

## **«Организация медицинской помощи пациентам с ХСН на примере Московской области»**

**Профессор Глезер Мария Генриховна**

**Кафедра кардиологии, функциональной и ультразвуковой диагностики 1 МГМУ имени И.М.Сеченова**

**Главный внештатный специалист кардиолог Минздрава Московской области**

# ХСН – синдром, который является, по сути, концом сердечно-сосудистого континуума, имеет неуклонно прогрессирующее течение

- По данным ЭПОХА ХСН в России ХСН страдают **12,35 млн. человек**
- Каждую минуту в России **умирает 1 пациент с ХСН**
- Около 50% пациентов с ХСН умирают в течение 5 лет после постановки диагноза
- **35%** пациентов с ХСН - **лица моложе 60 лет**
- ХСН фигурирует в диагнозе **92% пациентов** в кардиологии
- Часты повторные госпитализации и каждая последующая существенно укорачивает жизнь пациентов
- Качество жизни пациентов с ХСН значительно снижено

# В Московской области принято Распоряжение МЗ МО от 20 июля 2020 года №92-Р «О совершенствовании оказания специализированной медицинской помощи больным с ХСН»

Распоряжение Министерства здравоохранения Московской области от 20 июля 2020 г. N 92-Р "О совершенствовании оказания специализированной медицинской помощи больным с хронической сердечной недостаточностью" (с изменениями и дополнениями)

С изменениями и дополнениями от:

17 ноября 2020 г.

В целях оптимизации оказания медицинской помощи больным с хронической сердечной недостаточностью, повышения ее доступности и улучшения качества, во исполнение региональной программы "Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями на период 2019 - 2024 годов", утвержденной Распоряжением Правительства Московской области от 25.06.2019 N 522-РП, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 N 918н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями", Клиническими рекомендациями "Хроническая сердечная недостаточность", утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации (КР 156 2016 г.):

1. Утвердить:

1) перечень медицинских организаций государственной системы здравоохранения Московской области, в которых организуются кардиологические кабинеты для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи больным с хронической сердечной недостаточностью (далее - больные с ХСН), согласно приложению 1 к настоящему распоряжению;

2) перечень медицинских организаций государственной системы здравоохранения Московской области, на базе которых организуется работа кардиологических отделений для оказания стационарной специализированной медицинской помощи больным с хронической сердечной недостаточностью, согласно приложению 2 к настоящему распоряжению;

3) мероприятия по организации оказания медицинской помощи больным с хронической сердечной недостаточностью согласно приложению 3 к настоящему распоряжению.

2. Главным врачам медицинских организаций, указанных в пунктах 1 и 2 настоящего распоряжения:

1) организовать работу кардиологических кабинетов для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи больным с ХСН и кардиологических отделений для оказания стационарной специализированной медицинской помощи больным с ХСН;

2) обеспечить оказание специализированной медицинской помощи больным с ХСН в соответствии с приложением 3 к настоящему распоряжению, Клиническими рекомендациями "Хроническая сердечная недостаточность", утвержденными МЗ РФ (КР 156 2016 г.);

3) осуществлять внутренний контроль качества оказываемой медицинской помощи больным с ХСН в соответствии с п. 5.9 и п. 6.5 приложения 3 к настоящему распоряжению;

4) обеспечить ведение регистра больных с ХСН в Единой медицинской информационно-аналитической системе Московской области.

