

Конференция «Вопросы лекарственного обеспечения и маршрутизации пациентов с ССЗ в остром и хроническом периоде»

Омск 10.04.2024

Вопросы диспансерного наблюдения и маршрутизации пациентов с ХСН. Фокус на улучшение прогноза

Подольная Светлана Павловна

к.м.н., заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе
БУЗОО «Клинический кардиологический диспансер», врач-кардиолог

По материалам Конгресса «Вопросы организации медицинской помощи и льготного лекарственного обеспечения пациентам кардиологического профиля в рамках проекта БСК»

23.03.2024 Красноярск

Мероприятие при поддержке компании АстраЗенека

Представлена информация только в рамках зарегистрированных в РФ показаний

Мнение лектора не всегда может совпадать с точкой зрения компании АстраЗенека

СН остается значимой проблемой для здравоохранения¹⁻³

> 15
млн

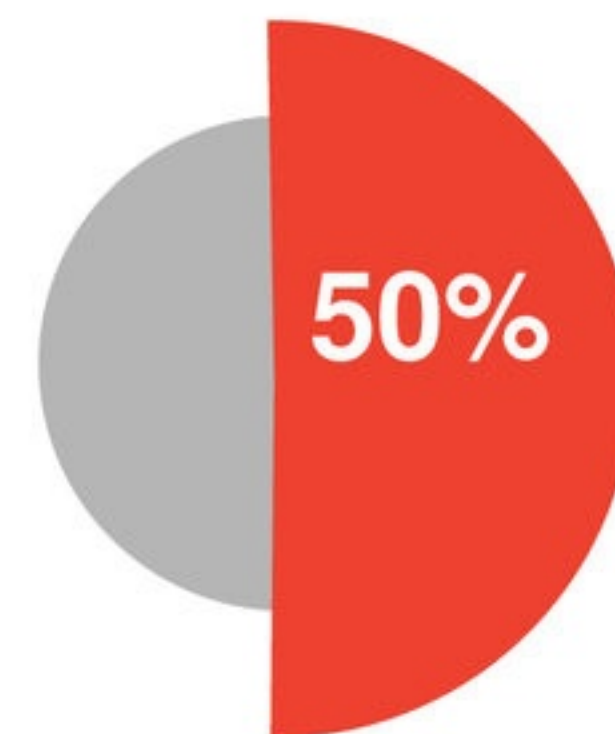


Ожидаемое число
пациентов с СН в
Европе^{1,2}

8,2%



Распространенность
среди взрослой
популяции в РФ³



Прогнозируемый рост гСН
между 2014 и 2039 гг.^{4,a}

^aданные Великобритании

СН – сердечная недостаточность; гСН – госпитализации по поводу СН

1. Dickstein K, et al. *ESC Eur J Heart Fail* 2008;10:2388–2442; 2. The Heart Failure Policy Network. The handbook of multidisciplinary and integrated heart failure care. Available at:

<https://www.healthpolicypartnership.com/app/uploads/The-handbook-of-multidisciplinary-and-integrated-heart-failure-care.pdf> (Accessed March 2023); 3. Клинические рекомендации Хроническая

сердечная недостаточность (проект) https://scardio.ru/content/Guidelines/project/Project_HSN_2023.pdf (дата обращения 10.09.23); 4. Cowie M, et al. *ESC Heart Fail* 2014;1:110–145

Что из себя представляет сердечная недостаточность?

Универсальное определение СН¹



Клинический синдром, включающий в себя симптомы и признаки, вызванные структурной и/или функциональной аномалией сердца, подтвержденный повышенным уровнем НУП и/или объективным свидетельством застоя по малому или большому кругу кровообращения.

ESC²

СНнФВ	СНунФВ	СНсФВ
СН со сниженной ФВЛЖ ФВЛЖ $\leq 40\%$	СН с умеренно сниженной ФВЛЖ ФВЛЖ 41-49%	СН с сохранной ФВЛЖ ФВЛЖ $\geq 50\%$

АНА/ACC/HFSA³

СНнФВ	СНунФВ	СНсФВ	СНлучшФВ
СН со сниженной ФВЛЖ ФВЛЖ $\leq 40\%$	СН с умеренно сниженной ФВЛЖ ФВЛЖ 41-49%	СН с сохранной ФВЛЖ ФВЛЖ $\geq 50\%$	СН с улучшенной ФВЛЖ ФВЛЖ в анамнезе $\leq 40\%$ с увеличением $>40\%$

СН – сердечная недостаточность; НУП – натрийуретический пептид; СНнФВ – СН со сниженной ФВ ЛЖ; ФВ ЛЖ – фракция выброса левого желудочка; СНунФВ – СН с умеренно сниженной ФВ ЛЖ; СНсФВ – СН с сохранной ФВ ЛЖ; СНлучшФВ – СН с улучшенной ФВ ЛЖ

1. Bozkurt B et al. *Eur J Heart Fail.* 2021;23(3):352-380; 2. McDonagh TA et al. *Eur Heart J.* 2021;42(36):3599-3726; 3. Heidenreich PA et al. *J Am Coll Cardiol.* 2022;79(17):e263-e421.

Бремя СН не зависит от ФВ ЛЖ

Все фенотипы

СН



Заболеваемость
возрастает

СНнФВ



Число пациентов не
возрастает или
уменьшается

СНсФВ



Заболеваемость
возрастает

Текущие данные о распространенности СН свидетельствуют о преобладании фенотипа СНсФВ:^{1,2}



Лечение ХСН – важный шаг к снижению показателя смертности от ССЗ



- ✓ *ХСН является финалом практически всех ССЗ с распространенностью 7-10%;*
- ✓ *Доля ХСН в структуре смертности от БСК в РФ составляет 39%;*
- ✓ *Каждый второй пациент с ХСН умирает в течение 5 лет после установления диагноза.*

Повышение эффективности лечения ХСН является важнейшим резервом снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний

1. Фомин И.В. Хроническая сердечная недостаточность в Российской Федерации: что сегодня мы знаем и что должны делать. Российский кардиологический журнал. 2016; (8):7–13

2. Yancy C.W. et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: A report of the American college of cardiology foundation/american heart association task force on practice guidelines. J. Am. Coll. Cardiol. Elsevier USA, 2013. Vol. 62, № 16

3. <https://www.kommersant.ru/doc/4825281>

Цели Программы «Развитие здравоохранения»

Цель 1 - снижение смертности населения от всех причин до 11,5 случая на 1000 населения к 2030 г., от болезней системы кровообращения - до 450 случаев на 100 тыс. населения

Цель 2 - повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 году

Цель 3 - удовлетворенность доступностью медицинской помощью пациентов

На решение задач Программы направлены мероприятия Программы по предоставлению субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации

Оценка эффективности использования субсидии осуществляется Министерством здравоохранения РФ путем сравнения установленных соглашением значений результатов использования субсидии, соответствующих результатам федерального проекта "Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями", и фактически достигнутых по итогам отчетного года значений результатов использования субсидии

Что нам мешает достигать целей при ведении пациентов с СН?

Из личного архива директора ФГБНУ НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, главного внештатного специалист-кардиолога Минздрава России по Сибирскому федеральному округу, академик РАН, О.Л. Барбараш. 2024 г.

