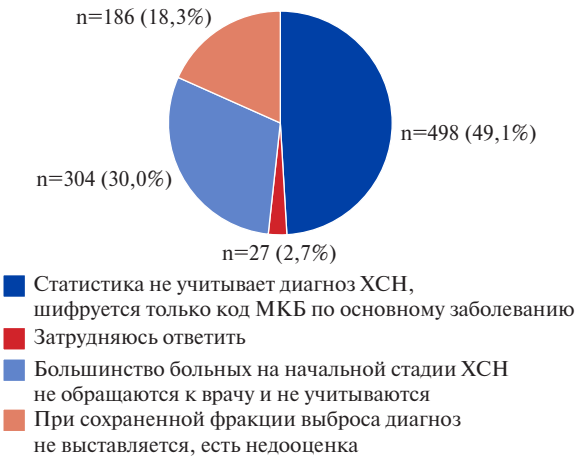

Рис. 1. Статистика ответов респондентов на вопрос: "Почему в РФ существует проблема оценки распространенности ХСН?"
Сокращение: ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

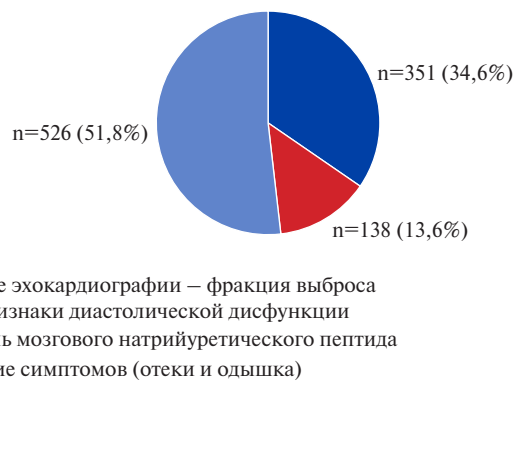

Рис. 2. Статистика ответов респондентов на вопрос: "Какой критерий из нижеперечисленных Вы используете в первую очередь при решении вопроса о наличии у пациента ХСН?"

Рис. 3. Статистика ответов респондентов на вопрос: "Есть ли у Вас возможность на практике определять уровень мозгового натрийуретического пептида?"

Рис. 4. Статистика ответов респондентов на вопрос: "На что Вы ориентируетесь прежде всего при назначении лечения пациенту с ХСН?"
Сокращение: ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

постановки диагноза ХСН. По результатам опроса больше половины респондентов ключевым критерием при решении вопроса о наличии у пациента ХСН считают присутствие симптомов (отеков и одышки), треть — данные эхокардиографии (значение ФВ ЛЖ или признаки диастолической дисфункции ЛЖ), и только 13,6% — уровень мозгового натрийуретического пептида (МНП) (рис. 2).

На практике определять уровень МНП у пациентов без ограничений есть возможность лишь у трети респондентов. К сожалению, у 19,7% нет и у 13,2% почти нет такой возможности в их лечебном учреждении (рис. 3). Это является существенным ограничением в отношении внедрения клинических рекомендаций и должно найти отражение при актуализации стандартов оказания медицинской помощи пациентам с ХСН.

При назначении лечения пациенту с ХСН треть врачей в первую очередь ориентируются на клинические данные, треть — на ФВ ЛЖ (рис. 4). В меньшей степени врачи используют функциональный класс ХСН и стадию заболевания по классификации Стражеско-Василенко.

На рисунке 5 приведена частота назначения квадротерапии по данным опроса. Каждому пациенту такую терапию назначают всего 37,1% опрошенных специалистов, при этом 15,0% — одному из 5 пациентов с ХСН.

Важно отметить, что 77,0% участников опроса подтвердили, что пользуются возможностями льготного лекарственного обеспечения для больных ХСН после перенесённых событий (рис. 6).

Большинство (n=820, 80,8%) опрошенных полагает, что на прием пациента с ХСН для обеспечения качества оказания медицинской помощи требуется

Рис. 5. Статистика ответов респондентов на вопрос: "Как часто Вы назначаете пациентам с ХСН квадротерапию?"
Сокращение: ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

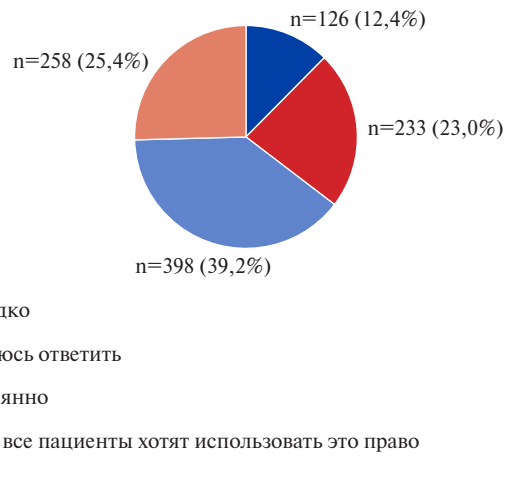

Рис. 6. Статистика ответов респондентов на вопрос: "Пользуетесь ли Вы возможностями льготного лекарственного обеспечения для больных ХСН после перенесённых событий?"