3. Главному внештатному специалисту кардиологу Министерства здравоохранения Московской области:

1) обеспечить изучение качества и объема оказания медицинской помощи больным с ХСН и разработку мероприятий, направленных на координацию деятельности учреждений

# Целью создания отделения (кабинета) является

оказание высоко квалифицированной  
специализированной медицинской помощи  
лицам, страдающим ХСН , для снижения  
уровня смертности и частоты повторных  
госпитализаций

# Задачи

1. Подтверждение наличия ХСН, установление этиологии ХСН, проведение оценки функционального состояния пациента
2. Стратификация больных по группам риска, определение прогноза заболевания, факторов, провоцирующих эпизоды декомпенсации ХСН
3. Контроль изменения функционального состояния пациента при проведении терапии
4. Обеспечение максимального соответствия медицинской помощи на стационарном и амбулаторно-поликлиническом этапе современным рекомендациям по диагностике и лечению ХСН
5. Обеспечение преемственности в терапии между стационарным и амбулаторным звеном (титрация доз, назначение новых и отмена назначенных ранее лекарственных препаратов)
6. Проведение последующего наблюдения после выписки из стационара (регулярные посещения пациентом кабинета и/или визиты врача на дом; возможно, телефонная поддержка или дистанционный мониторинг)

# Задачи (продолжение)

7. Расширение доступа пациентов к медицинскому наблюдению (благодаря личному наблюдению врача и телефонному контакту с врачом или медицинской сестрой (фельдшером); возможно, посредством дистанционного мониторинга) и облегченного доступа к медицинской помощи во время эпизодов декомпенсации ХСН
8. Расширение доступа пациентов с ХСН или высоким риском ее развития к лечебной гимнастике и/ реабилитации



# Задачи (продолжение)

9. Своевременное выявление пациентов, нуждающихся в ресинхронизирующей терапии и установке кардиовертеров-дефибрилляторов, механической поддержке кровообращения, пересадке сердца и паллиативной помощи. Направление таких пациентов в медицинские организации, оказывающие соответствующий вид помощи.
10. Обеспечение своевременного проведения вакцинации пациентов против гриппа и пневмококковой инфекции
11. Повышение уровня медицинской грамотности пациентов и членов их семей путем обучения в школе для больных с ХСН;
12. Проведение школ среди врачей других медицинских организаций по актуальным вопросам диагностики и лечения ХСН.

# Показания для прикрепления пациента к кабинету для больных с ХСН

Наблюдение у врача кабинета ХСН должно быть направлено главным образом на пациентов группы высокого риска, которые включают в себя следующие категории:

- Недавно госпитализированные пациенты с ХСН, особенно в связи с декомпенсацией ХСН. Включение этих пациентов должно происходить как часть плана выписки из-за высокого риска повторной госпитализации и в связи с необходимостью коррекции терапии (титрации доз и возможная смена лекарственных препаратов) для достижения рекомендованных доз и целевых гемодинамических показателей.
- Пациенты с ХСН II-IV функционального класса, направленные врачом терапевтом, в связи с недостаточной эффективностью амбулаторного лечения, невозможностью достичь целевых показателей, определяющих прогноз у пациентов с ХСН, невозможностью титрации доз основных болезней модифицирующих препаратов для лечения ХСН
- Пациенты с ХСН I-IV функционального класса с высоким риском развития декомпенсации сердечной недостаточности, риска госпитализации или смерти (в сочетании с ХБП, СД, нарушениями ритма сердца и д. ). Это может обеспечить стабилизацию состояния и заметное улучшение прогноза благодаря усиленной помощи до того как госпитализация станет неизбежной.
- Пациенты, которые достигают конца жизни. На этом этапе можно избежать многих страданий (и затрат) за счет быстрого статистической передачи родственникам



# От чего будет зависеть успех?

- Административная поддержка (приказы МЗ РФ или региональных МЗ и программы Правительства регионов)
- Стабильное и эффективное финансирование Программы (оборудование, лекарственные препараты, ТФОМС изменения тарифов на амбулаторную и стационарную помощь)
- Кадровая обеспеченность (обучение и подготовка специалистов)
- Организация системы поддержки пациентов (SMS сообщения, школы для пациентов)

В чем проблемы?