По материалам Конгресса «Вопросы организации медицинской помощи и льготного лекарственного обеспечения пациентам кардиологического профиля в рамках проекта БСК» Красноярск 23.03.2024

Что нам мешает следовать современным рекомендациям по ведению пациентов с СН?

- Не умение пользоваться **клиническими рекомендациями!**
- Не эффективное использование возможности **льготного лекарственного обеспечения!**
- Не понимание причин **низкой приверженности** пациентов к терапии и неумение управлять ею!

Кто из специалистов должен оценивать риск развития СН у пациента?



Возможные пути решения поздней диагностики СН:

- Повысить уровень осведомленности пациентов о заболевании
- Образовательные мероприятия по повышению уровня знаний о диагностике и современных КР
- Усиление междисциплинарного взаимодействия между специалистами
- Разработать стандартный универсальный протокол для направления к кардиологу

Критерии постановки диагноза ХСН

Для постановки диагноза ХСН необходимо наличие следующих критериев:



Характерные жалобы;



Подтверждающие их наличие клинические признаки (в сомнительных случаях реакция на мочегонную терапию);

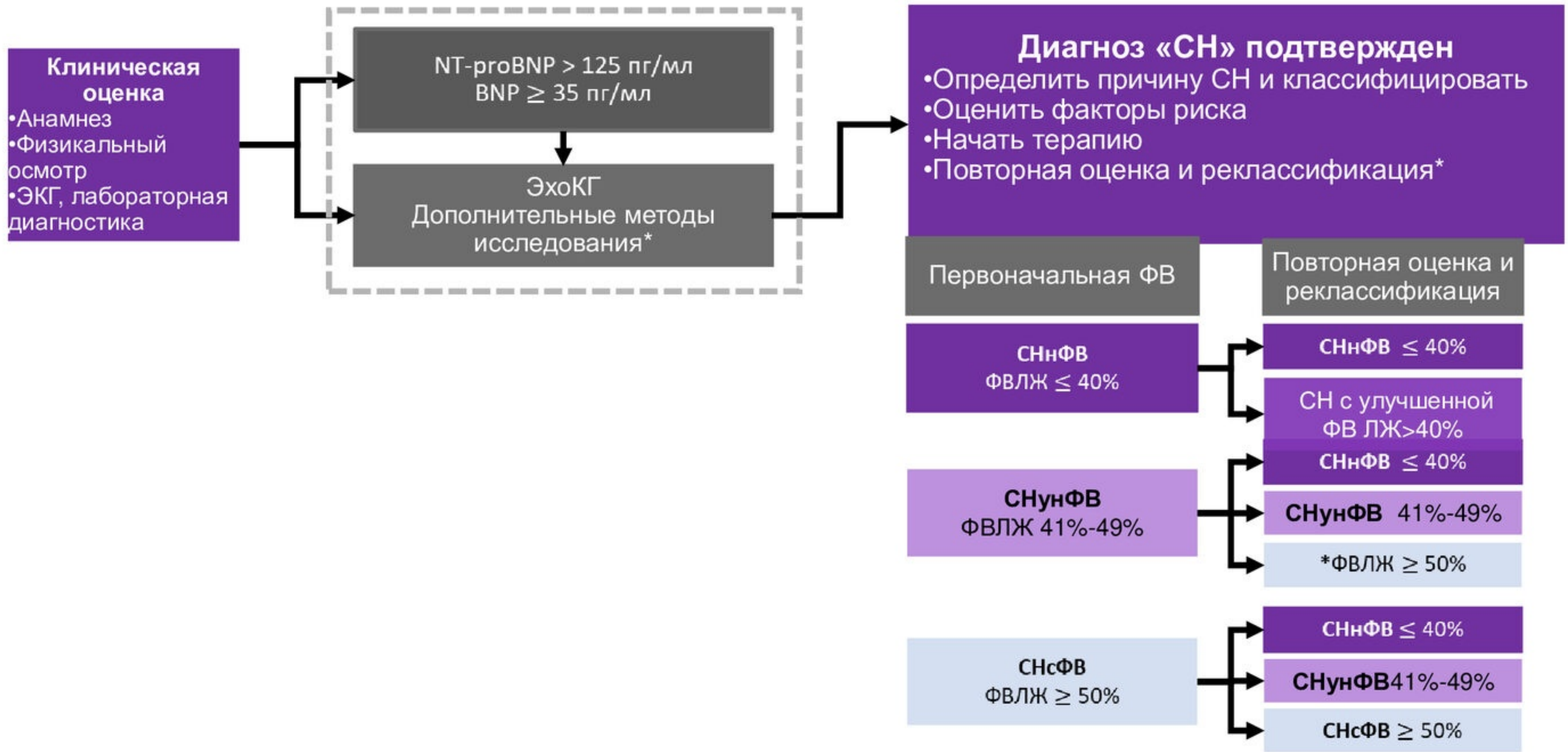


Доказательства наличия систолической и/или диастолической дисфункции;



Определение натрийуретических пептидов (для исключения диагноза ХСН).

АНА-2022: изменения в подходах к диагностике СН



*при необходимости

Определение и диагностика СНсФВ представляют собой сложную задачу



Отсутствует единый универсальный маркер



Высокая частота коморбидных заболеваний могут «маскировать» СНсФВ или быть коморбидными при СНсФВ



Уровень BNP может быть ниже обычного диагностического порога



Сложные и ограниченные прогностические возможности без единого протокола ЭхоКГ для ДД



Недостаточное использование нагрузочных диагностических тестов

ESC 2021: медикаментозная терапия для всех пациентов с СНнФВ

Для снижения смертности – всем пациентам

иАПФ/АРНИ

ББ

аМКР

иНГЛТ-2

иАПФ – ингибитры ангиотензинпревращающего фермента, АРНИ – ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибиторы, ББ – бета-блокаторы, аМКР – антагонисты минералкортикоидных рецепторов, иНГЛТ-2 – ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа.

Цветовой код для классов рекомендаций: зеленый для Класса рекомендации I; желтый для Класса рекомендации IIa

Theresa A McDonagh, et al., 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC, *European Heart Journal*, 2021;, ehab368, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>, дата доступа 31.08.2021

Одновременное начало терапии СННФВ 4 классами препаратов

	АРНИ	Бета-блокаторы	АМКР	иНГЛТ2
День 1	Низкая доза	Низкая доза	Низкая доза	Стандартная доза
День 7-14	Продолжить	Титровать по переносимости	Продолжить	Продолжить
День 14-28	Титровать по переносимости	Титровать по переносимости	Титровать по переносимости	Продолжить
День 21-42	Титровать по переносимости	Титровать по переносимости	Продолжить	Продолжить

Ключевые обновления клинических рекомендаций ESC-2023 : Дапаглифлозин* – класс IA для терапии пациентов с СНунФВ

Терапия пациентов с СНунФВ

Диуретики при
задержке
жидкости
(Класс I)

Дапаглифлозин/
Эмпаглифлозин
(Класс I)

Рекомендации	Класс ^a	Уровень ^b
Класс иНГЛТ-2 (дапаглифлозин или эмпаглифлозин) рекомендован пациентам с СНунФВ для снижения риска госпитализации по причине СН и СС смерти ^c	I	A

^aКласс рекомендаций; ^bУровень доказанности; ^cДанная рекомендация основана на снижении риска событий первичной комбинированной конечной точки в исследованиях DELIVER и EMPEROR-Preserved, а также метаанализе вышеуказанных представителей класса. Следует отметить, наибольший вклад в снижение риска событий первичной конечной точки внес показатель госпитализаций по поводу СН; снижения риска смертности от сердечно-сосудистых заболеваний без статистической значимости. *как представитель класса иНГЛТ-2

иАПФ - ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; БРА – блокаторы рецепторов ангиотензина II; АРНИ - ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибитор; СС – сердечно-сосудистый; СН – сердечная недостаточность; СНунФВ – СН с умеренно сниженной ФВЛЖ; ФВЛЖ – фракция выброса левого желудочка; АМКР - антагонисты минералокортикоидных рецепторов; иНГЛТ-2 – ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа.

