



РЕЗОЛЮЦИЯ
Круглого стола №5, 10
«Профилактика и лечение кардиореногепатометаболического синдрома»
XVI Всероссийский конгресс пациентов
Россия, Москва, 20 ноября 2025 года

Российская Федерация относится к странам с очень высоким риском ССЗ. При этом, существующий федеральный проект «Борьба с ССЗ» продемонстрировал свою высокую эффективность. Однако, для обеспечения дальнейшей позитивной динамики по снижению смертности необходима системная работа по обеспечению эффективного лечения хронических ССЗ в соответствии с действующими клиническими рекомендациями.

По данным национального исследования ЭССЕ-РФ-2, распространенность метаболического синдрома (МС) находится на уровне 33%. Сочетание метаболических факторов риска и хронических неинфекционных заболеваний в рамках кардиореногепатометаболического синдрома (КРГМС) тесно связано с повышенным риском сердечно-сосудистых осложнений. Сочетание нескольких заболеваний при МС почти на 30% повышает уровень смертности. Кроме того, достигнутое в последние годы снижение смертности от ССЗ в значительной мере нивелируется коморбидной патологией при МС.

Снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) является одной из ключевых целей системы здравоохранения, особо актуальной для достижения целей по увеличению продолжительности жизни, определённых Президентом России и отражённых в Национальном проекте «Демография». В то же время, одной из задач обновленного Федерального проекта «Борьба с ССЗ» (далее – Федеральный проект) является увеличение в 2,5 раза к 2030 году количества пациентов с болезнями системы кровообращения, проживших предыдущий год без сердечно-сосудистых событий.

Система здравоохранения движется от лечения болезней к раннему выявлению факторов риска и работе с предболезнями. Терапевт и врач первичного звена становятся ключевыми фигурами для пациентов, поскольку современный тренд развития здравоохранения направлен на ранний скрининг заболеваний и их профилактику, а также работу с факторами риска. Минздрав России создаёт для этого соответствующие условия: развитие центров здоровья, включение профилактических индикаторов в федеральные проекты, ускорение проведения диагностики. Для реализации данного подхода необходимость менять поведенческую модель населения, поскольку люди не стремятся проверять факторы риска и нивелировать их влияние на состояние здоровья.

Тем временем, ухудшение метаболического здоровья является одним из основных факторов, определяющих преждевременную заболеваемость и смертность. Поэтому разработка комплексных стратегий, направленных на его улучшение на протяжении всей жизни, является одним из ключевых приоритетов в области медицины и общественного здравоохранения. Параллельно с улучшением понимания научных основ сложного взаимодействия между метаболическими факторами риска и сопутствующей им коморбидной патологией, расширяется спектр терапевтических подходов, направленных на предотвращение развития или уменьшение влияния метаболических факторов риска, сопутствующих заболеваний и снижение сердечно-сосудистого риска.

По мнению экспертов, федеральный проект «Борьба с ССЗ» внёс существенный вклад в снижение смертности, прежде всего, за счёт эффективной работы с острыми

состояниями и осложнениями ССЗ. Следующий этап развития Федерального проекта — переход от экстренной помощи к ранней диагностике, контролю факторов риска и обеспечению терапии, прежде всего, артериальной гипертензии (АГ) и уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП). Для этого необходимо обеспечить автоматизированный контроль ключевых показателей (АД, ХС ЛНП), доступность препаратов, включая комбинированные формы лекарственных средств, программы поддержки пациентов на десятилетия, а не месяцы, расширение льготного обеспечения для пациентов очень высокого риска.

Эксперты фокусировали внимание аудитории на том, что не смотря на успехи, достигнутые в рамках Федерального проекта, следующие десятилетия выиграет только тот, кто сместит акцент на первичную профилактику и работу с факторами риска, что продлевает жизнь на 10–14 лет. Распространенность факторов риска будет расти из-за старения населения — эта динамика неизбежна, при этом, мировое врачебное сообщество идет к пересмотру норм АД: 120 мм.рт.ст. уже не норма, а «повышенное давление». Концепция «движения влево» (выявление факторов риска до клинических проявлений) становится новой нормой. Кардиореногепатометаболический синдром должен иметь отдельный код МКБ и клинические рекомендации. При этом, нужна мультидисциплинарная команда, работающая не на поздних стадиях, а уже в первичном звене. У пациентов с КРГМС часто наблюдается маскированная гипертензия и резистентность к лечению, для определения которых требуется измерение суточного профиля АД. Существуют варианты проведения дистанционного мониторинга АД, что доказало свою экономическую эффективность, даже в странах с низким уровнем экономического развития. По-прежнему, актуальным вопросом для здравоохранения остаётся необходимость федеральных регистров, включая новый регистр пациентов с КРГМС.

