



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



Рамочная основа и Дорожная карта действий по созданию систем медицинской помощи при инфарктах и инсультах в Кыргызстане



Подготовлено Европейским региональным бюро ВОЗ
для Министерства здравоохранения Кыргызстана



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Рамочная основа и Дорожная карта действий по созданию систем медицинской помощи при инфарктах и инсультах в Кыргызстане

Подготовлено Европейским региональным бюро ВОЗ
для Министерства здравоохранения Кыргызстана

Аннотация

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются причиной 50% всех случаев смерти в Кыргызстане, а преждевременная смертность от сердечно-сосудистых заболеваний продолжает оставаться высокой. Клиническое лечение сердечно-сосудистых заболеваний является дорогостоящим и продолжительным. Настоящая Дорожная карта представляет собой план действий для создания и преобразования существующих сетей, внедрения улучшенных клинических руководств, более эффективного использования ресурсов, усовершенствования инфраструктуры и повышения эффективности управления. Кроме того, картирование организации региональных центров специализированной помощи при остром инфаркте миокарда и инсульте позволит улучшить временные показатели специализированного лечения. В Дорожной карте излагаются основные неотложные вмешательства при остром инфаркте миокарда и инсульте, а также ключевая схема организации услуг, и предлагаются стратегические направления активизации достижения прогресса в управлении ССЗ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

CARDIOVASCULAR DISEASES - PREVENTION AND CONTROL

STROKE - PREVENTION AND CONTROL

DELIVERY OF HEALTH CARE - METHODS

HEALTH SERVICES

KYRGYZSTAN

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:
Publications

WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/pubrequest>

© Всемирная организация здравоохранения, 2018 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

Список сокращений	iv
Благодарности	v
Исполнительное резюме	vi
Введение	1
Политический контекст	1
Руководящие принципы	1
Основные вмешательства	2
Модель оказания помощи	3
Догоспитальная помощь	3
Госпитальная помощь	6
Послегоспитальный уход	8
Стандарты оказания медицинской помощи и индикаторы качества	9
Реформирование системы предоставления услуг	10
Дорожная карта	10
Роли и обязанности	10
Механизмы	10
Дальнейшие шаги	11
Библиография	12
Приложение 1: Состав Рабочей группы по ССЗ	14
Приложение 2: Рекомендации для машин скорой помощи	15
Приложение 3: Стандарты и индикаторы эффективности	18
Приложение 4: Приоритетность вмешательств	33
Приложение 5: Краткое содержание Дорожной карты	40
Приложение 6. Сводные диаграммы Дорожной карты	41
Приложение 7. Возможная модель организации реабилитации после инсульта	45

Список сокращений

ИБС	Ишемическая болезнь сердца
КТ	Компьютерная томография
ОИМ	Острый инфаркт миокарда
ОКС	Острый коронарный синдром
МРТ	Магниторезонансная томография
ССЗ	Сердечно-сосудистое заболевание
ТИА	Транзиторная ишемическая атака
ЧКВ	Чрескожное коронарное вмешательство
ЭКГ	Электрокардиография
ADL	Элементарные действия по самообслуживанию
DALY	Число лет жизни, скорректированных с учетом нетрудоспособности
FAST	Ассиметрия лица, слабость верхних конечностей, затрудненная речь и время до звонка в службы неотложной помощи
IADL	Шкала инструментальной активности в повседневной жизни
NIHSS	Шкала инсульта Национального Института Здоровья
NSTEMI	Инфаркт миокарда без подъема сегмента ST
STEMI	Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST

Благодарности

Авторы доклада: Jill Farrington, Европейское региональное бюро ВОЗ, Дания; Francesca Romana Pezzella, невролог, Отделение инсульта, больница Сан-Камилло Форланини, Рим, Италия, консультант ВОЗ; Алексей Яковлев, кардиолог, Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова, Санкт-Петербург, Российская Федерация, консультант ВОЗ. Авторы выражают благодарность за вклад рабочей группы Министерства здравоохранения Кыргызстана и многих кардиологов, неврологов, руководителей и администраторов, которые поддержали разработку этой Дорожной карты.

Мы также благодарим David Breuer за редактирование текста и SVS System Group за перевод.

Оценка проводилась под общим руководством Jarno Habicht, Представителя ВОЗ в страновом офисе в Кыргызстане, Gauden Galea и Bente Mikkelsen, бывшего и нынешнего директоров Отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни Европейского регионального бюро ВОЗ.

Европейское региональное бюро ВОЗ и страновой офис ВОЗ в Кыргызстане координировали подготовку настоящего доклада в рамках двухгодичных соглашений о сотрудничестве между Министерством здравоохранения Кыргызстана и ВОЗ на 2016-2017 гг. и 2018-2019 гг.