Терапия пациентов с ХСНунФВ

3413 • У пациентов с ХСНунФВ рекомендуется рассмотреть возможность приема
3414 дапаглифлозина**/ эмпаглифлозина** с целью снижения риска госпитализации из-за
3415 ХСН и смерти.

3416 **ЕОК IA (УУР А, УДД 2)**

3383 • У пациентов с ХСНунФВ рекомендуется рассмотреть возможность приема
3384 валсартан+сакубитрила** с целью снижения риска госпитализации из-за ХСН и
3385 смерти.

3386 **ЕОК IIaB (УУР В, УДД 2)**

3400 • У пациентов с ХСНунФВ рекомендуется рассмотреть возможность приема иАПФ/
3401 АРА, бета-адреноблокаторов, разрешенных при ХСНнФВ, и альдостерона
3402 антагонистов, с целью снижения риска госпитализации из-за ХСН и смерти.

3403 **ЕОК IIbC (УУР В, УДД 5)**



**ПРОЕКТ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Примите участие в обсуждении!

Проект рекомендаций по хронической сердечной недостаточности

Коллеги, просим вас ознакомиться с проектом рекомендаций "Хроническая сердечная недостаточность"

А также принять участие в обсуждении проекта, которое продлится до 02.09.2023 включительно

Критерии постановки диагноза СНсФВ

Тип СН	СНнФВ	СНумсФВ	СНсФВ
Критерии	1	Симптомы± признаки ^а	Симптомы± признаки ^а
	2	ФВ ЛЖ ≤ 40%	ФВ ЛЖ 41 – 49% ^б
	3	-	-
			Структурные и/или функциональные нарушений сердца, соответствующих диастолической дисфункции* ЛЖ и повышение натрийуретических пептидов^в .

***Диастолическая дисфункция определена, если 2 и более показателя выше нормы:**

Индекс наполнения левого желудочка – тесно коррелирует с давлением наполнения левого желудочка. **E/e > 10;**

Индексированный объем левого предсердия **> 34 мл/м²;**

Пиковая скорость трикуспидальной регургитации (ТР) **> 2,8 м/с.**

ХСН-хроническая сердечная недостаточность, ФВЛЖ-фракция выброса левого желудочка

СНумсФВ-сердечная недостаточность с умеренно сниженной фракцией выброса

СНнФВ-сердечная недостаточность с низкой фракцией выброса

СНсФВ-сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса

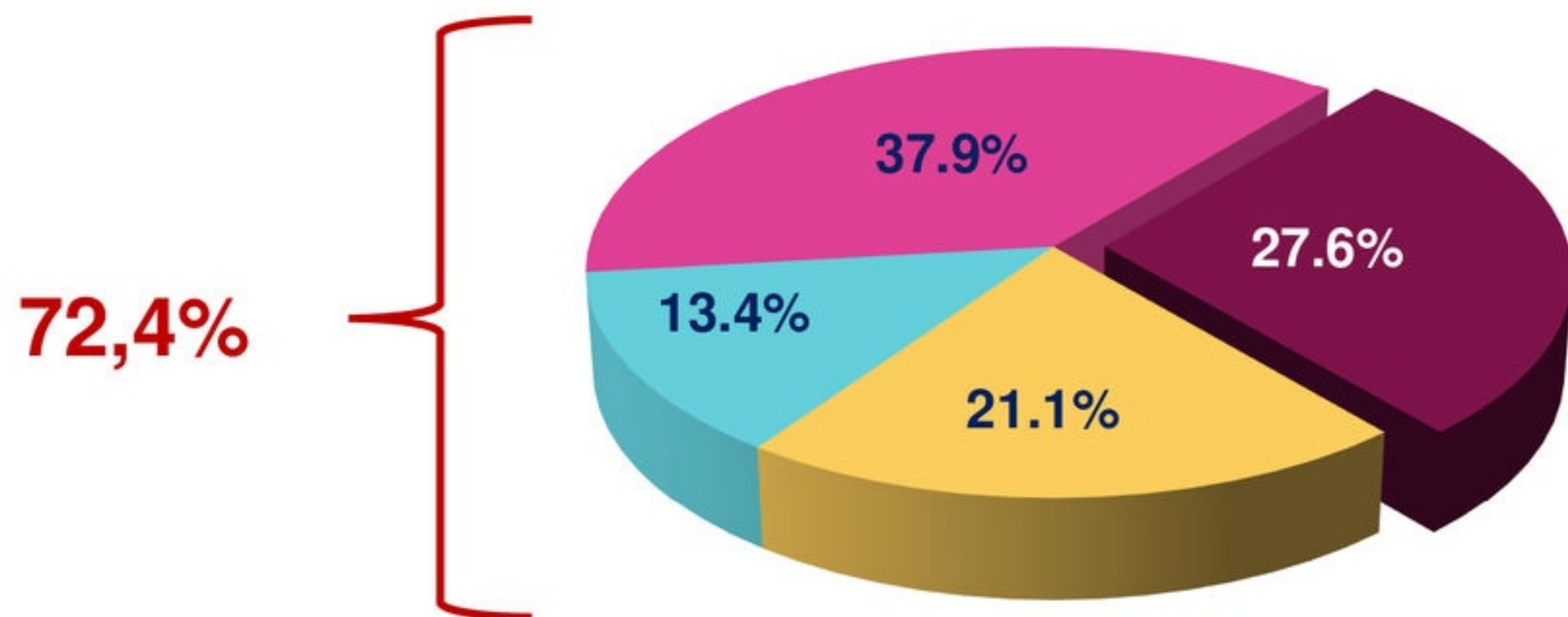
McDonagh T.A.. et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021; 00: 1-128

Анонимный опрос читателей Telegram-канала ОССН 17 июня 2022

Дорогие коллеги! Используете ли Вы в вашей реальной практике доплер ЭхоКГ с расчетом показателя E/e' для диагностики сердечной недостаточности с сохраненной ФВлж?

- **52%** - Да. Использую.
- **14%** - Нет. Нет доступного прибора Эхо-КГ с тканевым доплером.
- **4%** - Нет. Прибор есть, но не знаком с современным алгоритмом диагностики СНсФВ с привлечением E/e' .
- **6%** - Нет. Прибор есть, но это сложно (предпочитаю простые показатели (иММЛЖ или E/A)).
- **14%** - Нет. А что такое E/e' ?