С учетом актуальности проведения профилактики серьезных сердечно-сосудистых событий, необходимо расширение программы лекарственного обеспечения в рамках Федерального проекта на группу пациентов, страдающих резистентной артериальной гипертензией.

Осложнения гипертонии являются причиной 9,4 млн ежегодных случаев смерти в мире. В России насчитывается порядка 7,6 млн пациентов с АГ, и это пациенты трудоспособного возраста. Почти 90% пациентов с инсультом имеют в анамнезе плохо контролируемую и длительную АГ. В тоже время более 80% пациентов с ишемической болезнью сердца имеют в анамнезе АГ.

АГ входит в перечень социально-значимых заболеваний, утвержденный постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 715, наряду с ВИЧ, туберкулезом, однако только АГ не охватывается лекарственным обеспечением, несмотря на её высокую распространённость и значительный вклад в структуру смертности и инвалидности.

Согласно № 323-ФЗ, обязанность финансирования лекарственного обеспечения пациентов с социально значимыми заболеваниями возложена на субъекты Российской Федерации. При этом необходимые затраты на лечение пациентов с АГ и сопутствующими заболеваниями существенно превышают возможности региональных бюджетов и создают значительное экономическое бремя, особенно с учётом высокой частоты осложнений и госпитализаций у таких пациентов. Поэтому требуются централизованные решения и поддержки на федеральном уровне, сравнимой с подходом к другим социально значимым болезням, отмеченным в перечне Правительства РФ №715. Это в том числе позволит достичь национальных целей по снижению смертности от болезней системы кровообращения и увеличению общей продолжительности жизни.

26 мая 2025 в Государственной Думе ФС РФ состоялся круглый стол на тему "Болезни системы кровообращения - уязвимые группы пациентов, определяющие максимальный вклад в развитие сосудистых катастроф", в ходе которого представителями Минздрава России была озвучена информация о проработке вопроса расширения

программы профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска на коморбидных пациентах с резистентной артериальной гипертензией, имеющих также хроническую болезнь почек, либо хроническую сердечную недостаточность, либо страдающих фибрилляцией предсердий.

Минздравом России были озвучены и предоставлены расчеты по количеству пациентов трудоспособного возраста, количеству сохраненных жизней и необходимому финансированию на резистентную АГ и ХБП: 235 тыс. пациентов с дополнительным финансированием 6,8 млрд руб. Ожидаемое количество сохраненных жизней 4 700 ежегодно, затраты на одну предотвращенную смерть составят 2 060,7 тыс. рублей. Стоимость лечения 1 пациента в год – 28,5 тыс. рублей.

Группа пациентов с резистентной АГ и ХБП, по мнению экспертов, одно из основных рассматриваемых направлений, наряду с другими. для расширения программы, поскольку она предполагает наиболее эффективное использование выделяемых средств и позволит сохранить значительное число жизней, и полностью соответствует всем критериям для расширения ЛЛО в рамках ФП «БССЗ».

В тоже время, в 2025 ВОЗ признал, что хроническая болезнь почек (ХБП) - глобальная медико-социальная проблема, характеризующаяся высокой распространенностью и высоким уровнем смертности, а также значительной нагрузкой на систему здравоохранения. ВОЗ прогнозирует, что к 2040 году ХБП займет 5-е место среди лидирующих причин ранней смертности. По оценке специалистов, 2/3–3/4 случаев ХБП обусловлены кардиометаболическими причинами, такими как диабет, АГ, дислипидемия. В лечении ХБП наибольшую эффективность показали препараты с доказанным влиянием на прогноз: ингибиторы SGLT2, агонисты GLP-1, финеренон. Для большего эффекта борьбы с КРГМС необходима новая модель здравоохранения, убирающая фрагментацию между специалистами и пациентоцентричным подходом.

