



РЕЗОЛЮЦИЯ
Круглых столов № 5 и №10
«Актуальные вопросы государственной программы по противодействию сердечно-сосудистым заболеваниям»
XIII Всероссийский конгресс пациентов
Россия, Москва, 23 ноября 2022 года.

На площадке XIII Всероссийского конгресса пациентов «Вектор развития: пациент-ориентированное здравоохранение» 23 ноября 2022 года состоялись Круглые столы «Актуальные вопросы государственной программы по противодействию сердечно-сосудистым заболеваниям».

Участники Круглых столов обратили внимание на следующие аспекты проблемы сердечно-сосудистых заболеваний:

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) по-прежнему остаются главной причиной смерти в мире. При этом, Российская Федерация является страной высокого сердечно-сосудистого риска. Смертность от ССЗ в России в 3 раза больше, чем в странах Западной Европы. В 2020 году по данным Росстата в России, на долю БСК пришлось 43,9% всех смертей, что составило 938,5 тыс. потерянных жизней.

Важным элементом Государственной Программы Российской Федерации (РФ) «Развитие здравоохранения» является федеральный проект «Борьба с ССЗ». Минздравом РФ были проработаны дополнительные меры по противодействию болезням системы кровообращения. В итоге, в рамках данного федерального проекта, были приняты важные решения по продлению срока обеспечения лекарственными препаратами с одного до двух лет граждан, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу ССЗ. Помимо этого, был расширен список назначаемых препаратов на 8 МНН, но в расширенный список не вошли препараты для пациентов с дислипидемией высокого риска. Все изменения проведены за счёт существующего финансирования. Предложения Минздрава России по увеличению ежегодного финансирования проекта с 2023 г. на 10 млрд. рублей поддержаны не были.

Для основной части населения России, которые в большинстве случаев не относятся к льготным категориям, терапия ССЗ возможна преимущественно только за личные средства, что безусловно, снижает возможности её применения, и соответственно, увеличивает риск развития неблагоприятных событий и снижение продолжительности жизни. При этом, до 70% пациентов имеют коморбиды (2-3 диагноза). Стоимость препарата является значимым фактором, определяющим приверженность пациентов лечению, особенно, если стоимость лечения высока. При этом, чем хуже состояние здоровья, тем большее значение приобретают ценовые факторы, что опосредовано уровнем дохода пациентов. Эффекты обеспечения пациентов препаратами бесплатно повышают приверженность лечению.

Текущая проблематика.

Атеросклероз.

Основной причиной смертности от ССЗ является ИБС и составляет 54,2%, основополагающим фактором развития ИБС является атеросклероз. Опасность атеросклероза заключается в том, что он долгое время протекает бессимптомно. Часть

пациентов десятилетиями имеют высокий уровень холестерина и не знают об этом. С 27 апреля 2021 года в программу диспансеризации граждан РФ с 18 лет входит определение общего холестерина и определение относительного сердечно-сосудистого риска с последующим определением липидного профиля при необходимости. При этом уровень охвата населения диспансеризацией и, следовательно, скринингом нарушений липидного обмена, остается низким. В свою очередь, низкая приверженность пациентов назначенному лечению требует дополнительного внимания не только со стороны врачебного и пациентского сообществ, но и со стороны государства. Существующая информационная кампания #ЧтобыЖитьДолго нуждается в выходе на федеральные медиаресурсы.

Особое внимание обращает на себя недостаточный контроль показателя холестерина ЛПНП и триглицеридов. Необходимо отметить, что повышенный уровень триглицеридов – у каждого четвертого жителя России. Повышение на 1 ммоль/л холестерина ЛПНП и/или триглицеридов дают одинаковый риск развития инфаркта миокарда. Снижение же на 1 ммоль/л холестерина ЛПНП приводит к снижению общего риска возникновения инсульта в 21,1% случаев, в то время как риск возникновения первичного инсульта снижается на 35,9%.