В России нет официальной  
статистики по ХСН

**С чем это связано?**

# Выдержки из рекомендаций по кодированию причин смерти (МКБ X)

- **«Сердечная недостаточность» (I50) не используется в статистике смертности, поэтому она не должна включаться в Свидетельство, ни в качестве первоначальной, ни в качестве непосредственной причины смерти**
- Эссенциальная артериальная гипертензия или гипертензивная болезнь выбирается в качестве первоначальной причины смерти только тогда, когда она является единственным записанным в свидетельстве состоянием. **При сочетании артериальной гипертензии и ИБС или ЦВБ в качестве первоначальной причины смерти выбираются эти заболевания**

# И хотя говорят, что

соблюдение правил МКБ-Х обеспечит достоверность статистической информации, что важно для проведения мероприятий, направленных на снижение смертности от управляемых причин

## **На самом деле**

отсутствие кодирования или неполное кодирование искажает существующую ситуацию



# ХСН – не только синдром

Развитие ХСН происходит по **единым патофизиологическим законам** вне зависимости от этиологии повреждения. Поэтому ХСН является не только сложным симптомокомплексом, осложняющим течение какого-либо заболевания сердечно-сосудистой системы, но и может рассматриваться как самостоятельная нозологическая форма

# Последствия нахождения в «Тени»

- Отсутствие официальной статистики
- Деформирует (искажает) реальную структуру потребления
- Не позволяет принять обоснованные решения по
  - формированию структуры для оказания помощи
  - планированию подготовки кадров
  - планированию финансирования и стимулированию развития медицинской отрасли или ее компонентов
  - контролю правильности расходования средств
  - контролю за качеством оказания помощи



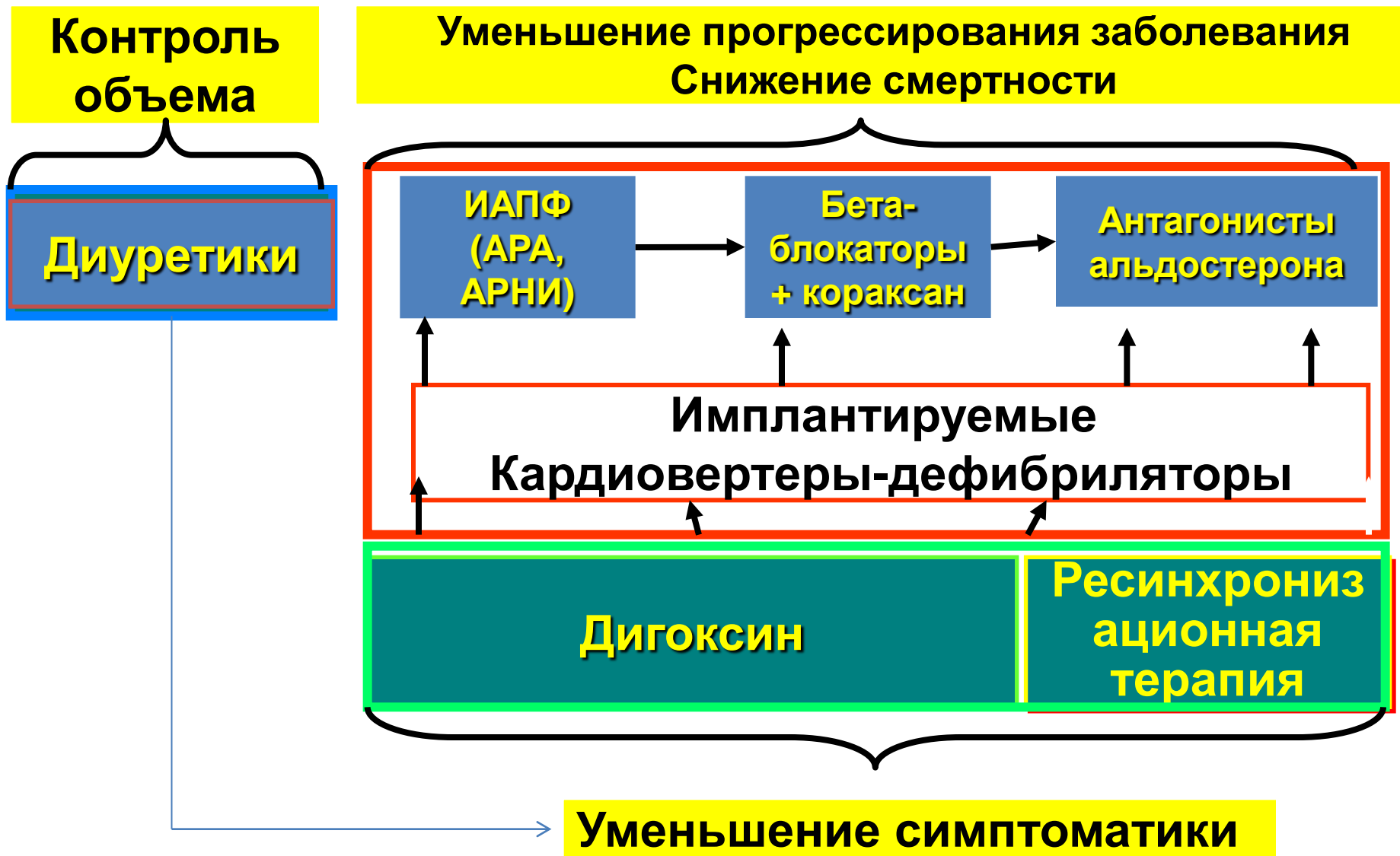
В Московской области разработана система учета пациентов с хронической сердечной недостаточностью:  
он будет осуществляться как сумма всех случаев имеющих самостоятельный код I.50, либо I.50 стоит вторым диагнозом, либо случаи кодов I.25.5, I.11.0 , I.13.