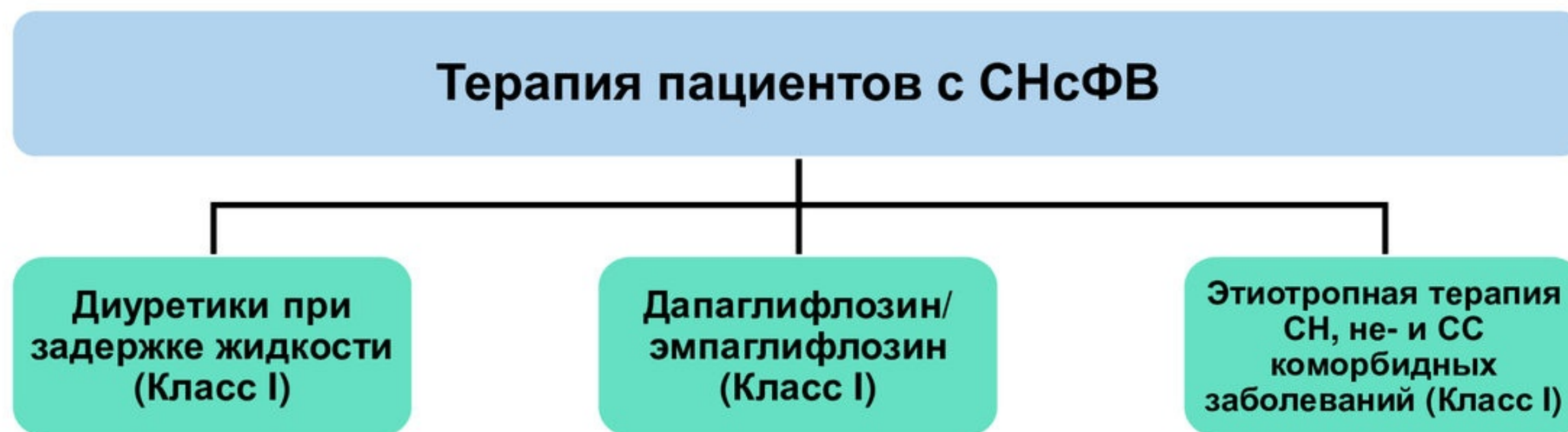
Существуют ли сложности в Вашей клинической практике с определением NTproBNP?



- Определяют всем пациентам при наличии показаний
- Определяют только в сложных диагностических случаях
- Определяют в единичных случаях, т.к. ограничено количество квот на исследование
- Возможность определения NTproBNP отсутствует

В 72,4% случаев при диагностике ХСН в реальной клинической практике определение NTproBNP не доступно или ограничено доступно

Ключевые обновления клинических рекомендаций ESC-2023 : Дапаглифлозин* – класс IA для терапии пациентов с СНсФВ



Рекомендации	Класс ^a	Уровень ^b
Класс ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (дапаглифлозин или эмпаглифлозин) рекомендован пациентам с СНсФВ для снижения риска госпитализации по причине СН и СС смерти ^c	I	A

^aКласс рекомендаций; ^bУровень доказанности; ^cДанная рекомендация основана на снижении риска событий первичной комбинированной конечной точки в исследованиях DELIVER и EMPEROR-Preserved, а также метаанализе вышеуказанных представителей класса. Следует отметить, наибольший вклад в снижение риска событий первичной конечной точки внес показатель госпитализаций по поводу СН; снижения риска смертности от сердечно-сосудистых заболеваний без статистической значимости. *как представитель класса ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа

СС – сердечно-сосудистый; СН – сердечная недостаточность; СНсФВ – СН с сохранной ФВЛЖ; ФВЛЖ – фракция выброса левого желудочка; ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа.

3447 • У пациентов с ХСНсФВ рекомендуется рассмотреть возможность приема
3448 дапаглифлозина**/ эмпаглифлозина** с целью снижения риска госпитализации из-за
3449 ХСН и смерти.

3450 **ЕОК Ia (УУР А, УДД 2)**

3455 • У пациентов с ХСНсФВ рекомендуется рассмотреть возможность приема
3456 валсартан+сакубитрила** с целью снижения риска госпитализации из-за ХСН и
3457 смерти.