При этом, терапия атеросклероза далека от идеальной, например, среднесуточная доза аторвастатина у пациентов в РФ, в абсолютном большинстве случаев, составляет 25 мг, что является низкоэффективной дозировкой и приближает пациентов к развитию сердечно-сосудистых катастроф. Помимо этого, коррекция гипертриглицеридемии также является фактором, требующим большего внимания со стороны врачей и расширения применения статинов, фенофибрата и Омега3-ПНЖК. Существуют фиксированные комбинации препаратов, например, розувастатин + фенофибрат, применение которых не только эффективно снижает уровень не-ЛВП холестерина, но и увеличивает на 32% приверженность терапии со стороны пациентов за счёт комбинации препаратов в одной таблетке. В то же время, риск развития МАСЕ (серьёзных сердечно-сосудистых событий) на 27% ниже, чем у некомплаентных пациентов. Количество МАСЕ в этом случае снижается на 8,64%.

Фенофибрат включён в список ЖНВЛП, но не входит в список Приказа №639н, розувастатин и омега-3 ПНЖК отсутствуют и там, и там. Число пациентов, принимающих фиксированную комбинацию розувастатин+фенофибрат достигает 40 000, а препарат омега-2 ПНЖК – более 100 000, большинство из которых приобретают препараты за счёт собственных средств.

В настоящее время в список препаратов Приказа Минздрава России №639н входит только 2 препарата для коррекции дислипидемии – симвастатин и аторвастатин, что не является достаточным, особенно для пациентов с дислипидемией высокого риска. Количество пациентов этой категории – около 5500, для лечения которых необходимы высокоэффективные современные препараты. Финансовая составляющая данного лечения – порядка 1,98 млрд. рублей в год, при этом экономический эффект от снижения бремени заболевания (уменьшение числа госпитализаций, социальных выплат по инвалидности, сохранение жизней и т.д.) составляет около 2 млрд. рублей.

Атеросклероз в подавляющем большинстве случаев сочетается с диабетом, ожирением и метаболическим синдромом. Более половины населения России имеют избыточную массу тела или ожирение, 87% людей, имеющих метаболический синдром, имеют смешанные формы дислипидемии. Лечение этих пациентов должно быть комплексным и включать в себя воздействие на 6 модифицированных факторов риска:

1. Снижение АД.
2. Коррекция дислипидемии.
3. Снижение массы тела.
4. Увеличение физической активности.
5. Контроль уровня сахара крови.

6. Отказ от курения.

Помимо первичной профилактики развития ССЗ, воздействие на эти факторы риска является основополагающим при проведении реабилитации пациентов после перенесённых острых коронарных событий.

Эксперты отметили, что более 300 000 жизней позволит сохранить исполнение Приказа Минздрава России от 15.03.2022 года №168н, в котором предусмотрено диспансерное наблюдение (ДН) пациентов после перенесённых острых коронарных событий. Основными направлениями оказания медицинской помощи являются:

1. Активный вызов пациентов на приём по ДН по заранее спланированному графику.
2. Привлечение страховых компаний в ДН.
3. Контроль за обеспечением льготными лекарственными препаратами с формированием реестра.
4. эффективное использование для проведения ДН мобильных медицинских бригад.
5. Применение телемедицинских технологий.
6. Кроме того, готовящиеся к публикации клинические рекомендации станут основой работы медицинских организаций.

Проблема хронической сердечной недостаточности.

Участники Круглых столов отметили, что хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является финалом практически всех ССЗ, с распространённостью 7-10%. Доля ХСН в структуре смертности от БСК в РФ составляет 39%, а каждый второй пациент с ХСН умирает в течение 5 лет после установления диагноза. Таким образом, именно повышение эффективности лечения ХСН является важнейшим резервом снижения смертности от болезней системы кровообращения (БСК).

Расширенный список препаратов по Приказу МЗ РФ №639н позволяет получить положительные эффекты терапии ХСН. Например, препараты группы НГЛТ-2, помимо прямого терапевтического эффекта и улучшения прогноза течения заболевания, позволяют получить экономический эффект, связанный с уменьшением количества госпитализаций и, как следствие, улучшение прогноза заболевания пациентов. Возможность применения 4-компонентной терапии снижает смертность в 3,4 раза по сравнению с лечением 1-2 препаратами. В настоящее время применение 4-х компонентной терапии крайне низко, особенно в амбулаторной практике.

