«Возможности современного льготного обеспечения ПОАК: какова реальность? Помогает ли льгота повысить приверженность пациента?»

Сергей Александрович Устюгов

КГБУЗ Краевая клиническая больница Зав.отделением Кз

Главный внештатный кардиолог МЗ КК

кмн доцент

Некоторые факты о сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ)

По данным ВОЗ[1]– каждый год от ССЗ умирает 17,5 млн чел

80 % преждевременных инфарктов и инсультов может быть предотвращено

Более 75% случаев смерти от ССЗ происходят в странах с низким и средним уровнем дохода

В 2030 г по прогнозу от ССЗ умрет 23, 6 млн чел. Это основная причина смерти населения Земли

В России общее число больных с ССЗ превышает 5 млн чел[2]

В России 1-е место по смертности занимает смертность от ССЗ(`47%). В 2019 г умерло 841 тыс чел с ССЗ[3]

1.-https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia
2-http://mednet.ru/images/stories/files/CMT/kardioilogiya_2017.pdf
3-https://www.google.com/search?q=%D0%B3%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D1%81%D1

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

ЦЕЛЬ: повышение к 2024 г. ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 78 лет (к 2030 г. — до 80 лет)

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ПРОЕКТЫ

- Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи
- Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами
- Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями
- Методическое руководство национальными медицинскими исследовательскими центрами
- Борьба с онкологическими заболеваниями
- Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)
- Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям
- Развитие экспорта медицинских услуг

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

- Снижение смертности населения трудоспособного возраста с 473,4 в 2017 году до 350 случаев на 100 тыс. населения в 2024 году (на 26%);
- Снижение смертности от болезней системы кровообращения с 587,6 в 2017 году до 450 случаев на 100 тыс. населения в 2024 году (на 23,4%);
- Снижение смертности от новообразований, в том числе от злокачественных с 200,6 случаев в 2017 году до 185 случаев на 100 тыс. населения (на 7,8%);
- Снижение младенческой смертности с 5,6 в 2017 году до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей в 2024 году (на 19,6%)

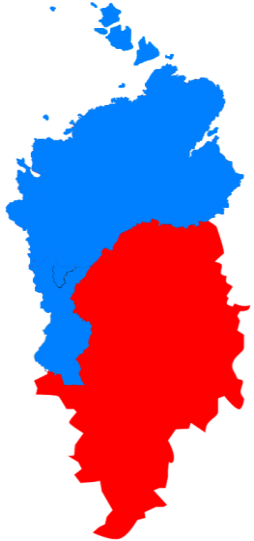
КРАСНОЯРСКИЙ КРАЙ

Красноярский край - это
10 Великобританий,
7 Германий, 5 Франций…
Население – 2 866 490 человек.
190 национальностей.
Плотность населения - 1,2 /км^2.

Территория – 2 339,7 тыс. км^2
13,6% всей РФ
Протяженность дорог: 38 625,01 км, в т. ч. сезонного назначения - 9 067,55 км

Арктические территории Красноярского края –
Население – 228 493 человека.
Плотность населения - 0,002 /км^2.
Территория – 1 095,6 тыс. км^2
46,3% всего Красноярского края

Арктические территории



Структура смертности населения Красноярского края за 7 месяцев 2020 – 7 месяцев 2019 гг.

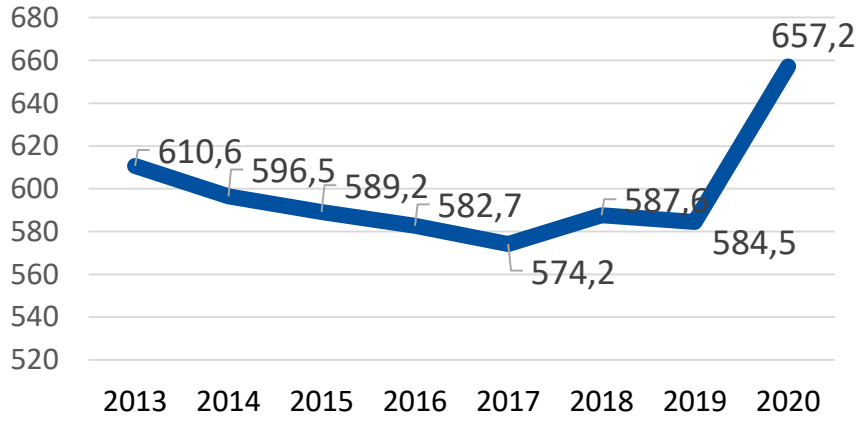
Причины смерти	январь-июль 2020 г.	январь-июль 2019 г.	прирост, снижение (абс.)	2020 г. в % к 2019 г.
Болезни системы кровообращения	9944	10424	-480	-4,6
Новообразования	3808	3876	-68	-1,8
в т.ч. злокачественные новообразования	3709	3812	-103	-2,7
Болезни органов дыхания и коронавирусная инфекция, вызванная COVID-19	1489	1230	259	21,1
в т.ч. пневмонии	752	805	-53	-6,6
Коронавирусная инфекция, вызванная COVID-19	368		368	
Болезни органов пищеварения	1592	1431	161	11,3
Внешние причины смерти	1697	1960	-263	-13,4
Туберкулез (всех форм)	154	186	-32	-17,2
Всего умерших	21142	20895	247	1,2

Структура смертности населения Красноярского края за 12 месяцев 2020 – 12 месяцев 2019 гг.

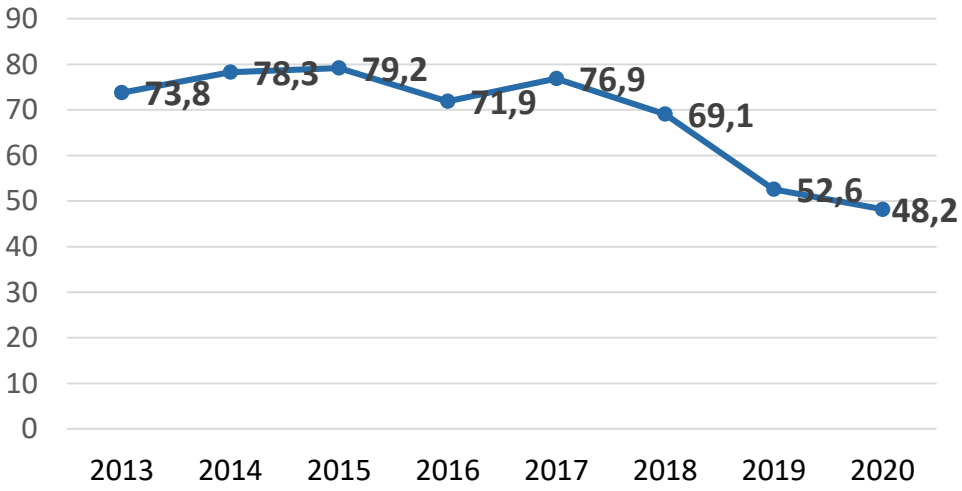
Причины смерти	2020 г.	2019 г.	прирост, снижение (абс.)	2020 г. в % к 2019 г.
Болезни системы кровообращения	18602	17531	1071	6,5%
Новообразования	6555	6472	-83	-0,9%
в т.ч. злокачественные новообразования	6372	6220	-152	-2,0%
Болезни органов дыхания и коронавирусная инфекция, вызванная COVID-19	2543	1897	646	34,5%
в т.ч. пневмонии	1944	1252	692	56%
Коронавирусная инфекция, вызванная COVID-19	2050		2050	
Болезни органов пищеварения	2775	2480	295	12,3%
Туберкулез (всех форм)	249	289	-40	-13,9
Всего умерших	39875	35276	4599	13%

Смертность населения по Красноярскому краю (2020г предварительные данные)

Болезни системы кровообращения



Инфаркт миокарда



Анализ отдаленной выживаемости

Целью исследования явилось изучение отдаленной выживаемости, структуры смертности, приверженности к терапии и переносимости физических нагрузок пациентов с ОКС, которым было проведено ЧКВ в 2015 году в КГБУЗ ККБ.