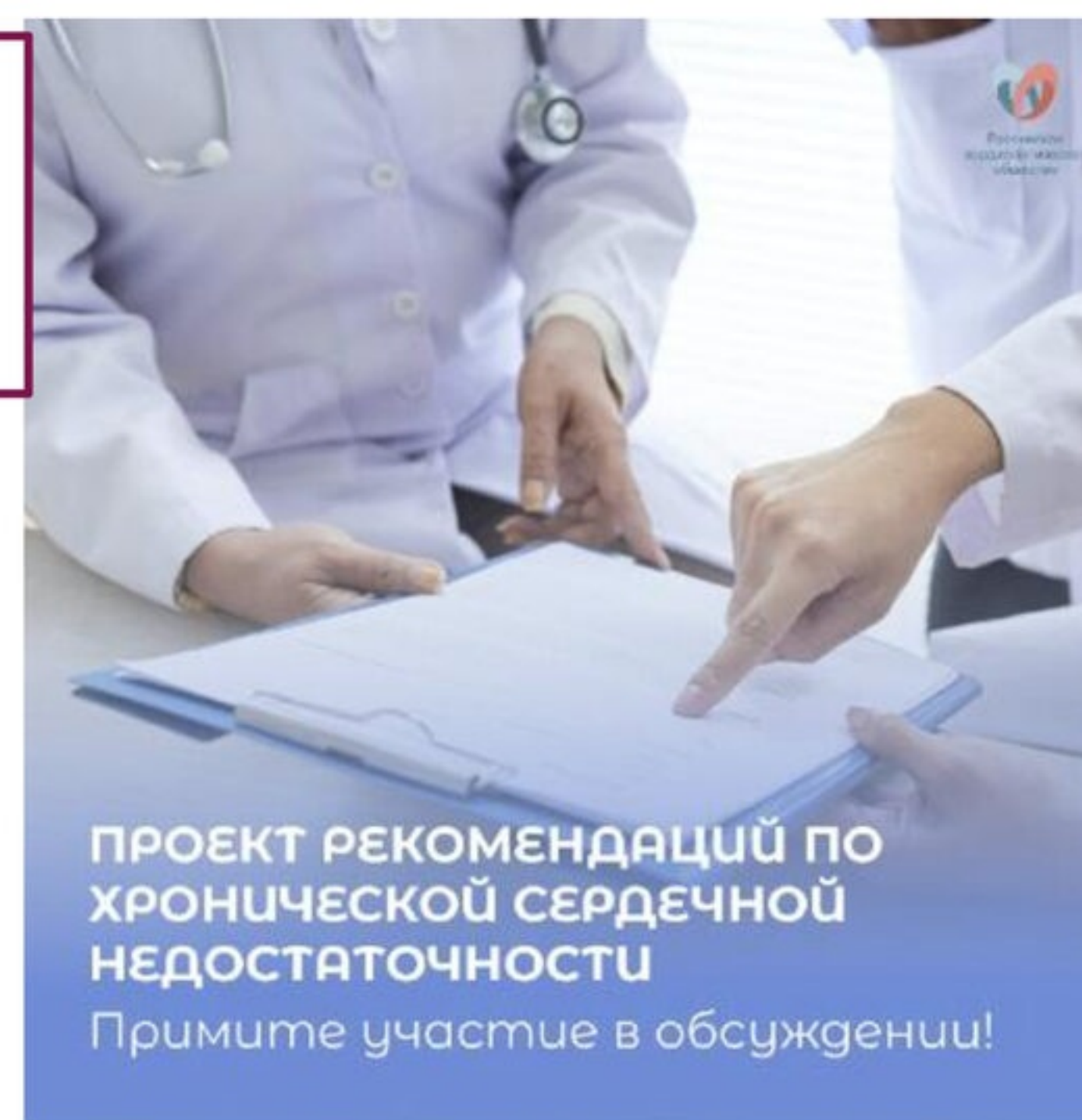
3458 **ЕОК IIaB (УУР В, УДД 2)**

3467 • У пациентов с СНсФВ и уровнем NTproBNP > 360 pg/ml следует рассмотреть вопрос
3468 о назначении альдостерона антагонистов с целью снижения риска сердечно-
3469 сосудистой смерти, госпитализаций из-за сердечной недостаточности и остановки
3470 сердца.

3471 **ЕОК IIaC (УУРВ, УДД2)**

3477 • У пациентов с СНсФВ рекомендуется назначение иАПФ/АРА, бета-
3478 адреноблокаторов, альдостерона антагонистов с целью снижения риска
3479 госпитализаций, связанных с обострением сердечной недостаточности.

3480 **ЕОК IIbB (УУР В, УДД 2).**



Проект рекомендаций по хронической сердечной недостаточности

Коллеги, просим вас ознакомиться с проектом рекомендаций "Хроническая сердечная недостаточность"

А также принять участие в обсуждении проекта, которое продлится до 02.09.2023 включительно

Применение современной терапии ХСН помогает решить основные задачи лечения этих пациентов



Снижение количества госпитализаций



Улучшение прогноза



Устранение симптомов ХСН (одышка, отеки и т.п.)



Улучшение качества жизни

- Клинические рекомендации МЗ РФ Хроническая сердечная недостаточность Год утверждения (частота пересмотра):2020 ID:KP156/1 URL
- Рубрификатор клинических рекомендаций МЗ РФ. Электронный ресурс: <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/134> Дата доступа 21.01.2022

СД, ХБП и ХСН тесно взаимосвязаны, что приводит к «порочному кругу» – повреждение одного органа вызывает дисфункцию другого



ХСН и ХБП
«порочный круг»:
Повреждение одного
органа /дисфункция
другого²



24% пациентов
с СД имеют ХСН
как первое
осложнение⁴



ХБП 2017

Распространённость
в мире¹ ~698М

ХСН 2017

Распространённость
в мире¹ ~64М

СД 2017

Распространённость
в мире¹ ~476М

СД у 58% пациентов приведет к ХБП³

Хронические заболевания провоцируют развитие друг друга, при их сочетании прогноз ухудшается многократно¹⁻⁵

ХСН

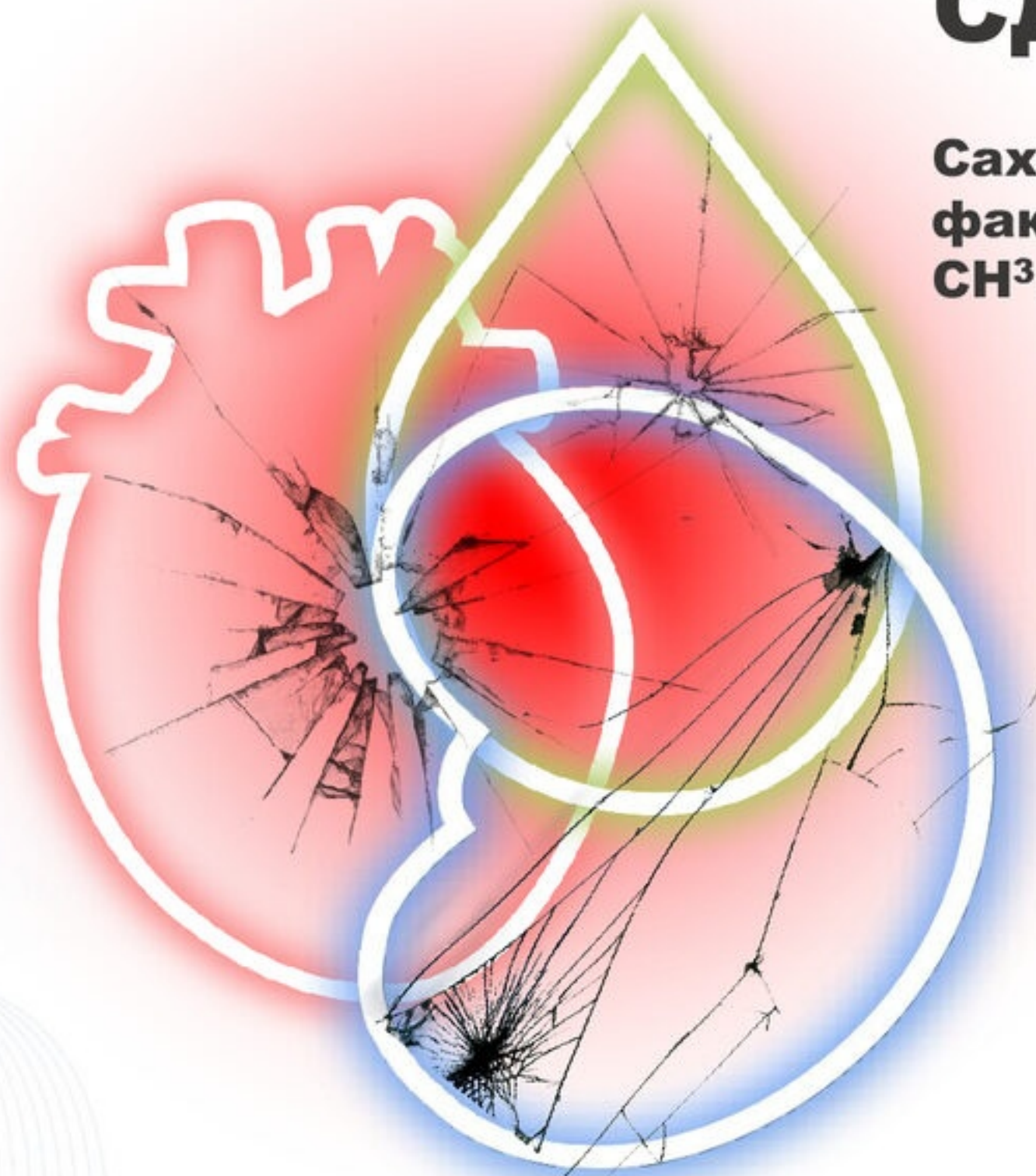
ХСН – 1я причина смерти пациентов с СД 2 типа¹

СД 2го типа

Сахарный диабет – независимый фактор риска развития ХБП и СН^{3,4}

ХБП

2 из 5 пациентов с СД 2го типа имеют ХБП²



ХБП – хроническая болезнь почек, СН – сердечная недостаточность, ХСН – хроническая сердечная недостаточность, СД – сахарный диабет