Рис. 7. Статистика ответов респондентов на вопрос: "Нужно ли пациенту с высоким риском сердечной недостаточности говорить о возможных осложнениях и обсуждать с ним меры профилактики ХСН?"
Сокращение: ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

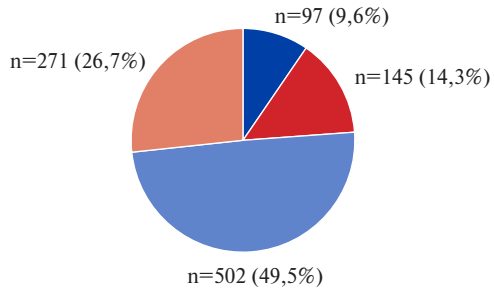

Рис. 8. Статистика ответов респондентов на вопрос: "Какова роль стадии ХСН в структуре формулировки диагноза пациента?"

не менее 30 мин. За приемы длительностью по 20 и 15 мин высказались 179 (17,6%) и 16 (1,6%) респондентов соответственно.

Важно, что на вопрос, нужно ли пациенту с высоким риском СН говорить о возможных осложнениях и обсуждать с ним меры профилактики ХСН, участники опроса чаще отвечали утвердительно. Лишь 2,2% респондентов не считают нужным обсуждать то, чего еще нет (рис. 7).

Заключительный блок вопросов касался классификации ХСН.

При обсуждении ценности стадии ХСН в структуре диагноза заболевания половина респондентов согласилась, что от стадии ХСН зависит подход к лечению (рис. 8). Чуть более четверти специалистов указали, что от стадии ХСН зависит решение вопросов медико-социальной и военно-врачебной экспертизы.

На вопрос, есть ли необходимость выделять предстадию ХСН, аналогично предиабету или предгипертензии, утвердительно ответили более половины респондентов, что лишний раз позволит определить группы очень высокого риска развития ХСН и усилить ее профилактику. Меньшая доля врачей не согласилась с выделением предстадии ХСН, считая оправданным классифицировать пациентов только

Рис. 9. Статистика ответов респондентов на вопрос: "Необходимо ли выделять предстадию ХСН, аналогично предиабету или предгипертензии?"
Сокращение: ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

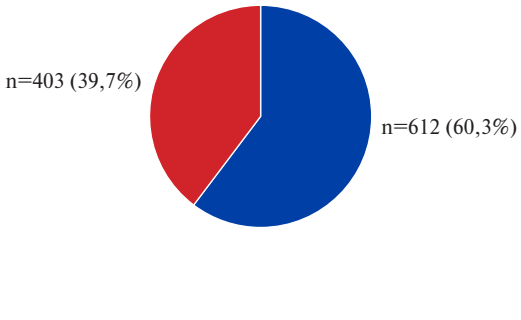

Рис. 10. Статистика ответов респондентов на вопрос, целесообразно ли упрощение классификации ХСН по ФВ ЛЖ.

с уже имеющейся СН (рис. 9). Это свидетельствует о том, что в целом профессиональное сообщество склоняется к необходимости новой классификации и выделению предстадии ХСН.

Аналогично ответы разделились и при ответе о целесообразности упрощения классификации ХСН по ФВ ЛЖ с выделением ФВ ЛЖ <50% и ФВ ЛЖ ⩾50% (рис. 10).

Проведённый опрос продемонстрировал высокую осведомленность врачей по проблеме ХСН и их готовность к раннему контролю факторов риска развития и прогрессирования этого заболевания, что согласуется с ранее проведенными исследованиями [2]. Большинство респондентов поддерживают необходимость более раннего выявления ХСН и информирования пациентов о высоком риске этого осложнения. При постановке диагноза и решении вопроса о лечении сохраняется ориентация на клиническую симптоматику и ФВ ЛЖ, и в значительно меньшей степени — на уровень МНП. Низкая доступность определения в амбулаторной сети уровня МНП может быть одной из причин недостаточного использования этого биомаркера для принятия решений. Безусловно положительным моментом является то, что более трети врачей-респондентов своим пациентам с ХСН назначают квадротерапию в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, но эти данные говорят о необходимости дальнейшего обучения врачей и преодоления врачебной инертности. Важнейшим результатом опроса является то, что большинство врачей пользуется возможностями льготного лекарственного обеспечения, что имеет значение для оценки эффективности этого мероприятия на практике. По мнению почти половины опрошенных стадия ХСН влияет на выбор терапии и должна учитываться при проведении различного рода экспертиз, что подчеркивает важность классификации. По вопросу выделения факторов риска, предстадии ХСН и упрощению классификации на основании ФВ ЛЖ мнения респондентов разделились с очевидным перевесом в пользу сторонников новой классификации и реализации стратегии ранней профилактики ХСН.