Подготовка доклада софинансировалась за счет добровольного взноса Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Исполнительное резюме

От сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в Кыргызстане умирает большее число людей, чем от любой другой причины. Четыре из пяти случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний вызваны инфарктами и инсультами. ССЗ поражают людей среднего возраста на пике продуктивности и подрывают развитие стран, лишая их ценных человеческих ресурсов.

Острый коронарный синдром и инсульт были приоритетом и основной темой Национальной программы реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики «Ден соолук» (2012-2016 гг.). В 2016 году ВОЗ провела обзор системы оказания услуг пациентам в острой и реабилитационной фазе инфаркта и инсульта. Обзор продемонстрировал фрагментацию клинических протоколов и отсутствие четкого выполнения рекомендаций руководств, а также отсутствие своевременной постановки диагноза и назначения лечения большинству пациентов. Кроме того, были обнаружены возможности для более эффективного использования ресурсов, медицинского персонала, технологий, оборудования и лекарственных средств.

В 2017 году Министерство здравоохранения Кыргызстана учредило рабочую группу по разработке Рамочной основы и Дорожной карты действий по созданию систем медицинской помощи при инфарктах и инсультах в Кыргызстане. При координации Европейского регионального бюро ВОЗ и странового офиса ВОЗ в Кыргызстане были определены руководящие принципы, а также на основе местных данных, документов и нормативных актов разработаны рамочная основа и дорожная карта действий на краткосрочную, среднесрочную и долгосрочную перспективу.

В Дорожной карте предлагаются пути укрепления потенциала по уходу за пациентами с ишемической болезнью сердца и цереброваскулярными заболеваниями посредством осуществления ряда мероприятий в рамках системы здравоохранения:

- внедрение выгодных и устойчивых вмешательств («лучших покупок»), основанных на фактических данных, для профилактики повторных инфарктов миокарда и инсультов;
- определение устойчивых стратегий интеграции новой модели оказания помощи в существующую инфраструктуру здравоохранения;
- создание национального потенциала для удовлетворения медицинских потребностей пациентов, связанных с инфарктом и инсультом.

Настоящий документ был представлен Министерству здравоохранения, национальной рабочей группе и регионам в июне 2018 года, и вновь обсуждался в сентябре 2018 года. В последней версии Дорожной карты использованы рекомендации, полученные по итогам проведенных консультаций и из писем Национального центра кардиологии и внутренней медицины и отделения неврологии Национального госпиталя. Свои комментарии предложило также Кыргызское общество кардиологов.

В партнерстве с семьями, медицинскими работниками и сообществом необходимо осуществить большое количество организационных изменений существующих медицинских услуг, чтобы сделать их более восприимчивыми к потребностям пациентов с инфарктом и инсультом и более эффективными. Эта Дорожная карта предлагает путь вперед для Кыргызстана.

Введение

Настоящая Дорожная карта подготовлена в продолжение «Обзора организации неотложной помощи и реабилитации при инфаркте миокарда и инсульте в Кыргызстане» (1), представленного Министерству здравоохранения весной 2017 года. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и инсульт являются главными причинами преждевременной смертности и потерянных лет жизни в Кыргызстане, при этом отмечается широкая распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. В ходе обзора были выявлены сильные и слабые стороны оказываемых в настоящее время услуг, а также неиспользованные возможности для снижения бремени болезней и издержек, связанных со значительным уровнем предотвратимой смертности и инвалидности. Представленные 16 рекомендаций сгруппированы по трем основным направлениям: эффективное управление имеющимися ресурсами; разработка системы и направление дальнейших инвестиций; демонстрация успеха.

Этот документ предназначен, прежде всего, политикам Кыргызстана. Поэтому авторы постарались сделать его кратким, со ссылками на более подробные документы там, где это было необходимо. Основное внимание уделяется догоспитальной, госпитальной и послегоспитальной помощи при инфаркте (острый инфаркт миокарда (ОИМ)) и инсульте (ишемическом и геморрагическом).

Документ был разработан совместно с рабочей группой по ССЗ, созданной Министерством здравоохранения. Состав группы и даты заседаний приводятся в Приложении 1. Процесс разработки документа координировался ВОЗ: Страновым офисом ВОЗ в Кыргызстане, Европейским региональным бюро ВОЗ и консультантами ВОЗ.