# На сегодняшний день в Московской области

- Открыты 45 кабинетов
- На учет поставлены 6200 пациентов
- Нам нужно создать плотную взаимосвязь между амбулаторными кабинетами и стационарными отделениями

# **Проблема лекарственного обеспечения**

# Лечение СН



# Лекарственное обеспечение на стационарном и амбулаторном этапе

1	Блокаторы PАС	1,0
	ИАПФ	• 0,7
	Сартаны	• 0,1
	АРНИ	• 0,2
2	Бета-блокаторы	1,0
3	Блокаторы I <sub>f</sub> тока	0,2
4	Антагонисты минералокортикоидных рецепторов	0,4
5	Диуретики	0,7
6	Антикоагулянты	0,4 из них
	АВК	• 0,2
	ПОАК	• 0,8
7	Антиангинальные препараты	0,3

В 2020 получены новые данные о том, что ингибиторы SGLT2 могут снижать смертность и госпитализации у пациентов с ХСН вне зависимости от наличия сахарного диабета<sup>1</sup>.  
Это ставит перед нами новые задачи в изменении лекарственного обеспечения

**Вторая проблема – недостаточные знания врачей симптоматики ХСН, недостаточное выполнение рекомендаций по обследованию и лечению пациентов**

- Недооценка наличия ХСН
- Переоценка наличия ХСН
- невыполнение правильных режимов терапии

**Третья важная проблема – недостаточная база для подтверждения наличия дисфункции левого желудочка**

- Отсутствие современных ультразвуковых приборов и специалистов
- Отсутствие лабораторной диагностики (Nt-pro BNP)



# QUALIFY регистр: Приверженность врачей к рекомендациям при ХСН с низкой ФВ

## Приверженность врачей



При низкой приверженности врачей к рекомендациям

Общая смертность 2.21, 1.42-3.44, P=0.001



СС смертность 2.27, 1.36-3.77, P=0.003



Смертность от ХСН 2.26, 1.21-4.2, P =0,032



Госпитализация или смерть от ХСН



1,0

2,0

3,0

4,0