В соответствии с клиническими рекомендациями Минздрава России «Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2024», контроль функции почек является обязательной частью диспансерного наблюдения за пациентами с АГ. Поражение почек – одно из частых осложнений артериальной гипертензии, а своевременное выявление снижения фильтрационной способности, в том числе на доклинических стадиях, позволяет существенно повысить эффективность лечения и предотвращать дальнейшее прогрессирование заболевания.

Показатель уровня креатинина в сыворотке крови отражает состояние функции почек, а его регулярное определение (не реже одного раза в год) – современный и признанный стандарт мониторинга для пациентов с АГ. Расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) производится на основании уровня креатинина и дает более точную оценку степени повреждения почек. Таким образом, для корректного и своевременного анализа СКФ требуется иметь свежие данные о концентрации креатинина.

Отдельный учет в рамках федерального регистра лиц с отдельными заболеваниями пациентов с ХБП, артериальной гипертензией, дислипидемией, ожирением, фибрилляцией и трепетанием предсердий позволит повысить эффективность мониторинга доступности медицинской помощи пациентам с указанными заболеваниями и качество прогнозирования необходимого объема вложений для охвата медицинской помощью пациентов с указанными заболеваниями, сопутствующими и осложняющими течение кардиологических заболеваний.

По оценкам экспертов, у 70% граждан 45–50 лет выявляется дислипидемия, 40% пациентов не знают свой уровень липопротеинов низкой плотности (ЛНП), а терапию получают 4% больных и только 13% пациентов, перенесших инфаркт миокарда, достигают целевого уровня ЛНП, что приводит к повторным событиям. Между тем, целевые уровни ЛНП определяются категорией сердечно-сосудистого риска, а достижение целевых значений приводит к регрессу атеросклеротических бляшек. Пациенты очень высокого и

экстремального риска систематически не достигают целевых уровней ЛНП, в том числе, за счёт ограниченного доступа к терапии, регламентированной клиническими рекомендациями и критериями оценки качества медицинской помощи.

В настоящее время в перечне жизненно-необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) отсутствуют многие важные препараты с доказанной эффективностью. Например, отсутствие эзетимиба затрудняет назначение группы PCSK-9-таргетных препаратов, а отсутствие механизма включения в льготный список фиксированных комбинаций препаратов значительно ухудшает приверженность пациентов назначенному лечению. При этом с помощью зарегистрированных в России гиполипидемических лекарств, включенных в перечень ЖНВЛП можно добиться снижения ЛНП до 90%, достигая целей терапии.

Одновременно, эксперты акцентируют внимание, что липопротеин(а) — независимый и генетически детерминированный фактор риска, повышающий вероятность стеноза аортального клапана и прогрессирования атеросклероза. Клинические рекомендации требуют однократного измерения Лп(а) у всех взрослых, что не происходит в реальной практике.

Около 5200 пациентов с тяжелой дислипидемией не имеет возможности получать необходимую терапию в рамках Федерального проекта. Контроль уровня холестерина остается одним из ключевых направлений борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Больше половины инфарктов и инсультов происходят из-за неконтролируемого уровня «плохого» холестерина. Однако сегодня только каждый десятый пациент высокого риска достигает целевых значений. Включение в программу лекарственного обеспечения Федерального проекта современных препаратов, позволяющих снижать «плохой» холестерин до безопасного уровня — жизненно важная мера, которая позволит тысячам людей избежать повторных инфарктов, инсультов и смерти. Потребность в обеспечении этой группы пациентов с тяжёлой гиперхолестеринемией составляет 1,8 млрд. рублей.

Необходимость включения лекарственных препаратов для полноценного контроля дислипидемии подтверждена не только многочисленными клиническими, но и социально-экономическим исследованием, показывающим, что данное направление следует расценивать как инвестицию в здоровье граждан и экономику страны. Согласно исследованию, достижение целевого уровня холестерина в популяции, позволит избежать порядка 80 млрд рублей прямых медицинских и социальных затрат и избежать потерь ВВП в размере более 209 млрд рублей, по консервативной оценке, и более 1 трлн рублей при полной оценке (при учете всех потерянных «экономически активных» лет)¹.