Политический контекст

Настоящий документ не является отдельным документом. Он подготовлен в рамках (и на основе) более широкого контекста политики и динамичного процесса изменений, происходящих в секторе здравоохранения Кыргызстана. Национальная программа реформирования здравоохранения на 2012-2016 гг. «Ден Соолук» (продлена до 2018 г.) в ближайшее время будет заменена Стратегией сектора здравоохранения Кыргызстана («Программа развития системы здравоохранения до 2030 г.», проект которой уже имеется). В течение 2018 года будет разработан Генеральный план предоставления медицинских услуг. В 2016 году была утверждена Стратегия электронного здравоохранения, а в 2017 году была разработана архитектура электронного здравоохранения. В декабре 2017 года был одобрен приказ Министерства здравоохранения по предоставлению услуг неотложной помощи, совместно с планом действий. В конце 2017 года были обновлены и утверждены национальные клинические руководства по острому инфаркту миокарда (с подъемом сегмента ST (STEMI); без подъема сегмента ST (NSTEMI)) и инсульту (2-4). В системе здравоохранения также происходят изменения: пересматривается Пакет государственных гарантий; Фонд Обязательного Медицинского Страхования рассматривает финансирование на основе эффективности и результатов в более широком контексте; совершенствуется фармацевтическая политика, включая регулирование цен, фармакологический надзор и практику закупок в целях улучшения доступа к основным лекарственным средствам, например, централизованные закупки на региональном уровне через сети больниц или аптек; совершенствуется система контроля качества и предоставления услуг (последние обзоры ВОЗ по этим двух направлениям близятся к завершению).

Руководящие принципы

Настоящий документ основан на руководящих принципах, изложенных в рамках соответствующих международных и национальных программных документов, таких как проект Стратегии сектора здравоохранения Кыргызстана

по обеспечению всеобщего охвата медико-санитарными услугами, направленной на сокращение неравенств в отношении здоровья, а также в государственных гарантиях обеспечения качественной, безопасной и эффективной медицинской помощи и медицинских услуг населению. Кроме того, конкретными руководящими принципами для настоящей Дорожной карты являются:

- клиническая практика, основанная на фактических данных;
- улучшение качества оказываемых услуг, обеспечиваемое улучшением качества данных;
- согласованность услуг по всей стране, способствующее сокращению различий в оказании медицинской помощи;
- единая модель оказания медицинской помощи, единые принципы организации и координации работы служб неотложной помощи, больниц, сети клинических организаций и команд первичной медико-санитарной помощи в рамках совместного планирования оказания услуг;
- комплексный подход - эффективное сотрудничество между персоналом, оказывающим медицинскую помощь на различных этапах, и эффективное взаимодействие поставщиков медицинских услуг всех уровней, ориентированное на нужды пациента;
- эффективное использование ресурсов, например, совместное использование ангиографического отделения, особенно в условиях ограниченности ресурсов.

Основные вмешательства

Вместе с Глобальным планом действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний (НИЗ) на 2013-2020 гг. ВОЗ опубликовала набор наиболее выгодных («лучшие покупки») и эффективных вмешательств, который был обновлен в мае 2017 г. (5). Помимо профилактики таких факторов риска, как употребление табака и алкоголя, в нем содержится ограниченный перечень вмешательств по оказанию неотложной помощи при остром коронарном синдроме (ОКС) и инсульте, а также по вторичной профилактике и реабилитации после острых событий:

- **медикаментозная терапия (включая гликемический контроль при сахарном диабете и контроль гипертензии с помощью подхода оценки суммарного риска) и консультирование пациентов, переживших инфаркт или инсульт, а также лиц с высоким риском ($\geq 30\%$) развития фатального или нефатального сердечно-сосудистого события в течение ближайших 10 лет или с умеренным риском ($\geq 20\%$) развития фатального или нефатального сердечно-сосудистого события в течение ближайших 10 лет.**
- лечение новых случаев ОИМ ацетилсалициловой кислотой или ацетилсалициловой кислотой и клопидогрелем; применение тромболитической терапии; выполнение первичных чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ);
- кардиореабилитация после инфаркта миокарда;
- антикоагулянтная терапия у пациентов со средним и высоким риском инсульта при неклапанной фибрилляции предсердий, митральным стенозом и фибрилляцией предсердий;
- лечение острого ишемического инсульта с помощью внутривенной тромболитической терапии;
- применение низких доз ацетилсалициловой кислоты (АСК) при ишемическом инсульте;
- лечение острого инсульта и реабилитация в инсультных отделениях.

Только одно из этих вмешательств является «лучшей покупкой» ВОЗ (выделено жирным шрифтом), то есть выгодным вмешательством с анализом экономической эффективности ≤ 100 международных долларов за каждый скорректированный на инвалидность год жизни (DALY), предотвращенный в странах с низким и средним уровнем дохода (LMICs). Остальные – это «эффективные вмешательства» ВОЗ с анализом экономической эффективности >100 международных долларов за каждый DALY, предотвращенный в странах с низким и средним уровнем дохода.

