



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 необходимо 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 пациентов 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 обучения врачей и пациентов, так как недоверие к назначаемой терапии остаётся высоким. Особо

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>

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:
 - хроническая болезнь почек (N18.1-N18.5);
 - 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, инклисиран, 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 неЛВП 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 неЛВП 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 разработать национальные клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике гиперурикемии с учётом ранее принятых согласительных документов и современных международных стандартов.
17. 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.
18. Рекомендовать Минздраву России масштабировать программы дистанционного мониторинга АД (включая 2–3-недельные циклы наблюдения), реализовать цифровые системы контроля ЛНП в амбулаторных картах, разработать модули для автоматизированного контроля соблюдения клинических рекомендаций.
19. Рекомендовать Минздраву России формализовать участие пациентских организаций в подготовке нормативных актов по кардиологии и редким заболеваниям, институционализировать участие пациентских организаций в мониторинге качества помощи (включая ежегодные отчеты).
20. Рекомендовать Минздраву России поддержать развитие школ пациентов, информационных платформ, обучение формированию приверженности назначенному лечению.
21. Рекомендовать главным внештатным специалистам Минздрава России, профильным федеральным НМИЦ разработать программы обучения врачей первичного звена распознаванию редких форм дислипидемий, усилить подготовку врачей первичного звена по клиническим рекомендациям, включая обязательные модули по АГ, дислипидемии, ХБП, НАЖБП. Продвигать мультидисциплинарные модели работы: терапевт–кардиолог–эндокринолог–нефролог–гепатолог.
22. Рекомендовать Минздраву России ускорить обновление клинических рекомендаций по дислипидемии, АГ, метаболическому синдрому, установить обязательный контроль за выполнением клинических рекомендаций посредством федерального мониторинга, обеспечив обязательность применения клинических рекомендаций в практической работе всех уровней медорганизаций.
23. Рекомендовать Минздраву России разработать, внедрить и масштабировать цифровые инструменты, напоминания (СМС, мобильные приложения, телемедицинские платформы) для поддержки пациентов между визитами к врачу, контролю выполнения назначений и мониторингу ключевых показателей.