Эксперты отметили, что рост числа операций по стентированию сосудов в России — очень правильный и позитивный тренд, но он не решает главную проблему — пациенты вновь попадают на операционный стол из-за неэффективной терапии и отсутствия контроля уровня холестерина в послеоперационном периоде. При этом, по мнению экспертов, системные меры профилактики и достижение целевых показателей холестерина спасают больше жизней, чем самые современные хирургические технологии.

В 2023 году в России было проведено 324 тысячи операций стентирования, стоимость каждой из них составляет порядка 700 000 рублей. Если уровень холестерина у пациента после операции не контролируется, атеросклероз продолжает прогрессировать, и пациент снова оказывается на операционном столе, что приводит к серьёзным последствиям для пациентов и затратам государства. Необходимость повторных вмешательств можно снизить при достижении целевых значений холестерина. Для этого пациентам высокого и экстремально сердечно-сосудистого риска требуется проведение терапии комбинацией препаратов для лечения дислипидемии, включая PCSK9 таргетные препараты. Эффективное лечение дислипидемии спасает тысячи жизней и сокращает затраты на повторные операции реваскуляризации. Критически важным остаётся вопрос

¹ Игнатъева В.И., Ежов М.В., Концевая А.В., и др. Социально-экономический ущерб, обусловленный повышенным уровнем холестерина липопротеинов низкой плотности. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2025;47(2):88-98. <https://doi.org/10.17116/medtech20254702188>

обучения врачей и пациентов, так как недоверие к назначаемой терапии остаётся высоким. Особо ярко это проявляется на примере назначения статинов как препаратов первой линии лечения гиперхолестеринемии. Нередко врачи не назначают необходимую терапию своевременно, что приводит к прогрессированию атеросклероза, а пациенты, в свою очередь, не принимают статины по причине боязни побочных эффектов. Последствия такой ситуации отражаются в том числе на том, что Россия относится к странам высокого сердечно-сосудистого риска.

Важной составляющей частью КРГМС является неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) — это массовое заболевание, которое встречается у 38% мужчин и 26% женщин в России. Каждый третий пациент терапевта имеет стеатоз печени, а риск перехода в стеатогепатит — 15–20%, в фиброз — 20–30%. НАЖБП может приводить к гепатоцеллюлярной карциноме даже без цирроза, стеатоз увеличивает риск рака печени в 16 раз. Диагноз НАЖБП ставится при стеатозе и наличии одного из пяти кардиометаболических факторов риска. Лечение двунаправленное:

1. Предотвращение прогрессирования болезни печени.
2. Коррекция кардиометаболических нарушений.

Ключевое значение для пациентов приобретает снижение массы тела, соблюдение диеты, назначение статинов, агонистов GLP-1, SGLT2-ингибиторов, гепатопротекторов.

По оценке экспертов, с 2018 года гиперурикемия признана независимым сердечно-сосудистым фактором риска. Необходимо определять уровень мочевой кислоты у всех пациентов высокого, очень высокого и экстремального риска, включая людей с диабетом, ожирением, метаболическим синдромом. Целевые уровни: гиперурикемия — >360 мкмоль/л, для пациентов высокого риска — <300 мкмоль/л. Для этой группы пациентов крайне важна диета с низким содержанием пуринов, контроль приёма лекарств, повышающих мочевую кислоту (диуретики и др.). Также необходим регулярный мониторинг состояния здоровья и ключевых показателей 2 раза в год. Препаратом выбора для пациентов с гиперурикемией является аллопуринол, который не только снижает уровень мочевой кислоты, но и снижает смертность от инфаркта миокарда и инсульта. Негативное влияние на прогноз течения заболевания оказывает низкая приверженность пациентов назначенному лечению и недостаток информирования пациентов о проблематике и лечении.

По итогам обсуждения участники круглого стола рекомендуют:

1. Обратить внимание Правительства Российской Федерации на необходимость внести изменения в Правила предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на обеспечение профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска (Приложение к государственной программе «Развитие здравоохранения», утвержденную постановлением Правительства от 26 декабря 2017 года № 1640) и приказ Минздрава России от 6 февраля 2024 г. № 37н, дополнив категорией пациентов с резистентной артериальной гипертензией в сочетании с хронической болезнью почек (ХБП) или иными состояниями высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска, такими как фибрилляция предсердий, хроническая сердечная недостаточность с сохраненной или умеренно-сниженной фракцией выброса.
2. Рекомендовать Минздраву России внести изменения в Перечень хронических заболеваний, функциональных расстройств, иных состояний, при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение за взрослым населением врачом-терапевтом, предусмотренный Приложением №1 к Порядку проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденный приказом Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (далее – Перечень заболеваний).