1. George LK, et al. Circ Heart Fail 2017; 10:e003825

2. Anders HJ, et al. Nat Rev Nephrol 2018;14:361-377

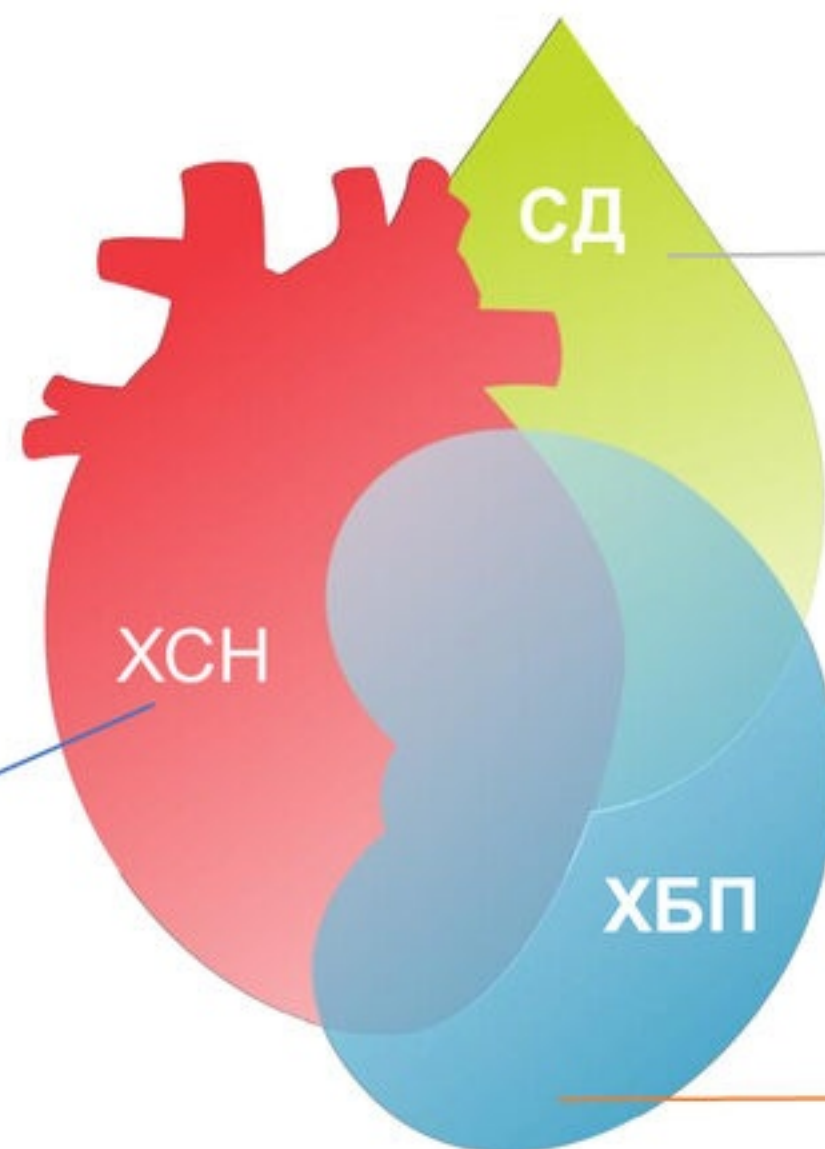
3. Nicholls GA, et al. Diabetes Care. 2001 ;24: 1614-1619

4. Andrew A. House et al. Heart failure in chronic kidney disease: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference/ Kidney International (2019) 95, 1304-1317; <https://doi.org/10.1016/j.kint.2019.02.022>

5. Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио-нефропротекции. Российский кардиологический журнал N08 (112) 7-37 / 2014.

ОБНОВЛЕННАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ФОРСИГА

Симптоматическая хроническая сердечная недостаточность у взрослых пациентов



Сахарный диабет 2 типа у взрослых пациентов с установленным диагнозом сердечно-сосудистого заболевания или двумя и более факторами сердечно-сосудистого риска **для снижения риска госпитализации по поводу сердечной недостаточности**: возраст м- старше 55л, ж-старше 60 л, АГ, дислипидемия, курение

Хроническая болезнь почек у взрослых пациентов с риском ее прогрессирования **для уменьшения риска устойчивого снижения рСКФ, наступления терминальной стадии хронической почечной недостаточности, смерти от сердечно-сосудистого заболевания и госпитализации по поводу сердечной недостаточности.**

NEW!

Показан пациентам с ХСН ,с ХБП с СД 2 типа и без него.

Противопоказание: СКФ < 25 мл/мин/1,73м² (для начала терапии), ТПН, требующая проведения диализа.

Рекомендации по рутинному скринингу функции почек у пациентов с кардио-рено-метаболическими заболеваниями¹⁻⁴

Оценка функции почек должна проводиться у всех пациентов в группе высокого риска



ССЗ



АГ



СД

У пациентов в группе высокого риска необходимо определить рСКФ и А/Кр¹



рСКФ
<60 мл/мин/1.73 м²



Альбуминурия
А/Кр ≥30 мг/г



Диагноз ХБП подтвержден при наличии 1 из вышеуказанных маркеров в течение ≥ 3 месяцев¹

Основная формула для расчёта рСКФ – СКD-EPI

Клинические рекомендации по ХБП: «С целью первичной диагностики или мониторинга ХБП, а также оценки прогноза в клинической практике всем взрослым пациентам мы рекомендуем применять расчетные значения СКФ по формуле СКD-EPI, полученные на основании концентрации креатинина в сыворотке крови, пола, возраста и расы пациента в специальных калькуляторах»

Креатинин сыворотки = 112 мкмоль/л

Мужчина
35 лет
Европеец
Рост/вес = 175/80 (для Кокрофта-Голта)

Женщина
56 лет
Европейка
Рост/вес = 165/90 (для Кокрофта-Голта)

76 мл/мин

69 мл/мин

92 мл/мин

СКD-EPI

MDRD

Кокрофт-Голт

50 мл/мин

46 мл/мин

71 мл/мин

Избранные клинические рекомендации по назначению иНГЛТ-2 у пациентов с кардио-рено-метаболическими заболеваниями

ХСН



Обновление рекомендаций ESC-2023: диагностика и терапия острой и хронической СН



Рекомендации 2022 AHA/ACC/HFSA по терапии СН



Консенсус экспертов ACC-2023: терапия СНсФВ



Консенсус 2022 ADA СН – недооцененное осложнение СД

ХБП или диабетическая нефропатия



Рекомендации KDIGO-2023 по диагностике и терапии ХБП



Консенсус ERA -2023 по назначению иНГЛТ-2 для кардио-ренопротекции



Рекомендации 2022 KDIGO по терапии СД у пациентов с ХБП



Консенсус 2022 ADA-KDIGO по терапии СД у пациентов с ХБП



Консенсус 2021 KDIGO по ранней диагностике и терапии ХБП

СД2



2023 ADA стандарты терапии СД



Консенсус 2022 ADA-EASD по управлению гипергликемией у пациентов с СД2

Артериальная гипертензия



Рекомендации ESH-2023 по терапии АГ



Международные



США



Европа

Льготное лекарственное обеспечение



1. Приказ Минздрава России от 09.01.2020 N 1н "Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения для обеспечения в течение одного года 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 сердечно-сосудистых заболеваний". [Электронный ресурс], URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202001270027>

2. Приказ Минздрава России от 24.09.2021 N 936н «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 сердечно-сосудистых заболеваний». [Электронный ресурс], URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202110150031>

3. Приказ Минздрава России от 29.09.2022 N 639н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения в целях обеспечения в амбулаторных условиях 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, в течение 2 лет с даты постановки диагноза и (или) выполнения хирургического вмешательства». [Электронный ресурс], URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202210270019>

4. Приказ Минздрава России от 06.02.2024 г. № 37н "Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения для обеспечения в амбулаторных условиях лиц, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью с подтвержденным эхокардиографией в течение предшествующих 12 месяцев значением фракции выброса левого желудочка ≤ 40%, а также которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечнососудистых заболеваний".