Ограничения исследования. В проведенном исследовании проанализировано представление о ХСН среди врачей, согласившихся принять участие в онлайн-опросе, что не позволяет полностью экстраполировать полученные результаты на все медицинское сообщество. Ответы проанализированы совместно для всех специальностей, не исключено, что уровень знаний и опыт может существенно различаться, что сказалось на результатах.

Заключение

В целом результаты проведённого опроса дают представление о высокой осведомленности врачей о ХСН и имеющихся проблемах в оценке ее распространённости. Врачи характеризуются достаточно активной позицией в отношении применения новых методов диагностики и лечения, отмечают низкую доступность определения МНП как барьер в повышении качества медицинской помощи. Большинство респондентов воспринимает диагностику предстадии ХСН позитивно и считает важным обсуждать с пациентами риски развития ХСН с целью более эффективной коррекции факторов риска.

Благодарности. Приносим благодарность всем респондентам, принявшим участие в онлайн опросе.

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

Литература/References

1. Sazhina SV, Shevsky VI, Sheiman IM, Shishkin SV. Interaction of health care providers: physicians' survey outcomes. Social'nye aspekty zdorov'a naselenia / Social aspects of population health [serial online]. 2021;67(1):4. (In Russ.) Сажина С. В., Шевский В. И., Шейман И. М., Шишкин С. В. Взаимодействие звеньев оказания медицинской помощи: результаты опроса врачей. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. 2021;67(1):4. URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1230/30/lang.ru/. doi:10.21045/2071-5021-2021-67-1-4.
2. Drapkina OM, Shepel RN, Drozdova LYu, Orlov DO. Prevention continuum: an assessment of cardiovascular disease prevention based on the data from a survey of doctors. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2021;20(8):3090. (In Russ.) Драпкина О. М., Шепель Р. Н., Дроздова Л. Ю., Орлов Д. О. Профилактический континуум: оценка профилактических аспектов сердечно-сосудистых заболеваний по данным медико-социологического опроса врачей. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2021;20(8):3090. doi:10.15829/1728-8800-2021-3090.
3. Akyüz S, Çelik Y. Physicians' Attitudes Against Clinical Practice Guidelines on the Use of Guidelines: A Scale Development Study. Journal of Health Management. 2022;24(2): 290-7. doi:10.1177/09720634221088109.
4. Pondicherry N, Schwartz H, Stark N, et al. Designing clinical guidelines that improve access and satisfaction in the emergency department. J Am Coll Emerg Physicians Open. 2023;4(2):e12919. doi:10.1002/emp2.12919.
5. Kortteisto T, Kaila M, Komulainen J, et al. Healthcare professionals' intentions to use clinical guidelines: a survey using the theory of planned behaviour. Implement Sci. 2010; 5:51. doi:10.1186/1748-5908-5-51.
6. Watkins C, Harvey I, Langley C, et al. General practitioners' use of guidelines in the consultation and their attitudes to them. Br J Gen Pract. 1999;49(438):11-5.
7. Qumseya B, Goddard A, Qumseya A, et al. Barriers to Clinical Practice Guideline Implementation Among Physicians: A Physician Survey. Int J Gen Med. 2021;14:7591-8. doi:10.2147/IJGM.S333501.
8. Shlyakhto EV. Classification of heart failure: focus on prevention. Russian Journal of Cardiology. 2023;28(1):5351. (In Russ.) Шляхто Е. В. Классификация сердечной недостаточности: фокус на профилактику. Российский кардиологический журнал. 2023;28(1):5351. doi:10.15829/1560-4071-2023-5351. EDN: RVHDCY.
9. Galyavich AS, Nedogoda SV, Arutyunov GP, Belenkov YuN. About the classification of heart failure. Russian Journal of Cardiology. 2023;28(9):5584. (In Russ.) Галявич А. С., Недогода С. В., Арутюнов Г. П., Беленков Ю. Н. О классификации хронической сердечной недостаточности. Российский кардиологический журнал. 2023;28(9):5584. doi:10.15829/1560-4071-2023-5584. EDN: ZGXELX.
10. Lang GF. Questions of cardiology. State Publishing House of Biological and Medical Literature. Leningrad Branch, 1936. p. 140. (In Russ.) Ланг Г. Ф. Вопросы кардиологии. ОГИЗ Государственное издательство биологической и медицинской литературы. Ленинградское отделение, 1936. с. 140.
11. Bozkurt B, Coats AJ, Tsutsui H, et al. Universal Definition and Classification of Heart Failure: A Report of the Heart Failure Society of America, Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, Japanese Heart Failure Society and Writing Committee of the Universal Definition of Heart Failure. J Card Fail. 2021:S1071-9164(21)00050-6. doi:10.1016/j.cardfail.2021.01.022.