Прогноз медико-социальной эффективности ЛЛО пациентов с ИБС и коморбидными состояниями позволяет сохранить около 33 000 жизней в год, если обеспечить лечение 2 044 610 пациентов в год. В перспективе 3-х лет (2023-2025гг) количество сохранённых жизней достигнет порядка 100 000. Расширение действующей программы ЛЛО для пациентов с ИБС в сочетании с коморбидной патологией и наиболее высоким риском смерти является важным компонентом в осуществлении стратегии снижения смертности и повышения продолжительности жизни населения.

Эксперты подняли проблемы, с которыми сегодня сталкиваются пациенты с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями, а именно – низкая доступность медицинской помощи, отсутствие льготного лекарственного обеспечения для данной категории граждан, низкая приверженность пациентов назначаемому лечению.

Разработаны методологические рекомендации ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России по совершенствованию оказания медицинской помощи пациентам с ХСН, которые включают в себя:

1. Трёхуровневую систему оказания медицинской помощи пациентам с ХСН.
2. Схему оказания медицинской помощи пациентам с ХСН.
3. Методологические рекомендации для медсестёр кабинетов ХСН.
4. Курсы обучающих лекций для медицинских сестёр кабинетов ХСН.

Эксперты также отметили необходимость минимизации коррекции лечения в амбулаторном звене пациентов с ХСН, находившихся на стационарном лечении, особенно с эпизодами декомпенсации сердечной деятельности. Изменение назначений в лечении зачастую приводит к прогрессированию осложнений и снижению приверженности пациента лечению. Кроме того, применение современных препаратов, либо их комбинаций, например, сакубитрил+валсартан, помимо сохранения жизней пациентов, даёт свой экономический эффект, связанный со снижением количества госпитализаций, количества и стоимости амбулаторного приёма, улучшения качества жизни пациентов, снижения количества осложнений.

Ранний скрининг ХСН – определение натрийуретического пептида — это ещё одна возможность своевременного выявления пациентов и назначения им необходимого лечения, что позволяет сохранить жизни пациентов, получить экономический эффект в здравоохранении.

Эксперты обратили внимание на низкую доступность и необходимость проведения кардиореабилитации. При этом, влияние своевременная и полноценная реабилитация пациентов после острых событий значительно улучшает прогноз течения заболевания.

Концепция ответственного самолечения.

Эффективное внедрение концепции ответственного самолечения в России требует реорганизации существующей практики оказания медицинской помощи, расширения роли фармацевтов в обеспечении информацией об ответственном лечении и повышения медицинской грамотности пациентов.

На сегодняшний день основные функции фармацевтических работников включают в себя, помимо продажи товаров аптечного ассортимента надлежащего качества, предоставление достоверной информации о товарах аптечного ассортимента, фармацевтическое консультирование, а также «информирование о рациональном применении лекарственных препаратов в целях ответственного самолечения».

Ответственное принятие решения о начале самолечения возможно только в случае, если пациент обладает минимальной медицинской грамотностью, позволяющей отличить легкое неопасное заболевание, с которым он может справиться без помощи врача, т.е. провести самодиагностику. В распознавании симптомов может быть полезен как личный опыт, так и поиск информации в интернете на специализированных пациент-ориентированных медицинских сайтах и форумах, созданных и поддерживающихся профессиональными медицинскими сообществами.

Не менее важное место занимает и популяризация диспансеризации. Поскольку множество симптомов одинаково характерны как для легких заболеваний, так и для серьезных, то до начала самолечения пациент должен быть уверен в отсутствии серьезных заболеваний на основании результатов диспансеризации.

Для обеспечения вклада в достижение национальных целей по снижению смертности от болезней системы кровообращения и увеличение общей продолжительности жизни, участники круглого стола рекомендуют нижеследующее:

Администрации Президента Российской Федерации, Правительству Российской Федерации:

1. Выделить 5% эфирного времени на федеральных телевизионных каналах для социальной рекламы мер по профилактике ССЗ, мотивации к прохождению диспансеризации.