Категории пациентов имеющие право на обеспечение лекарственными препаратами 31 МНН

Не «федеральный льготник»

ОНМК

Инфаркт
миокарда

АКШ

Стентирование
коронарных
артерий

Катетерная
абляция

2 года с момента
постановки диагноза

Находится под диспансерным наблюдением

ИБС+ФП+ХСНнФВ (40% и ниже)

На весь период действия программы

Нет ограничений в количестве препаратов при составлении заявки

Электронный рецепт - управление

Запрос в МИАЦ

Описание | Список врачей ДЛО | Список врачей не ДЛО | Список филиалов | **Заявка** | Заявка филиалов | Аналитика | Сообщения | Обновление полисов пациентов | Поиск по регистрам | Поиск рецептов пациента | Заказанные отчеты

Перечень лекарственных средств на 4 месяц 2024 года

Операции | Год: 2024 | 1 квартал | 2 квартал | 3 квартал | 4 квартал | Добавить препарат | Расход квоты: 1983266,10руб., 0,00% | Регион | Федерация | 870 | 1483Н

Код препарата	Препарат	Утверждено в заявке	Израсходовано	Остаток	Аптека остаток	Аптека цена	Действия
101369	Амиодарон (Амиодарон) 0,2 №30	Уп. 300 Доз. 9000	Уп. 36 Доз. 1080	Уп. 264 Доз. 7920			
2000840	Амлодипин (Амлодипин) 0,005 №30	Уп. 1100 Доз. 33000	Уп. 152 Доз. 4560	Уп. 948 Доз. 28440			
2000841	Амлодипин (Амлодипин) 0,01 №30	Уп. 1100 Доз. 33000	Уп. 207 Доз. 6210	Уп. 893 Доз. 26790			
2003780	Аликсабан (Эликвис) 0,005 №60	Уп. 400 Доз. 24000	Уп. 39 Доз. 2340	Уп. 361 Доз. 21660			
2002035	Аторвастатин (Аторвастатин) 0,04 №30	Уп. 9000 Доз. 270000	Уп. 106 Доз. 3180	Уп. 8894 Доз. 266820			
2000830	Аторвастатин (Аторвастатин) 0,02 №30	Уп. 250 Доз. 7500	Уп. 9 Доз. 270	Уп. 241 Доз. 7230			
2003749	Аторвастатин (Аторвастатин) 0,08 №30	Уп. 3500 Доз. 105000	Уп. 713 Доз. 21390	Уп. 2787 Доз. 83610			
1402483	Ацетилсалициловая кислота (Аспикор) 0,1 №30	Уп. 5000 Доз. 150000	Уп. 723 Доз. 21690	Уп. 4277 Доз. 128310			
2000099	Бисопролол (Бипрол) 0,005 №30	Уп. 2500 Доз. 75000	Уп. 86 Доз. 2580	Уп. 2414 Доз. 72420			
2000098	Бисопролол (Бипрол) 0,01 №30	Уп. 1000 Доз. 30000	Уп. 341 Доз. 10230	Уп. 659 Доз. 19770			
2005350	Валсартан+Сакубитрил (Юперно) 0,05(0,0257+0,0243) №56	Уп. 350 Доз. 19600	Уп. 34 Доз. 1904	Уп. 316 Доз. 17696			
2005175	Валсартан+Сакубитрил (Юперно) 0,1(0,0514+0,0486) №56	Уп. 350 Доз. 19600	Уп. 72 Доз. 4032	Уп. 278 Доз. 15568			
2001413	Варфарин (Варфарин) 0,0025 №100	Уп. 250 Доз. 25000	Уп. 0 Доз. 0	Уп. 250 Доз. 25000			
2002198	Дабигатрана этексилат (Прадакса) 0,11 №60	Уп. 200 Доз. 12000	Уп. 0 Доз. 0	Уп. 200 Доз. 12000			
2003781	Дабигатрана этексилат (Прадакса) 0,15 №60	Уп. 100 Доз. 6000	Уп. 0 Доз. 0	Уп. 100 Доз. 6000			
2003764	Далаглифлозин (Форсига) 0,01 №30	Уп. 1000 Доз. 30000	Уп. 172 Доз. 5160	Уп. 828 Доз. 24840			
2000158	Дигоксин (Дигоксин) 0,00025 №30	Уп. 250 Доз. 7500	Уп. 5 Доз. 150	Уп. 245 Доз. 7350			
2000623	Ивабрадин (Кораксан) 0,0075 №56	Уп. 60 Доз. 3360	Уп. 16 Доз. 896	Уп. 44 Доз. 2464			
2001766	Ивабрадин (Кораксан) 0,005 №56	Уп. 100 Доз. 5600	Уп. 18 Доз. 1008	Уп. 82 Доз. 4592			
2000187	Изоорбида мононитрат (Изоорбида мононитрат) 0,04 №30	Уп. 100 Доз. 3000	Уп. 0 Доз. 0	Уп. 100 Доз. 3000			
2000703	Индаламид (Индаламид) 0,0025 №30	Уп. 800 Доз. 24000	Уп. 92 Доз. 2760	Уп. 708 Доз. 21240			
2001416	Клопидогрел (Плагрил) 0,075 №30	Уп. 1000 Доз. 30000	Уп. 121 Доз. 3630	Уп. 879 Доз. 26370			
1404008	Лаллаконитина гидробромид (Аллапинин) 0,025 №30	Уп. 120 Доз. 3600	Уп. 12 Доз. 360	Уп. 108 Доз. 3240			
1401082	Лозартан (Лозартан) 0,05 №30	Уп. 900 Доз. 27000	Уп. 274 Доз. 8220	Уп. 626 Доз. 18780			
2002586	Лозартан (Лозартан) 0,1 №30	Уп. 1200 Доз. 36000	Уп. 64 Доз. 1920	Уп. 1136 Доз. 34080			
2000290	Метопролол (Беталок Зок) 0,05 №30	Уп. 3 Доз. 90	Уп. 3 Доз. 90	Уп. 0 Доз. 0			
2001314	Метопролол (Метопролол) 0,05 №60	Уп. 250 Доз. 15000	Уп. 0 Доз. 0	Уп. 250 Доз. 15000			
2003777	Моксонидин (Моксарел) 0,0004 №14	Уп. 89 Доз. 1246	Уп. 89 Доз. 1246	Уп. 0 Доз. 0			
2000837	Моксонидин (Моксарел) 0,0004 №30	Уп. 220 Доз. 6600	Уп. 6 Доз. 180	Уп. 214 Доз. 6420			

Страница 1 из 1

Отображаются записи с 1 по

Диспансерное наблюдение

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО
Регистрационный № 68288
от 21 апреля 2022
№ 1684

ПРИКАЗ

15 марта 2022 г.

Москва

Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми

В соответствии с частью 7 статьи 46 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2016, № 27, ст. 4219) п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить прилагаемый порядок проведения диспансерного наблюдения за взрослыми.
2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 марта 2019 г. № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 апреля 2019 г., регистрационный № 54513).
3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 сентября 2022 г. и действует до 1 сентября 2028 г.

Министр



М.А. Мурашко

**Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от
15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения
диспансерного наблюдения за взрослыми»
(Зарегистрирован 21.04.2022 № 68288)**

150 – Сердечная недостаточность

Врач-терапевт	Врач-кардиолог
ХСН 1-2а стадии и/или I-II ФК по NYHA и/или ФВ $\geq 40\%$	ХСН 2б-3 стадии и/или III-IV ФК по NYHA и/или ФВ $< 40\%$
без СД и/или ХБП 4 и 5 стадии	ХСН 1-2а стадии и/или I-II ФК по NYHA и/или ФВ $\geq 40\%$ в сочетании с СД и/или ХБП 4 и 5 стадии
<ul style="list-style-type: none">• Вес (ИМТ), окружность талии, статус курения, АД, ЧСС – не реже 2 раз в год• Общетерапевтический биохимический анализ крови (с расчетом СКФ), клинический анализ крови (эритроциты, гемоглобин) – не реже 1 раза в год• МНО (по показаниям)• уровень NT-proBNP – не реже 1 раза в 2 года• ЭКГ, ХМ ЭКГ, рентгенография ОГК – не реже 1 раза в год• ЭХО-КГ – не реже 2 раз в год	

ДН осуществляют:

- **врач-терапевт** (врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового лечебного участка, врач общей практики (семейный врач));
- **врачи-специалисты** (по отдельным заболеваниям или состояниям);
- врач по медицинской профилактике (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья;
фельдшер (акушер) фельдшерско-акушерского пункта, фельдшер фельдшерского здравпункта в случае возложения на них руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения

Если пациент нуждается в ДН врачом-специалистом

и такой врач-специалист отсутствует в медицинской организации, в которой пациент получает первичную медико-санитарную помощь,

врач-терапевт организует консультацию пациента

соответствующим врачом-специалистом другой медицинской организации,

в том числе с применением телемедицинских технологий, и

осуществляет ДН по согласованию и с учетом рекомендаций этого врача-специалиста.

Телемедицинские консультации в БУЗОО «ККД»

Мастер редактирования расписания | Служба : Телемедицина

ЛПУ: БУЗОО "ККД"

← Пред. 17.11.2023 → След. Обновить Создать расписание Печать Журнал квот

	ПТ 17	СБ 18	ВС 19	ПН 20	ВТ 21	СР 22	ЧТ 23	ПТ 24	СБ 25	ВС 26	ПН 27	ВТ 28	СР 29	ЧТ 30
10:00				10:00	10:00	10:00	10:00	10:00			10:00	10:00	10:00	10:00
10:20				10:20	10:20	10:20	10:20	10:20			10:20	10:20	10:20	10:20
10:40				10:40	10:40	10:40	10:40	10:40			10:40	10:40	10:40	10:40
Заполнить расписание	Заполнить расписание	Заполнить расписание	Заполнить расписание	Заполнить расписание	Заполнить расписание	Заполнить расписание	Заполнить расписание	Заполнить расписание	Заполнить расписание	Заполнить расписание	Заполнить расписание	Заполнить расписание	Заполнить расписание	Заполнить расписание
Добавить доп. бирку	Добавить доп. бирку	Добавить доп. бирку	Добавить доп. бирку	Добавить доп. бирку	Добавить доп. бирку	Добавить доп. бирку	Добавить доп. бирку	Добавить доп. бирку	Добавить доп. бирку	Добавить доп. бирку	Добавить доп. бирку	Добавить доп. бирку	Добавить доп. бирку	Добавить доп. бирку
Примечание	Примечание	Примечание	Примечание	Примечание	Примечание	Примечание	Примечание	Примечание	Примечание	Примечание	Примечание	Примечание	Примечание	Примечание
Список записанных	Список записанных	Список записанных	Список записанных	Список записанных	Список записанных	Список записанных	Список записанных	Список записанных	Список записанных	Список записанных	Список записанных	Список записанных	Список записанных	Список записанных
Очистить день	Очистить день	Очистить день	Очистить день	Очистить день	Очистить день	Очистить день	Очистить день	Очистить день	Очистить день	Очистить день	Очистить день	Очистить день	Очистить день	Очистить день

Показывать: Открытые Фильтр 0 / 0

Услуга

Активация Windows
Чтобы активировать Windows, перейдите в раздел "Параметры".

Помощь Закрывать

Диспансерное наблюдение в БУЗОО «ККД»

APM врача поликлиники (ExtJS 6) / БУЗОО "ККД" / Кардиологические / Врач-кардиолог

ПОДОЛЬНАЯ СВЕТЛАНА

ЖУРНАЛ

Группа ▾ Период ▾ Фильтр ▾ Быстрый поиск 🔍 ↻

Сигнальная информация

5.04.24 I25.1 Атеросклеротическая болезнь сердца БУЗОО "ККД"

13.03.24 J44.8 Другая уточненная хроническая обструкти... БУЗОО "ГКБ № 1 им. Кабанова А.Н."

30.01.24 I25.1 Атеросклеротическая болезнь сердца БУЗОО "ГП № 11"

28.12.23 J06.9 Острая инфекция верхних дыхательных путе... БУЗОО "ГП № 11"

28.12.23 I25.1 Атеросклеротическая болезнь сердца БУЗОО "ККД"

4.12.23 I26.9 Легочная эмболия без упоминания об остром ... БУЗОО "ККД"

17.11.23

Сигнальная информация

ГРУППА КРОВИ И РЕЗУС ФАКТОР

СУММАРНЫЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

ДИСПАНСЕРНЫЙ УЧЁТ 1

Дата	МО	Диагноз	ЭЦП
23.08.2023	БУЗОО "ККД"	I20.8 Другие формы стенокардии	

СПИСОК УТОЧНЕННЫХ ДИАГНОЗОВ 8

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ Рост: 161.0 см Вес: 66 кг ИМТ: 25.46 ППТ: 1.72 м²

ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ

ОКРУЖНОСТЬ ГРУДИ

СПОСОБ ВСКАРМЛИВАНИЯ

СВИДЕТЕЛЬСТВА

ИССЛЕДОВАНИЯ ВНЕШНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ МОНИТОРИНГ РЕЦЕПТЫ

Из личного архива лектора зам.гл.врача ККД Подольная С.П. поликлиника ККД, 2024 год

Благодарю за внимание!

Подольная Светлана Павловна

к.м.н., заместитель главного врача по поликлинической работе БУЗОО
«Клинический кардиологический диспансер»