Дизайн исследования выживаемости пациентов с ОКС после ЧКВ

За 2015 год из ККБ выписано 1763 пациента с ОКС, которым проведено ЧКВ;

Удалось связаться и проанкетировать 1095 пациентов;

Оценена смертность на первом, втором и третьем годах жизни после ЧКВ в зависимости от варианта острого коронарного синдрома и возрастной группы;

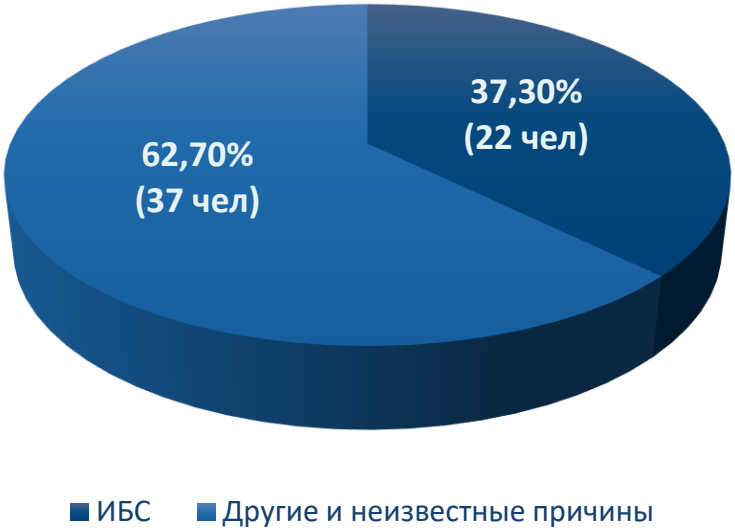
Проведена оценка принимаемой терапии на момент анкетирования;

Так же нами был разработан опросник для определения функционального класса стенокардии.

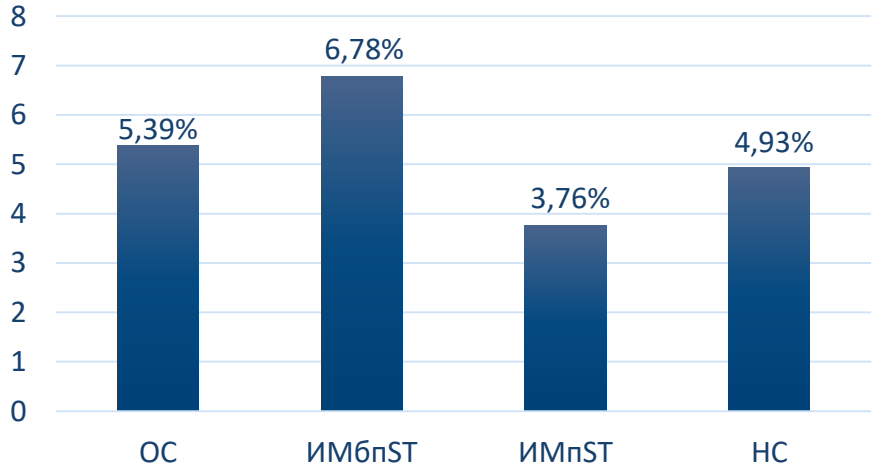
Результаты

Общая смертность за 3 года составила 5,39% (59 человек).

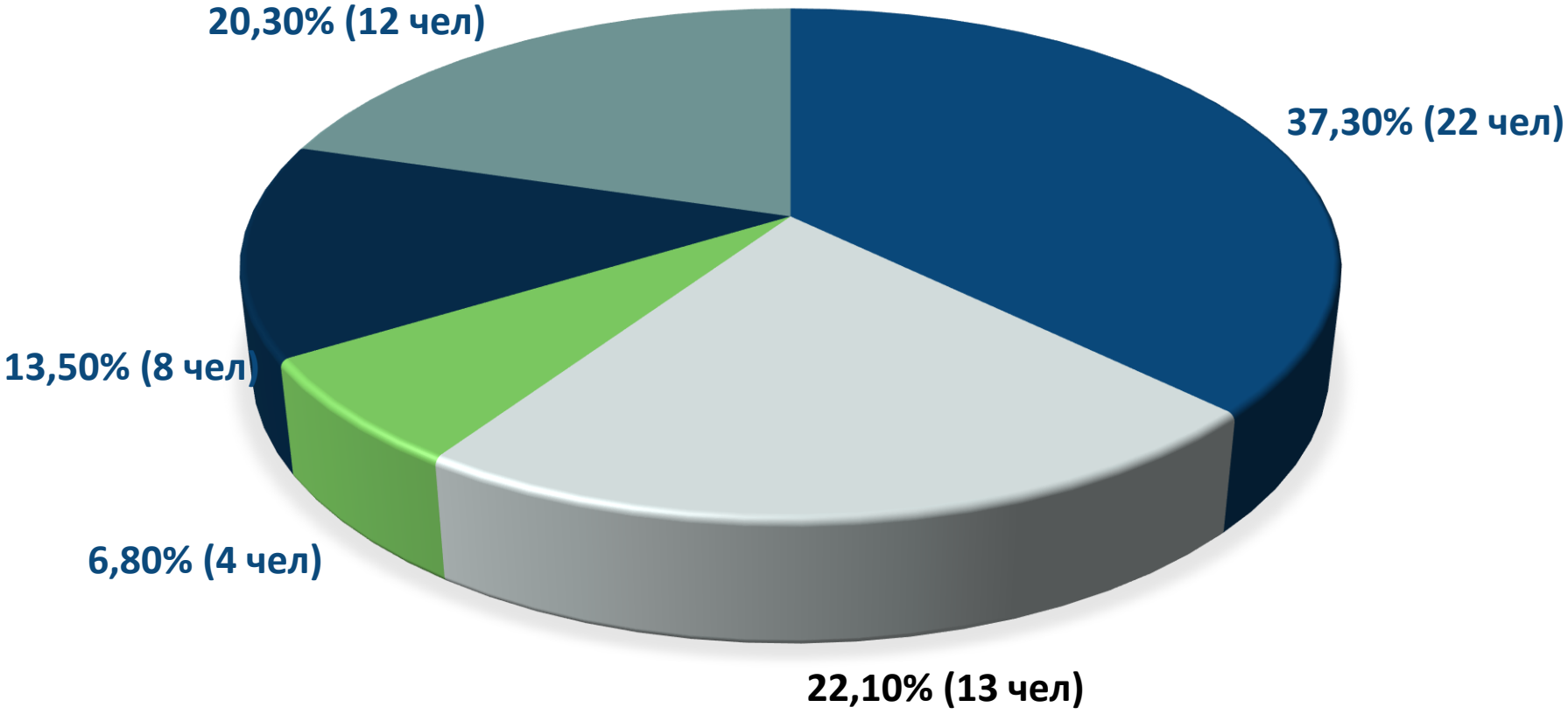
Структура смертности



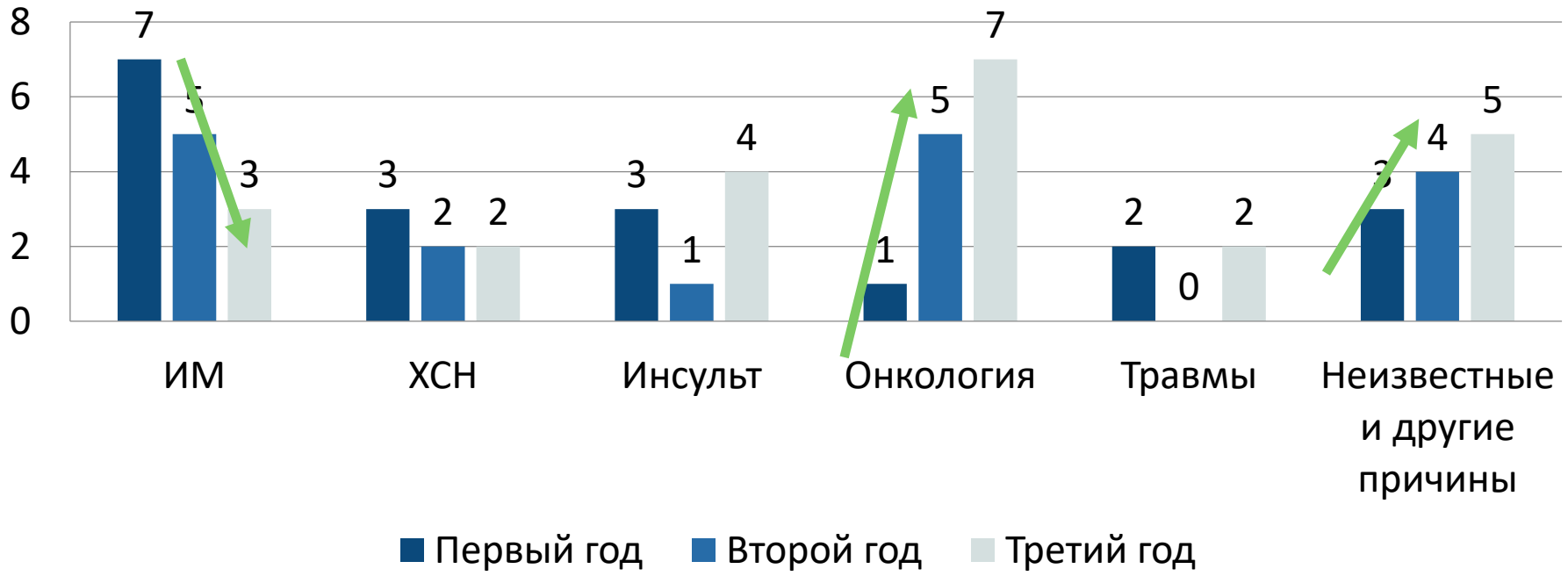
Структура смертности от варианта ОКС



СТРУКТУРА СМЕРТНОСТИ

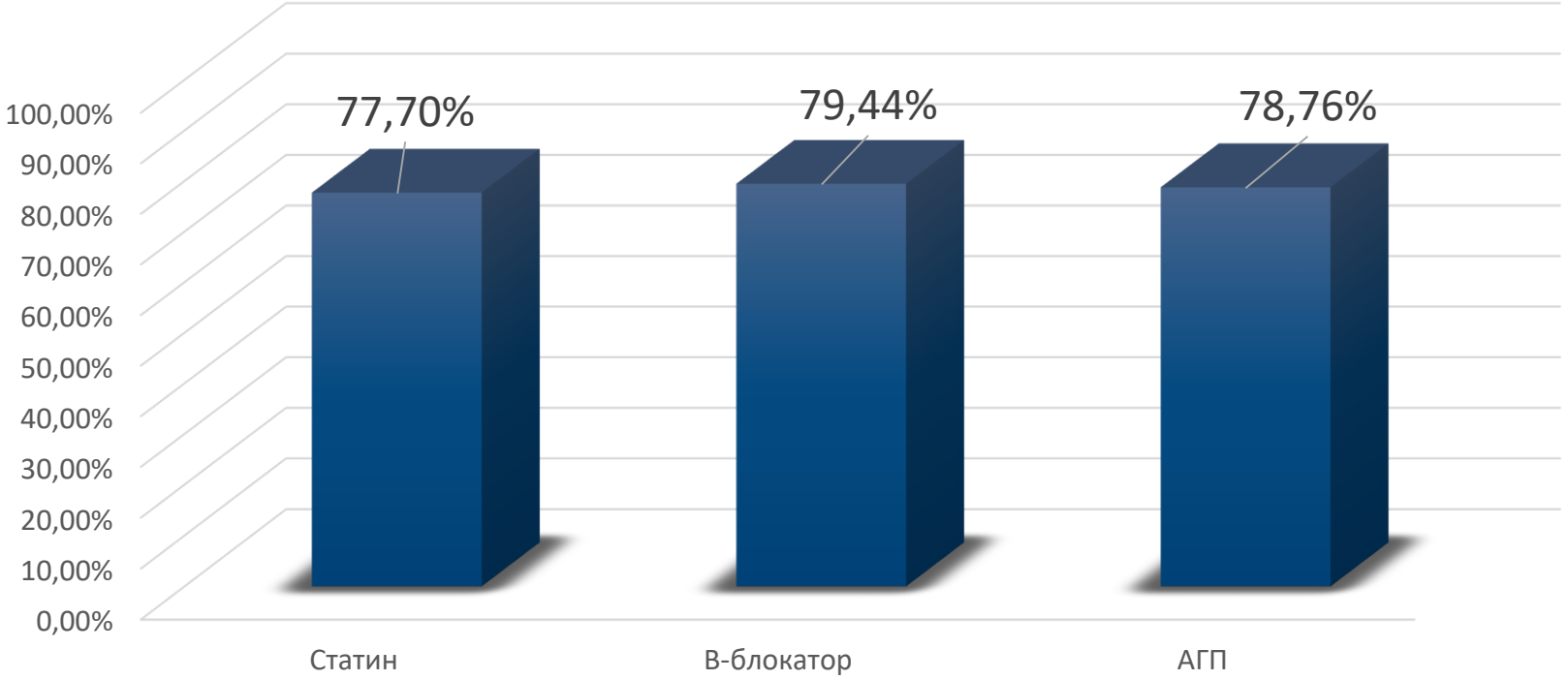


Динамика структуры смертности за трехлетний период после ЧКВ



Анализ причин смерти трудоспособного населения (N=19)

Принимаемая терапия на момент анкетирования



Отсутствие эффективного диспансерного наблюдения на каждом терапевтическом участке – не сохраненные жизни людей

Принципы диспансерного наблюдения больных

Абсолютный приоритет 2021 года

100% охват диспансерным наблюдением пациентов с Болезнями системы кровообращения (Артериальная гипертония II-III ст., ИБС, Нарушения ритма сердца, состояние после ОИМ, ОНМК, также в сочетании с Сахарным диабетом

Выполнение стандарта диспансерного наблюдения

Достижение целевых показателей
АД
Глюкозы, ХС
ЧСС
МНО
NTproBNP

Диспансеризация и профилактические

Обращения по заболеваниям

Руководителям амбулаторно-поликлинических учреждений края обеспечить:

1. ***Своевременное взятие пациентов с БСК под диспансерное наблюдение лечащим врачом***
2. ***Соблюдение стандарта диспансерного наблюдения***
3. ***Беспрепятственный доступ на диагностические исследования и консультации (в том числе специалистов в краевых учреждениях)***
4. ***Патронаж пациентов на дому***

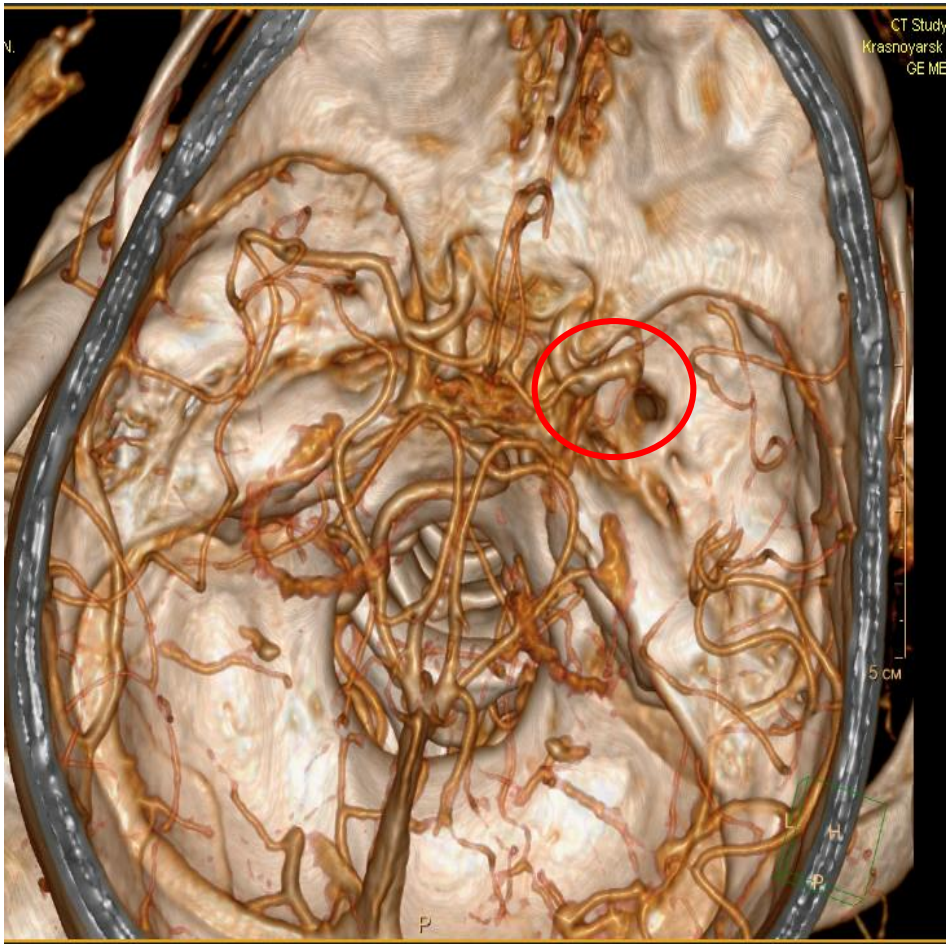
Разбор клинического случая оказания стационарной и амбулаторной помощи пациенту с ОНМК

Ноябрь 2017 г

- **Пациент К., 64 года** 21.11.2017г. доставлялся в ККБ с клиникой левостороннего гемипареза, дизартрии, в период «открытого терапевтического окна».

- При поступлении выполнено МСКТ и МСКТ-ангиографиия, выявлена окклюзия М1 сегмента правой средней мозговой артерии.

- * В ККБ впервые выявлена фибрилляция предсердий.



- Пациенту была проведена бриджинг-терапия (системный тромболизис + тромбэкстракция), при тромбэкстракции из сегмента М1 правой СМА удалены тромбомассы, достигнут кровоток TICI III.

ОККЛЮЗИЯ ПРАВОЙ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ

КРОВОТОК ВОССТАНОВЛЕН, TICI III

- На контрольной МСКТ – ишемия не сформировалась.

- Клинически так же отмечалась положительная динамика, **полный регресс неврологического дефицита.** Пациент выписан домой с баллами NIHSS 0б mRs 0.

АМБУЛАТОРНЫЙ ЭТАП

ДАТА	ВРАЧ	НАЗНАЧЕНИЕ	ПРИМЕЧАНИЕ
19.12.2017	терапевт	По поводу ФП – **ДАБИГАТРАН 150 мг-2раза**, статины, антигипертензивные, ноотропы.	**Поставлен на диспансерный учет**
20.06.2018	терапевт	По поводу ФП - Варфарин	Не указано, почему с Прадаксы перешли на Варфарин
22.06.2018	**МНО – 4,85**		**Единственный зафиксированный в амб.карте анализ МНО**
22.06.2018	кардиолог	Изменена схема приема Варфарина.	
6.07.2018	невролог	написано: Продолжать базисную терапию	
16.07.2018	терапевт	Написано: Продолжать базисную терапию	
18.09.2018	терапевт	Написано: Продолжать базисную терапию	
20.09.2018	терапевт	**К Варфарину добавляется ацетилсалициловая кислота**	**Дополнительный прием Аспирина ничем не обоснован!!!**

Со слов жены: **с зимы 2019года не принимает Варфарин (врач в поликлинике сказал, что сильно «разжижена кровь» и достаточно Аспирина)**			
04.06.2019	**СРЕДИ ВКЛЕЕННЫХ КОПИЙ РЕЦЕПТА НА ВАРФАРИН НЕТ**		
16.05.2019	Осмотр терапевта	Написано: выполнение рекомендаций 100%	
	Осмотр невролога	**Актовегин** **Ноотропил** **Рекогнан** **Церетон** **Танакан** **Пантокальцин**	крайне избыточное назначение препаратов, **при отсутствии адекватной вторичной профилактики.**

07.07.19 20:54 ОСМОТР ВРАЧОМ-НЕВРОЛОГОМ В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОНМК

Время осмотра : 07.07.2019 20:40:00
Вид осмотра : ПОВТОРНЫЙ ОСМОТР:
ЖАЛОБЫ собрать невозможно ввиду речевых нарушений
АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ : Начало заболевания: 07.07.2019 19:40:00;

на фоне благополучия внезапно ослабли правые конечности, нарушилась речь. Вызвана СМП, Доставлен в п\о ККБ.

В анамнезе Ишемический (кардиоэмболический) инсульт в бассейне правой СМА от 21.11.2017г. с левосторонней гемиплегией, гемигипестезией, грубой дизартрией. Системный в/в тромболизис от 21.11.2017г. Тромбэкстракция из правой СМА от 21.11.2017г. с восстановлением кровотока TICI III. Выписан из неврологического отделения ККБ без неврологического дефицита.

Полностью обслуживает себя самостоятельно.

За АД не следит, препараты не принимает.

По МСКТ-нативному исследованию кистозно-атрофические изменения в правой лобно-теменной области. В бассейне левой СМА по шкале ASPECTS 9 баллов, отмечается гиперденсивная левая СМА.

Время от начала развития симптоматики 60 минут.

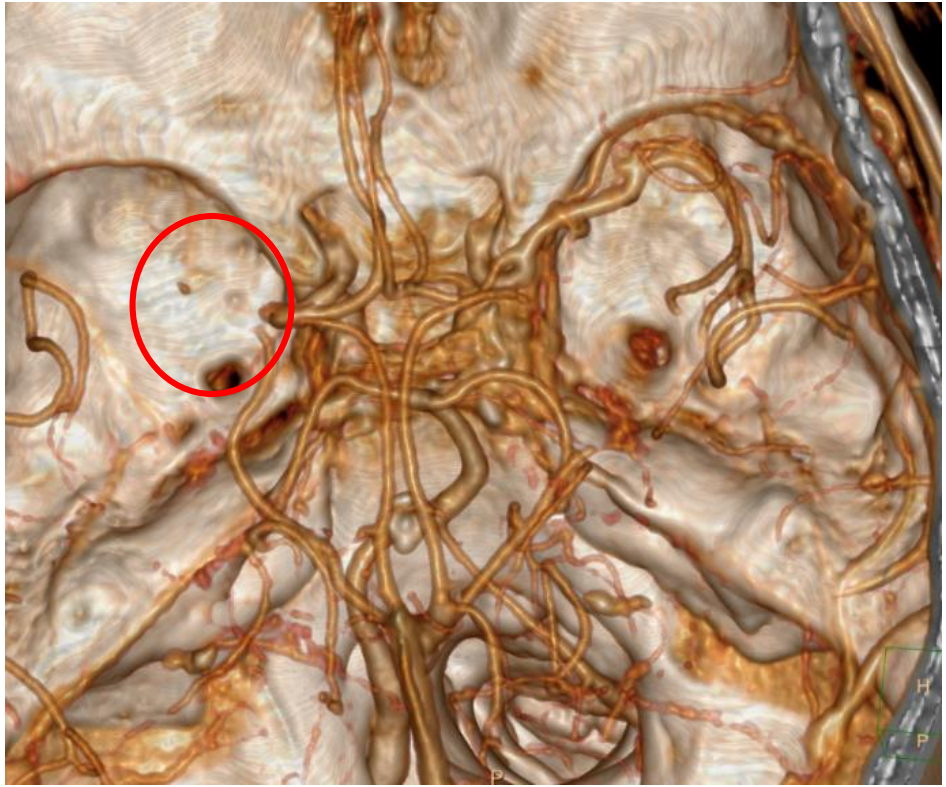
В условиях МСКТ-кабинета начато проведение системного тромболизиса, введено болюсно 5.8 мг Актилизе (расчётная доза 58 мг).

Начато проведение МСКТ-ангиографии для определения дальнейшей тактики ведения пациента.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ :
Перенесенные заболевания операции в предшествующие 10 дней: нет сахарный диабет: нет заболевания сердечно-сосудистой системы: ГБ ФП онкологические заболевания: нет инсульт: да
СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС :
Состояние : средней тяжести.
Кожные покровы : чистые, нормальной окраски.
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС
Сознание : ясное.

ИЮЛЬ 2019

- 07.07.19 бригадой СМП доставлен в ККБ в период открытого «терапевтического окна» (через 45 минут от развития симптоматики).
- An. morbi: на фоне благополучия внезапно ослабли правые конечности, нарушилась речь. Вызвана СМП, Доставлен в п\о ККБ.
- По шкале NIHSS 24 балла. По шкале Рэнкин до поступления – 0 баллов.



- По МСКТ-ангиографии выявлена окклюзия М1 сегмента левой СМА.
- Начат системный тромболизис. Пациент подан в рентгеноперационную.
- По церебральной ангиографии - окклюзия М 1 сегмента левой СМА.
- При тромбэкстракции удалены плотные тромбомассы (вероятнее кардиоэмболического генеза). Кровоток восстановлен, TICI III.

ОККЛЮЗИЯ ЛЕВОЙ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ

КРОВОТОК ВОССТАНОВЛЕН, TICI III

- Клинически положительная динамика

✓Регрессировал правосторонний гемипарез, **через 5 дней от начала заболевания сила в конечностях 5 баллов**

✓Регрессировал сенсорный компонент афазии, пациент полностью понимает обращённую речь

- На контрольной МСКТ (от 11.07.19): <u>ишемии не сформированно</u>.

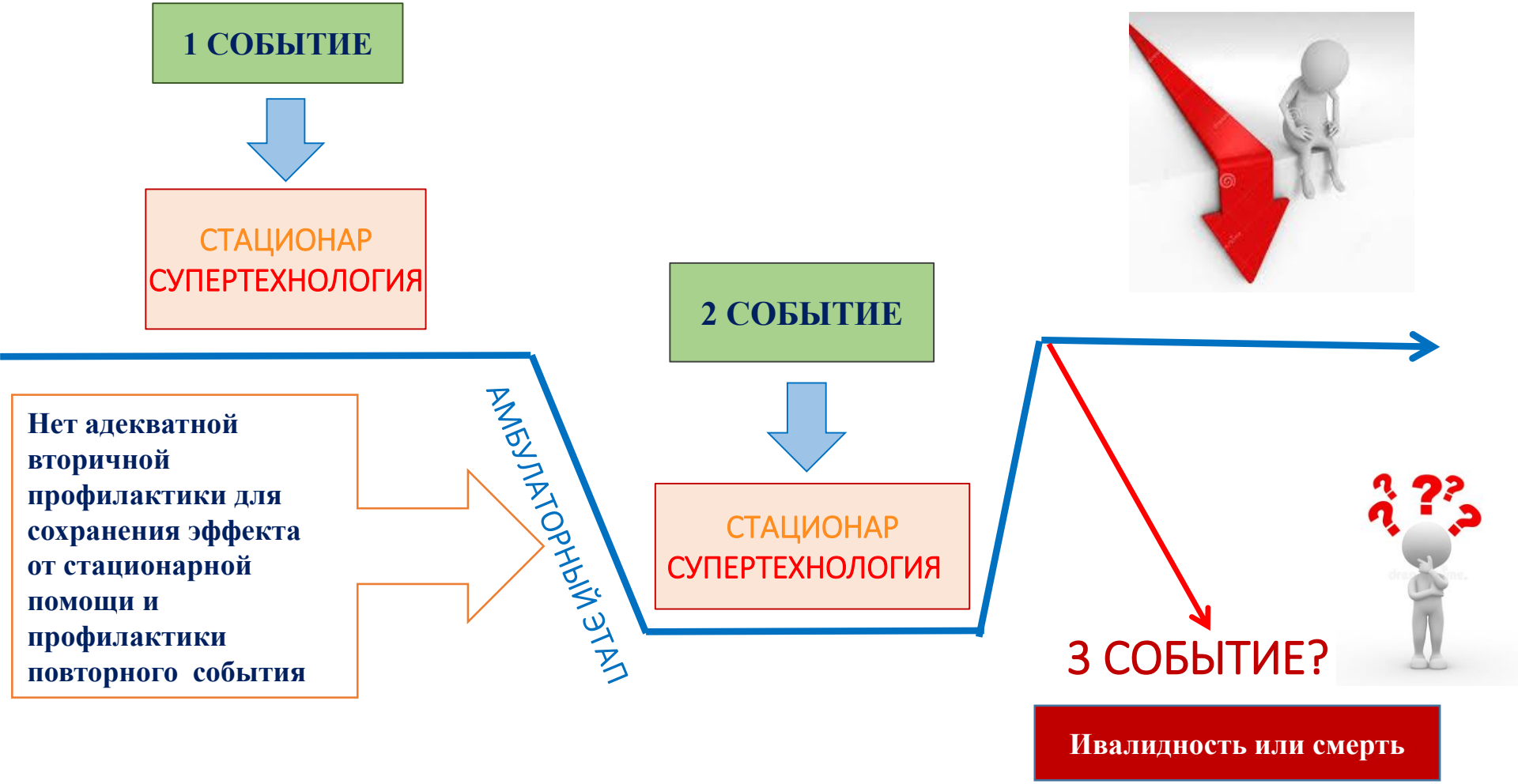
Затраты на лечение пациента в ККБ

(за 2 госпитализации)

- Системный тромболизис. Стоимость флакона Актилизе (50 мг) – 25 тыс. рублей. На 1 ТЛТ – 58 мг (2 флакона) – 50 тыс. рублей. **Х 2** = 100 тыс. рублей

- Механическая тромбэкстракция 450 тыс. рублей **Х 2** = 900 тыс. рублей

- **Итого: ≈ 1.000.000 тыс. рублей**


1 СОБЫТИЕ
СТАЦИОНАР
СУПЕРТЕХНОЛОГИЯ
2 СОБЫТИЕ
СТАЦИОНАР
СУПЕРТЕХНОЛОГИЯ
Нет адекватной вторичной профилактики для сохранения эффекта от стационарной помощи и профилактики повторного события
АМБУЛАТОРНЫЙ ЭТАП
3 СОБЫТИЕ?
Ивалидность или смерть

ВОЗМОЖНОСТИ ЭКОНОМИИ

Затраты на лечение пациента в ККБ (за 2 госпитализации)	**Затраты на эффективную профилактику в течении 2х лет**
▪Системный тромболизис. Стоимость флакона Актилизе (50 мг) – 25 тыс. рублей. На 1 ТЛТ – 58 мг (2 флакона) – 50 тыс. рублей. **X 2** = 100 тыс. рублей	•**ДАБИГАТРАН 150мг№60 24уп-3201=** •**76 800руб** •**Бисопролол5мг №30 24 уп-93,30=2239руб** •**Аторвостатин 40мг№30 24уп 67,80=1627 руб** •**Периндоприл 5мг№30 24уп** •**244=5856 руб**
▪Механическая тромбэкстракция 450 тыс. рублей **X 2** = 900 тыс. рублей	
▪**Итого: ≈ 1.000.000 рублей**	•**ИТОГО =86552руб**

Где можно ожидать быстрых побед?

Таргетные группы высокого риска, которые требуют особого внимания в плане мероприятий по снижению смертности

Тяжелая дислипидемия

Один из классических модифицируемых ФР СС заболеваемости и смертности

↓20% риска при ↓ЛПНП на 1 ммоль/л[1]

Резистентная артериальная гипертония

12-18% всех случаев леченной АГ[2]

↑ риска[2]

14% 24% 46% 32% 6%

Фибрилляция предсердий

1-2% всей популяции[4]
11 млн в Европе
1/3 всех госпитализаций с НРС
Главный ФР инсульта

20-30%[5] **10-40%**[5] **↑x1,5-2 раза**[5]

Сердечная недостаточность

15 млн в Европе и РФ[5]
1ая причина госпитализации пациентов ≥65 лет[6]

32-44%[7] **7-17%**[7]

в течение 1 года

1 - Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration Lancet 2019;393:407–15
2 - AHA Scientific Statement 2018. Hypertension. 2018;72:e53-e90
3 - Global Burden of Disease Collaborative Network (2016)
4 - ESC Guidelines 2016, Eur Heart J doi:10.1093/eurheartj/ehw210
5 - Ambrosy AP, et al. J Am Coll Cardiol 2014:63;1123–1133;
6 - Braunwald E. Lancet 2015:385;812–824;
7 - ESC Guidelines 2016, Eur Heart J doi:10.1093/eurheartj/ehw128

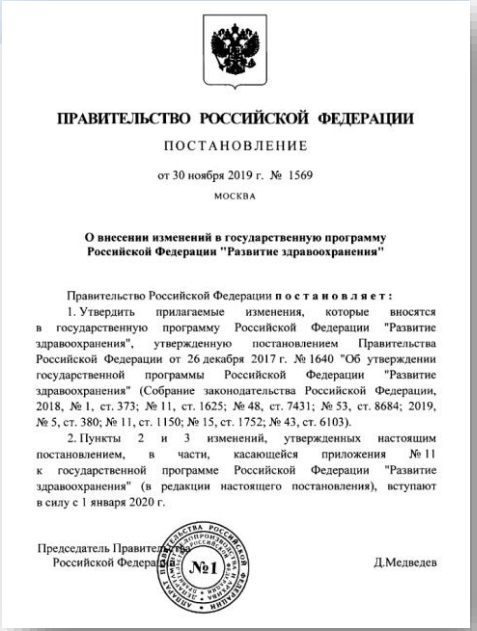
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова» Минздрава России

Федеральная субсидия (ПП № 1569 от 30.11.2019)

Категории пациентов
- ОНМК;
- Инфаркт миокарда;
- АКШ;
- Ангиопластика коронарных артерий со стентированием;
- Катетерная абляция

Пациенты с нестабильной стенокардией, если им не выполнено ЧКВ или АКШ, не входят в льготную группу

Субсидии предоставляются в целях софинансирования расходных обязательств субъектов РФ, возникающих в течение одного года в амбулаторных условиях лекарственными препаратами в соответствии с перечнем согласно Приказу МЗ №1 от 09.01.2020



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 30 ноября 2019 г. № 1569

МОСКВА

О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации "Развитие здравоохранения"

Правительство Российской Федерации **п о с т а н о в л я е т :**

1. Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в государственную программу Российской Федерации "Развитие здравоохранения", утвержденную постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640 "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2018, № 1, ст. 373; № 11, ст. 1625; № 48, ст. 7431; № 53, ст. 8684; 2019, № 5, ст. 380; № 11, ст. 1150; № 15, ст. 1752; № 43, ст. 6103).

2. Пункты 2 и 3 изменений, утвержденных настоящим постановлением, в части, касающейся приложения № 11 к государственной программе Российской Федерации "Развитие здравоохранения" (в редакции настоящего постановления), вступают в силу с 1 января 2020 г.

Председатель Правительства Российской Федерации Д.Медведев

Субсидии не предоставляются в целях софинансирования расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при обеспечении в течение одного года в амбулаторных условиях лекарственными препаратами в соответствии с перечнем, утверждаемым МЗ РФ лиц, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, …. имеющих право на получение социальной услуги в виде обеспечения лекарственными препаратами для медицинского применения в соответствии с Федеральным законом "О государственной социальной помощи» (ОНЛС)

http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201912060020

Приказ МЗ РФ № 1н от 09.01.2020

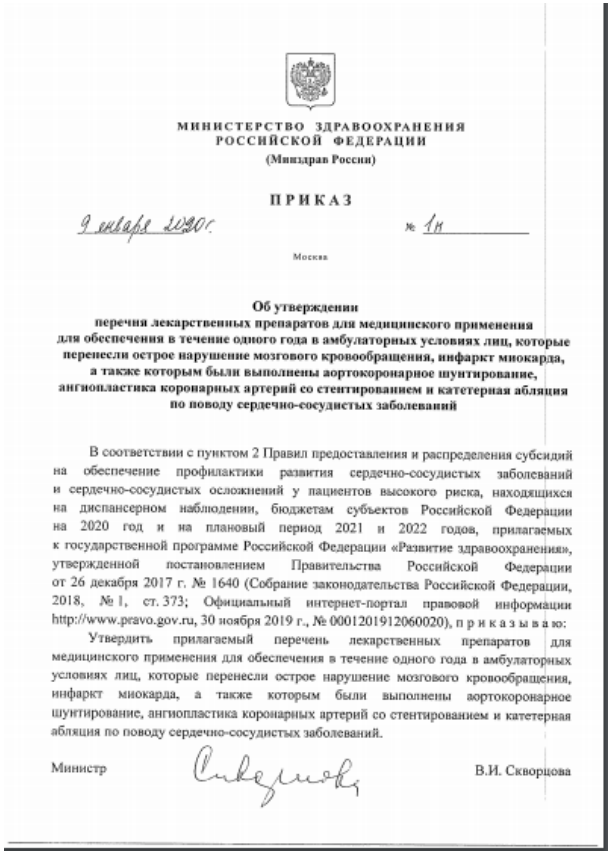
Обеспечить в течение 1 года в амбулаторных условиях лекарственными средствами лиц, которые перенесли:

- **ОНМК**
- **Инфаркт миокарда**
- **АКШ**
- **Ангиопластика коронарных артерий со стентированием**
- **Катетерная абляция**

Перечень: 23 МНН

NB! Пациенты с нестабильной стенокардией, если им не выполнено ЧКВ или АКШ, не входят в льготную группу

Исключение: федеральные льготники



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)

ПРИКАЗ

9 января 2020 г. № 1н

Москва

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

В соответствии с пунктом 2 Правил предоставления и распределения субсидий на обеспечение профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска, находящихся на диспансерном наблюдении, бюджетам субъектов Российской Федерации на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, прилагаемых к государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2018, № 1, ст. 373; Официальный интернет-портал правовой информации http://www.pravo.gov.ru, 30 ноября 2019 г., № 0001201912060020), п р и к а з ы в а ю:

Утвердить прилагаемый перечень 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.

Министр В.И. Скворцова

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 30 ноября 2019 года № 1569 «О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения»;

2. Приказ №1н от 09 января 2020 года «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 стентированиеми катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний».

Перечень 23 МНН: бюджет субсидий в регионы составил 10 150 млн руб ежегодно

2020	2021	2022
10 150 млн руб	10 150 млн руб	10 150 млн руб*

Распределение субсидий на обеспечение граждан, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда и другие острые сердечно-сосудистые заболевания, лекарственными препаратами в амбулаторных условиях, бюджетам субъектов Российской Федерации на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов

тыс. рублей

Наименование субъекта Российской Федерации	2020 год	2021 год	2022 год
1	2	3	4

*Федеральный закон №380 от 2 декабря 2019 года № 380-ФЗ «О федеральном бюджете на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»
http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=339305&fld=134&dst=100008,0&rnd=0.2070958726712977#09810073001473734

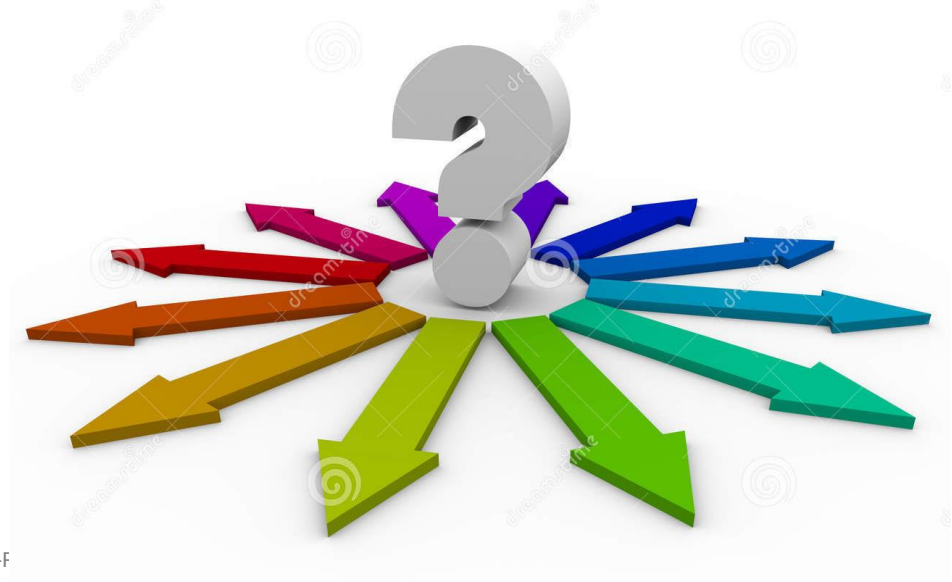
**** Приказ Министерства здравоохранения РФ от 9 января 2020 г. N 1н "Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения для обеспечения в течение одного года в амбулаторных условиях лиц, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний"**
http://base.garant.ru/73462529/#ixzz6VeNsYjnU

Перечень ЛП (Приказ МЗ РФ №1н от 09.01.2020**

1. Амиодарон
2. Амлодипин
3. **Апиксабан 5 и 2.5мг**
4. Аторвастатин
5. Ацетилсалициловая кислота
6. Бисопролол
7. Варфарин
8. Гидрохлоротиазид
9. **Дабигатрана этексилат 150 и 110 мг**
10. Изосорбида мононитрат
11. Индапамид
12. Клопидогрел
13. Лаппаконитина гидробромид
14. Лозартан
15. Метопролол
16. Моксонидин
17. Периндоприл
18. Пропафенон
19. **Ривароксабан 20,15,и2.5мг**
20. Симвастатин
21. Соталол
22. **Тикагрелор 90 и 60 мг**
23. Эналаприл

ПАЦИЕНТ С ФП:

На что обратить внимание на его жизненном пути?



С чего начинается путь пациента с фибрилляцией предсердий?

ФП – фибрилляция предсердий
ХБП – хроническая болезнь почек
ИБС – ишемическая болезнь сердца
СД – сахарный диабет

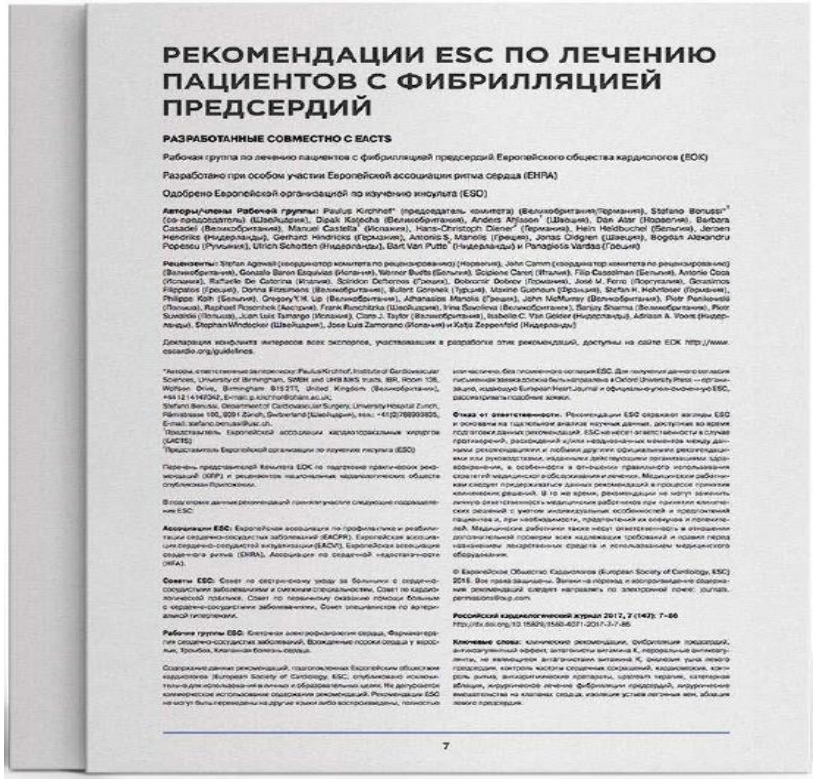
Зачем назначать НОАК пациенту с ФП?

!!!ВОЗ: ИБС и инсульт – ведущие причины смертности в мире

https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death, дата доступа – сентябрь 2020

НОАК – новые оральные антикоагулянты
ФП – фибрилляция предсердий
ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких

Лечение ФП направлено на улучшение прогноза пациентов, главным образом за счет **профилактики тромбоэмболических осложнений с помощью антикоагулянтной терапии** и коррекции сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, и кроме того, на уменьшение симптоматики посредством контроля ритма и ЧСС



РЕКОМЕНДАЦИИ ESC ПО ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

РАЗРАБОТАННЫЕ СОВМЕСТНО С EACTS

Рабочая группа по лечению пациентов с фибрилляцией предсердий Европейского общества кардиологов (ESC)

Разработано при особом участии Европейской ассоциации ритма сердца (EHRA)

Одобрено Европейской организацией по изучению инсульта (ESO)

Российский кардиологический журнал 2017, 7 (142): 7–86

7

Kirchhof P. at. al. Russian Journal of Cardiology. 2017;(7):7-86. (In Russ.)

ФП – фибрилляция предсердий

ЧСС – частота сердечных сокращений

Boehringer Ingelheim

Дабигатран 150 мг 2 р/с – единственный # НОАК, превзошедший хорошо контролируемый варфарин в снижении риска ишемического инсульта у пациентов с ФП[1,2]

1. Connolly SJ et al. N Engl J Med 2009;361:1139–51; 2. Connolly SJ et al. N Engl J Med 2010

Первичная конечная точка эффективности* может показать преимущество перед варфарином, но важно посмотреть ее составляющие[1-4]

	Дабигатран 150[2]	Дабигатран 110[2]	Ривароксабан[3]	Апиксабан[4]
	n=6076	n=6015	n=7131	n=9120
Инсульт и системная эмболия	↓ 35%	=	=	↓ 21%
Ишемический инсульт	↓ 24%	=	=	=
Геморрагический инсульт	↓ 74%	↓ 69%	↓ 41%	↓ 49%
Системная эмболия	=	=	нет данных	=

Прямые сравнительные исследования НОАК не проводились. Результаты необходимо интерпретировать с осторожностью с учетом имеющихся ограничений и различий характеристик включенных популяций

1. Kirchhof P, et al. Eur Heart J. 2016; 2. Connolly SJ et al. N Engl J Med 2010; 3. Patel MR et al. N Engl J Med 2011;365:883–91; 4. Granger C et al. N Engl J Med 2011;365:981–92,

Дабигатран 150 мг 2 р/с – # НОАК, который имеет данные по снижению сердечно-сосудистой смертности* у пациентов с ФП[1-4]

Дабигатран 150 мг 2 р/с – единственный # НОАК, который имеет данные по снижению сердечно-сосудистой смертности* у пациентов с ФП[1-4]

Показания для применения дабигатрана в Российской Федерации[1]:

- ✓ Профилактика венозных тромбоэмболий у пациентов после ортопедических операций;
- ✓ Профилактика инсульта, системных тромбоэмболий и **снижение сердечно-сосудистой смертности** у пациентов с фибрилляцией предсердий;
- ✓ Лечение острого тромбоза глубоких вен (ТГВ) и/или тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) и профилактика смертельных исходов, вызываемых этими заболеваниями;
- ✓ Профилактика рецидивирующего тромбоза глубоких вен (ТГВ) и/или тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) и смертельных исходов, вызываемых этими заболеваниями.

Профилактика ишемического и геморрагического инсульта является первостепенной задачей у пациентов с ФП

	Дабигатран 150 мг 2р/д (RE-LY®)[1–3]	Дабигатран 110 мг 2р/д (RE-LY®)[1–3]	Апиксабан 5/2.5 мг 2р/д (ARISTOTLE)[4,5]	Ривароксабан 20/15 мг 1р/д (ROCKET AF)[6]	Эдоксабан 60/30 мг 1р/д (ENGAGE)[7]
Превосходство в предотвращении **ишемического инсульта** по сравнению с АВК, достигнутое в исследованиях III фазы	✓ 24% СОР	✗	✗	✗	✗
Превосходство в предотвращении **геморрагического инсульта** по сравнению с АВК, достигнутое в исследованиях III фазы	✓ 74% СОР	✓	✓	✓	✓

Дабигатран в дозе 150 мг 2р/д **является единственным ППОАК**, показавшим своё преимущество в предотвращении ишемического и геморрагического инсультов по сравнению с варфарином в клинических исследованиях III фазы

СОР – снижение относительного риска

Boehringer Ingelheim

Отсутствуют прямые сравнения ППОАК – невозможность сделать клиническое заключение – адаптировано из источников[1–7]

RE-LY® является проспективным, рандомизированным, открытым, “Ослеплённым” исследованием с оценкой конечных точек

1. Connolly SJ et al. N Engl J Med 2009;361:1139–51; **2**. Connolly SJ et al. N Engl J Med 2010;363:1875–6; **3**. Pradaxa®: EU SPC, Jan 2015;
4. Granger CB. N Engl J Med 2011;365:981–99; **5**. Lopes R et al. Lancet 2012;380:1749–58; **6**. Patel MR et al. N Engl J Med 2011;365:883–91;
7. Giugliano RP et al. N Engl J Med 2013;369:2093–104

ПОАК – терапия первой линии для профилактики инсульта при ФП, согласно рекомендациям ESC 2020

Рекомендации	Класс	Уровень
Для профилактики инсульта у пациентов с ФП, которым может быть назначена терапия ОАК, ПОАК рекомендуются как более предпочтительные по сравнению с АВК (кроме пациентов с механическими клапанами сердца или средним-тяжелым митральным стенозом)	I	A
Для определения риска инсульта рекомендуется использовать шкалу CHA2DS2-VASc для того, чтобы в первую очередь выявить пациентов «низкого риска» (CHA2DS2-VASc=0 для мужчин и 1 у женщин), которым не следует назначать антикоагулянтную терапию	I	A
ОАК рекомендуются для профилактики инсульта у пациентов с ФП и суммой баллов по шкале CHA2DS2-VASc ≥2 у мужчин и ≥3 у женщин	I	A
ОАК следует рассмотреть для профилактики инсульта у пациентов с ФП и суммой баллов по шкале CHA2DS2-VASc 1 у мужчин и 2 у женщин Подход к терапии должен быть индивидуальным на основании общей клинической пользы, с учетом ценностей и предпочтений пациента	IIa	B

ОАК – пероральные антикоагулянты; ПОАК – прямые пероральные антикоагулянты; ФП – фибрилляция предсердий.

2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) European Heart Journal (2020) 00, 1—126

Форма ФП не должна влиять на решение о назначении терапии ОАК, согласно рекомендациям ESC 2020

У пациентов с ФП, изначально относящихся к группе низкого риска инсульта, первую повторную оценку риска инсульта следует проводить через 4-6 месяцев после оценки.	IIa	B
Если используется АВК, рекомендуется целевой МНО 2,0–3,0 с индивидуальным TTR ≥70%.	I	B
Для пациентов, принимающих АВК с низким временем достижения терапевтического диапазона МНО (например, TTR <70%), рекомендуются следующие варианты: • Переход на НОАК для обеспечения хорошей приверженности и стойкости терапии, или	I	B
• Усилия по улучшению нахождения в TTR (например, обучение / консультирование и более частые проверки МНО)	IIa	B
Клиническая картина ФП (т.е. впервые выявленная, пароксизмальная, стойкая, длительно стойкая, постоянная) не должна определять показание к тромбопрофилактике	III	A

ФП – фибрилляция предсердий; ОАК – пероральные антикоагулянты.

2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) European Heart Journal (2020) 00, 1—126

Высокий риск кровотечений не является причиной отказа от терапии ОАК, согласно рекомендациям ESC 2020

Рекомендации	Класс	Уровень
Риск кровотечений, в отсутствие абсолютных противопоказаний к ОАК, не должен сам по себе влиять на решение о назначении терапии ОАК для профилактики инсульта	III	A
Для оценки риска кровотечений рекомендуется структурированная оценка на основании шкал для определения немодифицируемых и коррекции модифицируемых факторов риска кровотечений у всех пациентов с ФП, а также для выявления пациентов с высоким риском кровотечений, для которых следует обеспечить более раннее и частое наблюдение	I	B
Для оценки риска кровотечений следует рассмотреть использование шкалы HAS-BLED для коррекции модифицируемых факторов риска кровотечений, а также для выявления пациентов с высоким риском кровотечений (HAS-BLED≥3), для которых следует обеспечить более раннее и частое наблюдение	IIa	B

ФП – фибрилляция предсердий; ОАК – пероральные антикоагулянты.

2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) European Heart Journal (2020) 00, 1—126

Прадакса® сочетает четыре преимущества в сравнении с хорошо контролируемым варфарином[1]*

24%

Снижение риска ишемического инсульта[1,2]

20%

Снижение риска сердечно-сосудистой смертности[3]

72%

Снижение риска внутричерепных кровоизлияний[3]

Наличие специфического антагониста[4,5]

Boehringer Ingelheim

*- снижение относительного риска у пациентов с ФП для дозировки 150 мг 2 р/с

** - снижение относительного риска при выборе дозы согласно инструкции

1. Connolly SJ et al. N Engl J Med 2009;361:1139–51; 2. Connolly SJ et al. N Engl J Med 2010 3. Lip et al. Thromb Haemost 2014; 111: 933–942 4. Eikelboom JW et al. Br J Anaesth. 2018 Apr;120(4):645-656

5. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Праксбайнд® ЛП-005017

ОАГУЛЯНТНАЯ АКАДЕМИЯ

EM-RU-100133 09.2020

Если у нашего пациента случится инсульт, то сможем ли мы ему помочь?

- ***«Ситуация отлична для Дабигатрана в связи с наличием специфического антагониста, идаруцизумаба.***

- ***После нейтрализации эффекта Дабигатрана, выполнение внутривенного тромболизиса в пределах 4,5 часов после развития инсульта представляется возможным, что продемонстрировано серией клинических случаев»***

J. Steffel et al; European Heart Journal (2018) 00, 1–64 doi:10.1093/eurheartj/ehy136

ПРАДАКСА® может быть назначена бесплатно по «Кардиопрограмме» пациентам с ФП после

- ✓ Инфаркта миокарда
- ✓ ОНМК
- ✓ Аортокоронарного шунтирования
- ✓ Ангиопластики коронарных артерий со стентированием
- ✓ Катетерной абляции по поводу сердечно-сосудистых заболеваний[1,2]

1. На основе проанализированных приказов и постановлений региональных МЗ . Порядок лекарственного обеспечения может отличаться от региона к региону!
2. Приказ Минздрава №1н от 09.01.2020 «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 катетерной абляции по поводу сердечно-сосудистых заболеваний»

Врачи, которые могут назначить препарат, входящий в перечень кардиопрограммы

- ✓ **лечащий врач-кардиолог/невролог ЛПУ** (только назначение/рекомендация)
- ✓ **лечащий врач поликлиники по месту жительства** - кардиолог, невролог, терапевт, врач общей практики, семейный врач
- ✓ **фельдшер поликлиники по месту жительства** (в случае наличия полномочий) на основе рекомендации лечащего врача в выписном эпикризе (выписке) из медицинской карты стационарного больного после перенесенного сердечно-сосудистого события

Приказ Минздрава России от 14.01.2019 N 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»

Boehringer Ingelheim

Согласно приказу МЗ России от 18.03.2020: необходимо рассмотреть максимально возможные сроки назначения препаратами пациентов с хроническими заболеваниями –

на курс лечения до 180 дней

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)
Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994,
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

18 МАР 2020 № 816/25-4

На № _____ от _____

Руководителям органов
исполнительной власти
субъектов Российской Федерации
в сфере охраны здоровья

Об оформлении рецептов
на лекарственные препараты
пациентам с хроническими заболеваниями

В связи с эпидемиологическо
коронавирусной инфекцией, в целях п
среди населения в Российской Федерац
группы, Департамент лекарственного
обращения медицинских изделий Мі
внимание на необходимость обеспечи
назначения лекарственных препа
хроническими заболеваниями.

Напоминаем, что согласно
лекарственных препаратов, форм рецеі
препараты, порядка оформления указан
утвержденного приказом Минздрава
(далее – Порядок), рецепты, оформлен
№ 148-1/у-04 (л) и предназначенные для
гражданам, достигшим пенсионного в
детям-инвалидам, а также гражда
заболеваниями, требующими длительно
в течение 90 дней со дня оформления.

Напоминаем, что согласно пункту 23 порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, утвержденного приказом Минздрава России от 14.01.2019 № 4н (далее – Порядок), рецепты, оформленные на рецептурном бланке формы № 148-1/у-04 (л) и предназначенные для отпуска лекарственных препаратов гражданам, достигшим пенсионного возраста, инвалидам первой группы, детям-инвалидам, а также гражданам, страдающим хроническими заболеваниями, требующими длительного курсового лечения, действительны в течение 90 дней со дня оформления.

При этом для лечения хронических заболеваний указанным категориям граждан лекарственные препараты с оформлением рецептов на бумажном носителе или рецептов в форме электронного документа могут назначаться на курс лечения до 180 дней.

Приказ МЗ РФ 816/25-4 от 18 марта 2020 года «Об оформлении рецептов на лекарственные препараты пациентам с хроническими заболеваниями».

Спасибо
за внимание!