Правительству Российской Федерации, Комитету по охране здоровья Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации, Министерству здравоохранения Российской Федерации:

1. В рамках обсуждения проекта ФЗ «О федеральном бюджете на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» предусмотреть возможность дополнительного финансирования в размере 1,98 млрд. рублей на мероприятия по лекарственному обеспечению в рамках ФП «Борьба с ССЗ» для пациентов

очень высокого сердечно-сосудистого риска, не достигающих целевого уровня холестерина липопротеинов низкой плотности на фоне терапии статинами в максимально переносимых дозах, взрослых пациентов с установленным атеросклеротическим сердечно-сосудистым заболеванием с целью снижения риска развития сердечно-сосудистых событий.

2. Рассмотреть возможность продления срока софинансирования расходных обязательств субъектов РФ по лекарственному обеспечению лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, с 2х до 3х лет.
3. Расширить программу льготного лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, для профилактики развития сердечно-сосудистых осложнений, утвержденную постановлением Правительства РФ от 25.12.2017 №1640, путем включения ишемической болезни сердца (ИБС) в сочетании с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с 2024 года и ИБС в сочетании с коморбидными состояниями (АГ, ХБП, ФП, СД, ОНМК, ХОБЛ, ИМ) с 2025 года. Необходимо предусмотреть пожизненное лекарственное обеспечение для данной категории пациентов.
4. Предусмотреть в федеральном законе "О федеральном бюджете на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов" предоставление субсидий в размере 8,18 млрд. руб. на обеспечение пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с ХСН в рамках федерального проекта "Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями" государственной программы «Развитие здравоохранения».
5. Предусмотреть в федеральном законе "О федеральном бюджете на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов" предоставление субсидий в размере 33,3 млрд. руб. на обеспечение пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с коморбидными состояниями (АГ, ХБП, ФП, СД, ОНМК, ХОБЛ, ИМ) ежегодно в рамках федерального проекта "Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями" государственной программы «Развитие здравоохранения».
6. Дополнить Государственную программу «Развитие здравоохранения» Правилами предоставления и распределения бюджетам субъектов РФ субсидий обеспечения пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с ХСН с 2024 года и ИБС в сочетании с коморбидными состояниями (АГ, ХБП, ФП, СД, ОНМК, ХОБЛ, ИМ) с 2025 года.
7. Предусмотреть меры по борьбе с ожирением, одним из основных факторов развития ССЗ. Предлагаем дополнить Перечень социально-значимых заболеваний, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715, пунктом 10 следующего содержания: «10. Е66 Ожирение».
8. Рассмотреть возможность законодательного закрепления проведения плановой диспансеризации на обязательной основе.

Министерству здравоохранения Российской Федерации:

1. Внести изменения в Приказ Минздрава России от 29.09.2022 № 639н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения для обеспечения в амбулаторных условиях лиц, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым были выполнены аортокоронарное шунтирование,

ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу ССЗ» (далее – Перечень), исходя из приоритета включения лекарственных препаратов, оказывающих доказанное значимое влияние на снижение рисков острых событий у пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска, не достигающих целевого уровня холестерина липопротеинов низкой плотности на фоне терапии статинами в максимально переносимых дозах, а также для пациентов с установленным атеросклеротическим сердечно-сосудистым заболеванием с целью снижения риска развития сердечно-сосудистых событий, а именно, дополнить список группой препаратов PCSK-9, препаратом инклисиран.