3. Рекомендовать Минздраву России дополнить столбец 4 пункта 1 Перечня заболеваний, касательно контролируемых показателей в рамках диспансерного наблюдения, информацией об обязательном определении показателя «уровень креатинина не реже 1 раза в год» наряду с расчетом скорости клубочковой фильтрации для приведения диспансерного наблюдения за пациентами с артериальной гипертензией (АГ) в соответствие с клиническими рекомендациями «Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2024».
4. Рекомендовать Минздраву России рассмотреть возможность дополнения пункта 8 Правил ведения федерального регистра лиц с отдельными заболеваниями, утвержденных постановлением Правительства РФ от 31.05.2025 № 822, новыми пунктами «н - р» следующего содержания:
 - 4.1. Хроническая болезнь почек (N18.1-N18.5).
 - 4.2. Артериальная гипертензия/ Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (I10-I15).
5. Рекомендовать Правительству РФ, Минздраву России рассмотреть возможность совершенствования программы профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений у пациентов очень высокого и экстремального сердечно-сосудистого риска за счет включения необходимых лекарственных препаратов для терапии нарушений липидного обмена (эволюкумаб, инклизирин, алирокумаб) в приказ Минздрава России от 6 февраля 2024 г. № 37н
6. Рекомендовать Минздраву России дополнить существующие программы диспансеризации и диспансерного наблюдения проведением исследований на определение уровня ХС нЛВП и триглицеридов. Считать измерение уровня триглицеридов неотъемлемым компонентом первичного и динамического обследования пациента с метаболическими нарушениями.
7. Рекомендовать Минздраву России, региональным органам исполнительной власти создать административные условия для врачей с целью возможности выполнения клинических рекомендаций, гармонизируя ограничительные перечни лекарственных препаратов (ЖНВЛП, Программа государственных гарантий) с клиническими рекомендациями.
8. Рекомендовать главным внештатным специалистам кардиологам Минздрава России совместно с главными внештатными специалистами Минздрава России других специальностей создать единую типовую модель маршрутизации пациентов с дислипидемией, гомозиготной ФГХС, КРГМ-синдромом
9. Рекомендовать Минздраву России внедрить автоматизированный контроль ключевых показателей (ЛПНП, АД, ХС нЛВП и триглицеридов) на уровне амбулаторного звена.
10. Рекомендовать Минздраву России создать федеральные регистры пациентов с дислипидемиями, кардиореногепатометаболическим синдромом, тяжелыми наследственными формами гиперхолестеринемии. Обновить методологию сбора данных, обеспечить обязательную отчетность регионов.
11. Рекомендовать Минздраву России и Фонду обязательного медицинского страхования создать федеральный резерв для гиполипидемической терапии пациентов очень высокого риска, путем выделения дополнительных неснижаемых объемов на PCSK9-таргетную терапию.
12. Рекомендовать Минздраву России обеспечить финансирование генетической диагностики и плазмафереза для пациентов с редкими нарушениями липидного обмена.
13. Рекомендовать Минздраву России включить в диспансеризацию населения обязательное определение липопротеина (а) (однократно для всех взрослых).

14. Рекомендовать Минздраву России принять обновленную «Номенклатуру медицинских услуг» с целью повышения доступности диагностических мероприятий.
15. Рекомендовать Минздраву России совместно с главными внештатными специалистами кардиологами Минздрава России совместно с некоммерческими профессиональными экспертными организациями разработать и утвердить клинические рекомендации и критерии диагностики кардиореногепатометаболического синдрома на основе международной практики.
16. Рекомендовать Министерству здравоохранения Российской Федерации, главным внештатным специалистам кардиологам Минздрава России совместно с некоммерческими профессиональными сообществами и ассоциациями
17. разработать национальные клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике гиперурикемии с учётом ранее принятых согласительных документов и современных международных стандартов.
18. Рекомендовать министерству здравоохранения Российской Федерации, органам управления здравоохранением субъектов РФ включить определение уровня мочевой кислоты в программу диспансеризации граждан старше 40 лет и пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском.