



ОПЫТ РЕГИОНОВ В ЛЕЧЕНИИ ЛАГ И ХТЭЛГ НА ПРИМЕРЕ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

ФИЛИППОВ Е.В.

27 ноября 2020 г., Всероссийский конгресс пациентов

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

- Спикер-бюро: J&J, Bayer
- Консультант: Нет
- Сотрудник: Нет
- Финансовые интересы в фармацевтическом бизнесе: Нет

МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Поликлиника

(стационар) по месту жительства

Шаг 1

- выявление пациента с подозрением на ИЛАГ/ХТЭЛГ
- первичная диагностика
 - ✓ ЭхоКГ
 - ✓ ЭКГ
 - ✓ Рентгенография органов грудной клетки
 - ✓ Спирометрия
 - ✓ УЗАС вен нижних конечностей (по необходимости)
 - ✓ МСКТ
- постановка предварительного диагноза
- направление пациента в экспертный центр (для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения)

Экспертный центр

Шаг 2

- диагностика
 - ✓ катетеризация правых отделов сердца
- постановка окончательного диагноза

ИЛАГ

ХТЭЛГ

решение вопроса об
операбельности

нет

да

назначение
медикаментозной
терапии

назначение
медикаментозной
терапии или др.

направление на
хирургическое
лечение

Шаг 3

Лечащий врач (кардиолог)

↓
Врачебная комиссия

↓
Обеспечение пациента лек. препаратом

↓ ↓ ↓
**Выписка с рекомендациями
по дальнейшему лечению**
(по жизненным показаниям, замене и отмене не
подлежит)



БАРЬЕРЫ НА ПУТИ К ТЕРАПИИ



РАЗРЫВ МЕЖДУ ТЕРАПЕВТАМИ И КАРДИОЛОГАМИ

- Пациент с ЛГ наблюдается длительное время у терапевта и обращается к нему в первую очередь
- Знания терапевтов о ЛГ не всегда соответствуют современным подходам к ведению таких пациентов
- До 15% пациентов живут далеко от районного центра

Продолжительность
диагностического поиска
может достигать до 4 лет

СЛОЖНОСТИ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ОБЕСПЕЧЕНИЕМ

- Ожидание инициальной терапии в регионе до 3 месяцев (в связи с особенностями закупок лекарственных препаратов)
- Перерывы в терапии
- Выдача препарата в разных МО



ПУТИ РЕШЕНИЯ



ВОЗМОЖНОСТИ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ

СОГЛАСОВАНИЕ ИНИЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С НМИЦ ЕЩЕ ДО ВЫПИСКИ ПАЦИЕНТА

Консультант	Руководитель отдела легочной гипертензии и заболеваний сердца, д.м.н. Мартынюк Т.В.
Заключение	<p>В результате анализа клинической картины заболевания, анамнестических сведений, данных представленной медицинской документации можно заключить, что у больной имеется идиопатическая легочная гипертензия с дебютом в финале 1-й беременности. Инициированная специфическая терапия с 06.09.2017г. (3 сутки после родоразрешения) силденафилом в суточной дозе 60мг в сутки оказалась высокоэффективной и привела к улучшению клинической симптоматики и снижению СДЛА, обратному ремоделированию сердца с увеличением КДРЛЖ по данным ЭхоКГ. Однако на фоне резкой отмены терапии в течение 1-2- суток после выписки состояние больной резко ухудшилось, что потребовало повторной госпитализации по месту жительства 13.09.2017. В настоящее время необходимо возобновить лечение силденафилом с титрацией дозы 5-10-20мг X 3 раза в сутки под контролем ЧСС, АД в течение 3-5 дней. Указанная терапия является жизненно необходимой, отмене не подлежит. Для контроля ритма следует рассматривать ивабрадин 2,5-5 мг X 2 раза в сутки. Показаний для назначения антикоагулянтов в настоящее время нет, целесообразно рассматривать ацетилсалициловую кислоту 75мг утром. Повторная ЭхоКГ через неделю, после чего возможно согласовать дату плановой госпитализации в ФГБУ «НМИЦК» МЗ РФ.</p>

ПАЦИЕНТАМ С ХТЭЛГ НЕОБХОДИМО ОФОРМИТЬ ИНВАЛИДНОСТЬ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВА

- Быстрое обращение в МСЭ для оформления **инвалидности**, что позволит решить многие медицинские и социальные вопросы пациентов с ЛАГ
- Отказ от денежной компенсации
- Проведение ВК по месту жительства
- ВК и требование в Региональный Минздрав
- Взаимодействие между головным районным центром и Минздравом в рамках лекарственного обеспечения пациентов

ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ СВОЕВРЕМЕННОЙ И БЕСПЕРЕБОЙНОЙ ТЕРАПИИ

- Закупка препарата на 12 месяцев
- Выдача препарата на 90 дней (до 180 дней на период пандемии)
- Определение пациентом той МО, в которой он будет получать препарат и наблюдаться
- Благотворительные поставки в МО
- Специальные программы титрования дозы фармацевтических компаний
- Работа с благотворительными фондами

ТРЕБУЕТСЯ ТИПОВОЕ РЕШЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ СЕТИ ДЛЯ РЕГИОНОВ СО СТАНДАРТАМИ ЕЕ ОСНАЩЕНИЯ

- Пациентов с ЛГ следует выводить в отдельные кабинеты, где принимают пациентов высокого риска, вне общего приема
- Возможно использование кабинетов ХСН (7 кабинетов в ММЦ и крупных ПК + Диагностическо-консультационное отделение Кардиодиспансера)
- Госпитализация на кардиологические койки в Кардиодиспансер
- Телемедицинские консультации:
 - НМИЦ – Кардиодиспансер
 - Кардиодиспансер – ММЦ
- Госпитализация в НМИЦ из ОККД или ММЦ (после телемедицинской консультации)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Необходимо формировать «сеть» оказания медицинской помощи пациентам с ЛГ в регионе/стране
- Основой такой «сети» могут стать кабинеты для пациентов высокого риска
- Необходимо создание Федеральных методических рекомендаций по ЛГ с разделом по организации помощи и стандартами оснащения, с целью стандартизации оказания медицинской помощи пациентам
- Необходимо рассмотреть вопрос о внесении раздела в проверки ГВС-кардиолога МЗ РФ, посвященного ЛГ (чек-лист, где будет оцениваться терапия, работа регионального МЗ по льготному лекарственному обеспечению и заполнение Федерального регистра ЛГ)
- Необходимо на законодательном уровне организовать возможность лекарственного обеспечения всех пациентов с легочной гипертензией вне зависимости от статуса инвалидности



Спасибо за внимание!

«Истинная сила
человека не в
порывах, а в
нерушимом
спокойствии»

Лев Николаевич
Толстой