2. Рассмотреть возможность создания отдельной программы первичной профилактики ССЗ, либо расширения существующего ФП по противодействию ССЗ. Совместно с главными специалистами кардиологами определить процедуру включения лекарственных препаратов, по принципу эффективности и безопасности для достижения целевых показателей липидного профиля и АД у пациентов. ФГБУ ЦЭККМП произвести необходимые расчёты по финансовой потребности данной программы.
3. Разработать перечень лекарственных препаратов для медицинского применения для обеспечения в амбулаторных условиях пациентов с ИБС в сочетании с ХСН с 2024 года и ИБС в сочетании с коморбидными состояниями (АГ, ХБП, ФП, СД, ОНМК, ХОБЛ, ИМ) с 2025 года.
4. Обратить внимание на существующие методические рекомендации по совершенствованию оказания медицинской помощи больным с хронической сердечной недостаточностью, а именно, ускорить реализацию проекта по созданию сети специализированных отделений и кабинетов на базе имеющихся стационаров, кардиологических диспансеров, клиничко-диагностических центров и учреждений первичного звена для своевременного выявления пациентов с СН и выстраиванием их маршрутизации, начиная с первичного звена, а также для наблюдения за пациентами с ХСН после эпизодов декомпенсации, поскольку данная категория пациентов является одной из самых уязвимых с точки зрения роста смертности. В том числе учесть необходимость раннего (в течение 1-2 недель) амбулаторного визита к врачу после госпитализации по причине декомпенсации сердечной недостаточности и считать его одним из критериев качества оказания медицинской помощи. Развитие центров ХСН также позволит обеспечить координацию ведения пациента с ХСН и коморбидными заболеваниями между врачами разных специальностей за счет единой информационной базы.
5. Использование эффективных препаратов для лечения ХСН в стадии декомпенсации и своевременность их назначения влияет на результаты лечения ХСН и смертность пациентов. МЗ РФ рассмотреть возможность расширения списка препаратов согласно Приказа №936н с целью включения препаратов для лечения ХСН после эпизодов декомпенсации. Данная категория пациентов является одной из самых уязвимых с точки зрения роста смертности.
6. В целях улучшения результатов лечения пациентов с ССЗ необходимо осуществлять комплекс мероприятий по совершенствованию методов, направленных на аспекты приверженности назначенной терапии, в том числе расширять информирование пациентов через СМИ и социальные сети, включить ССЗ в приоритетные темы социальной рекламы в рамках ФП по противодействию ССЗ.
7. При внедрении ВИМИС в организационную структуру системы здравоохранения дополнить федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» целевыми показателями, что позволит оценить

эффективность реализации федерального проекта «Борьба с ССЗ» и ориентировать органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации на борьбу с повторными коронарными событиями для содействия достижению национальных целей по снижению смертности от болезней системы кровообращения:

- 7.1. Лица, перенесшие повторное коронарное событие (инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения) в течение одного года с даты предыдущего события, от общего числа лиц, перенесших коронарное событие в отчетном периоде, %, процент.
 - 7.2. Частота визитов пациентов высокого риска, перенесших острое коронарное событие, находящихся на диспансерном наблюдении в отчетном периоде.
 - 7.3. Пациенты с высокими уровнями риска, находящиеся на диспансерном наблюдении, достигшие целевого уровня холестерина липопротеинов низкой плотности в соответствии с клиническими рекомендациями, от общего числа пациентов высокого риска, находящихся на диспансерном наблюдении, %, процент.
 - 7.4. Пациенты с высокими уровнями риска, находящиеся на диспансерном наблюдении, достигшие целевого уровня артериального давления, от общего числа пациентов высокого риска, находящихся на диспансерном наблюдении, %, процент.
 - 7.5. Пациенты, находящиеся на диспансерном наблюдении, лабораторным контролем уровня холестерина липопротеинов низкой плотности, %, процент.
8. В целях улучшения результатов лечения пациентов с ССЗ, особенно пациентов, перенесших острые состояния, необходимо осуществлять комплекс мероприятий, информирующих о возможностях льготного лекарственного обеспечения и важности приверженности назначенной терапии, через федеральные и региональные СМИ, социальные сети, размещение информации на экранах в метро и билбордах, активно использовать наружную рекламу. Необходимо включить ССЗ в приоритетные темы социальной рекламы в рамках ФП по противодействию ССЗ. Обеспечить исполнение клинических рекомендаций в части своевременного назначения персонализированной гиполипидемической терапии.
 9. Разработать регистр пациентов и калькулятор для планирования объема закупок лекарственных препаратов, исходя из заболеваемости и реальной потребности в препаратах.
 10. При разработке Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования предусмотреть дополнительные выплаты медицинским организациям при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, за достижение показателей результативности, учитывающих достижение целевых показателей факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний среди прикрепленного населения.

Всероссийскому союзу пациентов:

1. Продолжать информационную кампанию #ЧтобыЖитьДолго, взаимодействуя с Российским кардиологическим обществом и Минздравом РФ, АНО «Национальные приоритеты». Рассмотреть возможность расширения аудитории за счёт выхода на ресурсы федеральных СМИ.