В поддержку лечения артериальной гипертензии и других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний ВОЗ выпустила набор протоколов лечения для использования в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (6). ВОЗ также публикует Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств (7), содержащий перечень лекарств, рекомендуемых для лечения ОКС и инсульта. ВОЗ также готовит перечень приоритетного оборудования медицинского назначения для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, но он еще не опубликован.

Другие органы, такие как Европейское общество кардиологов (8) (и его рабочие группы) и Европейская организация по борьбе с инсультом (9), публикуют клинические руководства, основанные на фактических данных, по неотложной помощи при ОКС и инсульте, вторичной профилактике и реабилитации, которые широко используются во многих странах Европейского региона ВОЗ. Хотя не все из них соответствуют критериям ВОЗ в отношении экономической рентабельности и эффективности, эти клинические руководства и научная литература продвигают проведение этих основных вмешательств, направленных на оказание неотложной помощи и реабилитацию. Основными вмешательствами, направленными на снижение смертности и инвалидности по причине инсульта являются: комплексные и мультидисциплинарные клинические протоколы для региональных сетей по лечению инсульта (10-12); эндоваскулярная тромбэктомия (11); гемикраниэктомия (13) в отдельных случаях; стандартные протоколы ухода за больными, такие, как протокол «Лихорадка, сахар и глотание» (14); комплексное фармакологическое и нефармакологическое лечение сосудистых факторов риска и реабилитация (11, 15-18). Основными вмешательствами при лечении ОКС, направленными на снижение смертности и инвалидности, являются: лечение в инфарктном отделении; экстренная реперфузия (чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) или фибринолиз); лечение острых осложнений; антитромботическая терапия; кардиореабилитация и вторичная профилактика.

В Кыргызстане издано несколько соответствующих клинических руководств, основанных на фактических данных: по лечению острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST (STEMI) (2); острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST (NSTEMI) (3); инсульта (4). Национальные рекомендации не содержат описания принципов организации лечения и обеспечения контроля качества предоставляемых услуг. В них включены некоторые из экономически выгодных и эффективных вмешательств ВОЗ (перечисленных выше), а также предлагаемые основные вмешательства для лечения ОКС и инсульта, но не все. Во всем остальном они основываются на фактических данных, а также ссылаются на соответствующие руководства Европейского общества кардиологов и Европейской организации по борьбе с инсультом. Поэтапное внедрение в практику наилучших вмешательств должно поддерживаться национальными рекомендациями, документами, инструкциями и приказами Министерства здравоохранения, а также иметь инструменты мониторинга их осуществления.

Модель оказания помощи

Догоспитальная помощь

Краткое описание текущей ситуации

Текущая ситуация более подробно описана в предыдущем отчете (1). В целом, среди населения наблюдается слабая осведомленность о ранних симптомах и признаках ОИМ и инсульта, а также недостаточные знания и навыки принятия надлежащих мер, даже среди медицинских работников.

Служба скорой помощи не отвечает современным стандартам и не удовлетворяет потребности населения. При планировании этой службы в масштабах всей страны не учитывались такие важные критерии, как плотность населения, расположение медицинских учреждений неотложной помощи и транспортных маршрутов, поэтому имеется неравномерное распределение услуг и ограниченный доступ к ним в отдаленных районах. Несмотря на наличие ряда специализированных кардиологических бригад скорой помощи (Бишкек, Ош), прошедших обучение по оказанию неотложной кардиологической помощи, и оснащения некоторых машин скорой помощи электрокардиографами (ЭКГ) и дефибрилляторами, в основном машины скорой помощи не оснащены реанимационным оборудованием и жизненно-важными лекарственными препаратами, а сами бригады скорой

медицинской помощи не обучены проведению таких ключевых исследований, как ЭКГ, а также срочному оказанию неотложной помощи при острых сердечно-сосудистых событиях.

Будущая ситуация

Согласно национальным руководствам по инсульту, транзиторной ишемической атаке (ТИА) и ОКС, необходимо проводить кампании по информированию общественности для повышения осведомленности населения и медицинского персонала о ранних признаках и симптомах инфаркта и инсульта, а также о порядке действий в таких случаях. Такие кампании могут проводиться государственными и неправительственными организациями, например, организациями пациентов и профессиональными организациями, такими как Кыргызская Ассоциация невропатологов или Кыргызская Ассоциация кардиологов. Некоторые материалы уже доступны и используются внутри страны, например, тест FAST («Ассиметрия лица, слабость верхних конечностей, затрудненная речь и время до звонка в службы неотложной помощи»); другие материалы доступны на международном уровне и могут быть адаптированы.

Необходимо продвигать создание единого номера неотложной помощи, чтобы население могло вызвать по телефону скорую помощь. Необходимо обучить диспетчеров предоставлению срочной консультации людям, звонящим с симптомами и подозрением на ОКС или инсульт, поддержанию телефонного контакта с вызывающим абонентом и предоставлению консультации по наблюдению за пациентом и оказанию сердечно-легочной реанимации в случае остановки сердца, пока не прибудет должным образом обученная и оборудованная помощь. Кыргызские руководства по инсульту и ТИА рекомендуют создание сетей услуг по лечению инсульта, использование кода инсульта (МКБ-10), внедрения системы предварительного уведомления скорой помощью больницы (за 15 минут) (19), а также разработку протокола, в соответствии с которым пациенты с подозрением на инсульт будут доставляться в ближайшие больницы, которые могут предоставлять специализированную помощь.

Необходимо проработать механизмы финансирования неотложной помощи, чтобы стимулировать правильное назначение наилучших вмешательств с доказанной эффективностью, с тем, чтобы исключить профессиональную небрежность и обеспечить предоставление надлежащих и качественных медицинских услуг.

В отдаленных районах, где доступ к неотложной помощи затруднен, и основным поставщиком медицинских услуг может быть только фельдшер, необходимо обеспечить специальную профессиональную подготовку и поддержку медсестер (посредством справочников и телемедицинских консультаций) при оценке состояния пациента, проведении и интерпретации ЭКГ, а также предоставлении соответствующей первой помощи (например, аспирин, обезболивающих препаратов, кислорода) перед транспортировкой пациента в центр неотложной помощи. Новое кыргызское клиническое руководство по ОКС/ПСТ (STEMI) устанавливает окно для лечения в 120 минут с момента диагностики ОКС/ПСТ (STEMI) до первичного ЧКВ. Это может включать догоспитальную помощь с применением сети теле-ЭКГ для выбора и направления пациента на эффективное лечение.

После принятия приказа уже разработаны планы по модернизации служб неотложной медицинской помощи, что выделено в качестве важной темы, требующей действий в рамках проекта программы по здравоохранению. Организацию работы службы скорой помощи при травмах, ОКС и инсульте можно планировать вместе. Реагирование скорой помощи на внебольничные медицинские неотложные ситуации может заключаться в обеспечении базового комплекса реанимационных мероприятий или расширенного комплекса реанимационных мероприятий. Базовый комплекс реанимационных мероприятий делает упор на быструю транспортировку в больницу, поэтому бригады скорой помощи, работающие в рамках базового комплекса реанимационных мероприятий, обеспечивают только минимальное лечение на месте («хватай и беги») (20). Бригады скорой помощи, проводящие расширенный комплекс реанимационных мероприятий, обучены и оснащены для оказания сложной медицинской помощи на месте («оставайся и делай»). Необходимо улучшить не только соотношение и распределение машин скорой помощи с учётом численности населения, но также оснащённость самих машин для обеспечения возможности реагирования в случае острых состояний. Перечень оборудования и лекарственных средств для лечения инфаркта и инсульта, которые должны быть в комплекте оснащения машины скорой помощи, приведен в Приложении 2.

В Дорожной карте предлагается обоснованный план развития систем неотложной помощи для ОКС и инсульта, которые должны быть одновременно реализованы в регионах с тем, чтобы обеспечить одновременное развитие и исключить неравенство. В соответствии с Дорожной картой, краткосрочное развитие событий (в пределах 1 года) предполагает оснащение машин скорой помощи всем необходимым для предоставления базового комплекса реанимационных мероприятий на стандартном уровне (см. перечень материалов и оборудования в Приложении 2), обучение основного персонала скорой помощи распознаванию симптомов инсульта (тест FAST) и ОКС и внедрение рекомендуемых мер в соответствии с клиническими протоколами. Стандартная машина скорой помощи, оборудованная для оказания базового комплекса реанимационных мероприятий, может использоваться для оказания помощи пациентам без фатальных осложнений и пациентам с инсультом с высокой прогнозируемой выживаемостью (21), в то время как специализированная кардиологическая бригада, способная проводить тромболизис у пациентов со STEMI <6 часов после появления симптомов на догоспитальном этапе, может выезжать, если необходимо принять меры для снижения вероятности смерти и инвалидизации пациента с ОКС (см. рекомендуемые стандарты оборудования и лекарственных препаратов в Приложении 2). В среднесрочной перспективе (1-3 года) предполагается оснащение машин скорой помощи таким образом, чтобы они имели возможность проводить тромболизис догоспитально с помощью специалистов из бригад скорой помощи, обеспечивающих расширенный комплекс реанимационных мероприятий, с использованием телемедицины.

В долгосрочной перспективе в отношении лечения инсульта на догоспитальном этапе предполагается разработка мобильных инсультных блоков (МИБ), если будет продемонстрирована их экономическая эффективность. МИБ – это специализированная скорая помощь, предназначенная для лечения пациентов с острым инсультом и подобными заболеваниями мозга, чувствительными ко времени оказания помощи. Она оснащается, кроме обычного оборудования скорой помощи, оборудованием для нейровизуализации, например, компьютерным томографом (КТ), медицинской лабораторией для диагностики на месте, а также средствами телемедицины, обеспечивающими взаимодействие между машиной скорой помощи и больницей (посредством видеоконференцсвязи, обмена видео обследования пациента и КТ сканирования). Таким образом, специализированная скорая помощь оснащена всеми инструментами, необходимыми для лечения сверхострых форм инсульта, и распределения пациентов по группам тяжести на основе поставленного диагноза непосредственно на месте. Использование инсультной скорой помощи дает возможность увеличить долю пациентов, получающих тромболизис в течение «золотого часа» (22, 23). Затраты на строительство и полное оснащение функционального мобильного инсультного блока оцениваются в 600 тысяч - 2 миллиона долларов США (24). Хотя имеющиеся исследования экономической эффективности показывают, что эти расходы окупаются в долгосрочной перспективе (25, 26), необходимы клинические испытания для получения убедительных доказательств того, что мобильные инсультные блоки являются экономически эффективными и способствуют улучшению клинических результатов.

В случае необходимости, предоставляется телемедицинская помощь, причем ее важность особенно подчеркивается в сельских районах. Необходимо иметь протокол оказания догоспитальной помощи, согласованный с персоналом служб неотложной медицинской помощи, обученным для этих целей, и врачами-специалистами. Данный протокол должен содержать алгоритм для времени направления, проведения оценки состояния, транспортные стратегии для обслуживаемой территории, а также предварительное уведомление, содержащее: время появления симптомов, подтверждение симптомов и признаков с использованием утвержденных инструментов, например, теста FAST, и систему уведомления о направлении в больницу. Бригада скорой помощи должна обеспечить и документально зарегистрировать предоставление соответствующего догоспитального лечения пациентам с подозрением на ОКС или инсульт и обеспечить наличие дефибриллятора и сотрудника, обученного его использованию, рядом с пациентом на протяжении всего времени транспортировки пациента в больницу. Время – это сердце, время – это мозг, время – это жизнь. Транспортировка пациента в специализированную больницу, предоставляющую специализированное лечение острых состояний, должна осуществляться как можно быстрее и всегда в течение максимум 60 минут для инсульта и 120 минут для ОКС (для STEMI или NSTEMI с осложнениями, от диагноза до реперфузии, для NSTEMI без осложнений – 24 часа (время до ангиографии)). Непосредственная оценка службой острого инсульта по прибытии в больницу позволит экспертам своевременно распределить пациентов с острым инсультом по тяжести заболевания и обеспечить возможность проведения тромболизиса (27).

Госпитальная помощь

Краткое описание текущей ситуации

Имеющиеся ресурсы (учреждения, оборудование, обученный персонал, возможности для обучения и т. д.) можно рассматривать как основу для формирования структуры региональных сетей оказания медицинской помощи при ОКС и инсульте. Возможности описаны в докладе ВОЗ «Обзор организации неотложной помощи и реабилитации при инфаркте миокарда и инсульте в Кыргызстане» (1). В таблице 1 представлен обзор существующих учреждений по оказанию неотложной помощи в государственном секторе.

Таблица 1: Больницы (государственный сектор), предоставляющие лечение острых состояний – текущая ситуация

Больница	Город	Лечение ОКС	ЧКВ	Кардио-хирургия	Лечение инсульта	КТ сканирование	Нейро-хирургия
Национальный центр кардиологии и терапии	Бишкек	+	+	–	–	–	–
Институт кардиохирургии и трансплантологии	Бишкек	+	+	+	–	–	–
Национальный госпиталь	Бишкек	–	–	–	+	–	+
Городская больница №1	Бишкек	–	–	–	+	–	–
Чуйская объединенная областная больница	Бишкек	–	–	–	+	–	–
Ошская областная клиническая больница	Ош	+	–	–	+	–	–
Южный центр сердечнососудистой хирургии	Джалал-Абад	+	+	–	–	–	–
Нарынская областная больница	Нарын	+	–	–	+	–	–
Иссык-Кульская областная больница	Каракол	+	–	–	+	–	–
Таласская областная больница	Талас	+	–	–	+	–	–
Баткенская областная больница	Баткен	+	–	–	+	–	–

В настоящее время возможно лечение лишь ограниченного числа пациентов ЧКВ в связи с ограниченностью ресурсов, например, катетеров и оборудования, а также возможностей круглосуточного присутствия врача. Лечение в инсультных отделениях только частично доступно, а протоколы лечения инсульта и мультидисциплинарные команды пока реализуются не полностью. В настоящее время возможно лечить лишь ограниченное число пациентов с ОКС в связи с недостаточностью ресурсов и экспертного потенциала.

Будущая ситуация

Инсульт и инфаркт миокарда (ОКС) являются патологиями, успех лечения которых зависит от времени реагирования, поэтому необходимо разработать системный подход комплексного оказания медицинской помощи на основе больничной сети и протоколов, позволяющих быстро диагностировать и своевременно обеспечивать доступ к терапии острой фазы в четко определенном терапевтическом окне.

Для оптимизации ресурсов обе сети – ОКС и инсульта – должны быть встроены в более широкую систему неотложной помощи, чтобы обеспечить их одновременное развитие, применение и мониторинг качества предоставляемых услуг.

Предлагается реорганизовать систему оказания неотложной медицинской помощи на основе веерной структуры (28), в которой «узловые» центры будут оснащаться более современным оборудованием, иметь больший штат сотрудников, более диверсифицированные и масштабные ресурсы.

Мультидисциплинарный подход и поступление в специализированное отделение имеет решающее значение для клинического исхода, связанного со смертностью и инвалидностью как при ОКС, так и при инсульте: пациенты, получающие пакет организованной госпитальной помощи, имеют больше шансов на выживание, возвращение домой и обретение самостоятельности вновь, чем те, кто получает традиционную помощь в общих палатах.

Там, где это возможно, центры для лечения ОКС и инсульта должны размещаться вместе, чтобы обеспечить совместное использование персонала и оборудования, а также уход за пациентами с коморбидными заболеваниями. Для инсульта установлен принцип одного «узлового» центра (24/7) на 1,5 млн. населения с 3-4 периферийными центрами, в зависимости от плотности населения, географического расположения и транспортных маршрутов между центрами, как указано в кыргызском клиническом руководстве по догоспитальной помощи при инсульте (2017). Для ОКС предложено создать один «узловой» центр с возможностью проведения ЧКВ (24/7) на 300 -500 тысяч жителей, который будет проводить около 600 первичных ЧКВ на 1 миллион населения в год (29).

Согласно кыргызским руководствам по инсульту и ТИА, как для ОКС, так и для инсульта, для расширения возможностей периферийных центров, распределения пациентов по группам тяжести и проведения анализа случаев должны использоваться телемедицина и телефонные консультации с передачей томограммы мозга и ЭКГ. Учитывая бремя заболеваемости ССЗ, ожидается создание одинакового числа «узловых» и периферийных центров, занимающихся лечением ОКС и инсульта.

Окончательное решение о распределении услуг может быть принято после завершения Генерального плана по предоставлению услуг. В соответствии с первоначальным замыслом Рабочей группы по ССЗ, предлагаемая модель оказания неотложных услуг должна включать четыре основных поставщика медицинских услуг и местную службу скорой помощи. Эти четыре основных поставщика услуг будут находиться в Бишкеке, Джалал-Абаде, Оше и Караколе (рисунок 1). Модель необходимо привести в соответствие с Концепцией развития регионов Кыргызской Республики на 2018-2022 гг., которая предполагает экономическое развитие и рост занятости в Чуйской, Джалал-Абадской, Иссык-Кульской, Ошской областях и Бишкеке в 2018-2019 гг., и рассматривает эти регионы в качестве приоритетных для разработки системы медико-санитарной помощи и неотложной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях.

В идеале, четыре главных центра, областные и местные больницы должны стать частью сети службы ОКС и/или инсульта, которая использует утвержденные протоколы для распределения пациентов в острой фазе по группам тяжести, оценки, транспортировки, и возможного использования телемедицины для подтверждения правильности диагноза, назначения тромболитизиса и других вмешательств для острых фаз, если на месте нет старшего персонала для проведения очной оценки.

Принципы усовершенствования организации услуг:

- обеспечение доступа к возможностям проведения ЧКВ;
- разработка модели медицинского страхования со 100% охватом неотложной помощью при ОКС и инсульте, включая лечение тромболитиками и/или ЧКВ (ОКС) или тромбэктомии (инсульт), и модели оплаты;
- разработка программы образования и сертификации медицинских работников для системы предоставления помощи при ОКС и инсульте;
- разработка моделей догоспитальной помощи и логистики;
- формирование многоуровневой системы мониторинга, контроля качества и оперативного управления;

- проведение общественных кампаний в поддержку обеспечения раннего доступа к неотложной специализированной медицинской помощи.

Барьеры на пути предоставления эффективной помощи при ОКС (30), которые, вероятно, аналогичны барьерам на пути предоставления помощи при инсульте (31):

- со стороны пациента: социальные, личные, культурные, финансовые и религиозные барьеры;
- со стороны страхования: низкий уровень проникновения услуг страхования;
- со стороны транспорта: отсутствие централизованной системы скорой помощи;
- со стороны врачей: отсутствие навыков, доступности 24/7, врачебная этика;
- технологические барьеры: отсутствие оборудования, лекарственных препаратов и инфраструктуры;
- экономические и законодательные барьеры: отсутствие законодательства, поддерживающего инфраструктуру и ресурсы, а также политики возмещения расходов больницам и поставщикам услуг.

Рисунок 1: Перспектива развития служб оказания помощи при ОКС и инсульте: полная реализация для больниц и учреждений скорой помощи в соответствии с Генеральным планом.



Обозначение: голубой – лечение ОКС, зеленый – лечение инсульта, красный – лечение ОКС и инсульта

Послегоспитальный уход

Пациентам, перенёвшим инсульт или ОКС, необходим доступ к эффективным реабилитационным услугам. Реабилитация после инсульта – это многомерный процесс, призванный облегчить восстановление или адаптацию к потере физиологических или ментальных функций, пока купирование основного патологического процесса не завершено. Реабилитация направлена на расширение функциональной деятельности и участия в жизни общества и, таким образом, на повышение качества жизни. Ключевые аспекты реабилитационной помощи включают в себя мультидисциплинарную оценку, выявление функциональных расстройств и их измерение, планирование лечения путем постановки целей, проведение вмешательств, которые могут либо способствовать изменениям, либо обеспечивать поддержку пациенту в управлении происходящими изменениями, а также оценку эффективности лечения.

Краткое описание текущей ситуации

В Кыргызстане уже присутствуют некоторые компоненты послеинсультного и кардиореабилитационного процесса, но пока только в г. Бишкек. Не все проводимые вмешательства основаны на фактических данных. Кардиореабилитация еще более ограничена, при этом не созданы учреждения для кардиореабилитации или реабилитации после инсульта, работающие по принципу комплексного подхода с использованием клинических протоколов.

Будущая ситуация

Реабилитационные услуги являются основным механизмом, с помощью которого достигается функциональное восстановление и обретение самостоятельности пациентами с острым инсультом и ОКС. Когда состояние пациента с инсультом стабилизировалось, для планирования выписки в соответствующие учреждения для дальнейшего ухода проводится полная всесторонняя оценка (моторная активность, глотание, когнитивные и психические аспекты). Доказано, что более раннее поступление на реабилитацию приводит к улучшению общих функциональных показателей. Пациенты с инсультом, являющиеся кандидатами на реабилитацию после острой фазы, должны получать организованную, скоординированную, мультидисциплинарную помощь. Ранняя выписка может быть обоснована для пациентов с легкой или средней степенью инвалидности, которые могут посещать программу реабилитации в амбулаторных или дневных условиях. Имеются фактические данные о том, что функциональные результаты, достигаемые путем реабилитации после инсульта, сохраняются и фактически улучшаются в течение первого года; к пятому году после инсульта функциональные результаты перестают улучшаться и могут начать ухудшаться; к десятому году общие функциональные результаты значительно ухудшаются, однако неясно, в какой степени естественный процесс старения и коморбидность способствуют этому ухудшению. Тем не менее, реабилитация после инсульта может проводиться в различных условиях и с разным уровнем интенсивности (см. описание возможной организационной модели оказания помощи в Приложении 7).

Кардиореабилитация – это программа, проводимая под медицинским наблюдением, в которой пациенты, пережившие инфаркт, сердечную недостаточность, ангиопластику или операцию на сердце, получают консультирование и обучение по проведению необходимых физических упражнений, информацию о полезном для сердца здоровом образе жизни, направленном на ограничение поведения, способствующего повышению риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, а также расширение потенциала формирования здоровых привычек, благоприятных для сердечно-сосудистой системы. Программа может проводиться в различных условиях мультидисциплинарными командами. Первичное звено играет важную роль в профилактике повторных инфарктов и инсультов в будущем. Для этого необходимо обеспечить надлежащий обмен информацией со специалистами при выписке пациента, систематическое выявление и последующее наблюдение пациентов с целью осуществления контроля за факторами риска ССЗ.

Медикаментозная терапия основными группами лекарственных препаратов (антитромбоцитарные препараты, статины, бета-блокаторы и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента) для вторичной профилактики является методом предупреждения повторного инфаркта миокарда с доказанной эффективностью и должна широко применяться для всех пациентов. Необходимо планировать мероприятия по повышению доступности терапии (регистрация, ценовое регулирование и обеспечение льгот) и повышению приверженности пациентов лечению.

Стандарты оказания медицинской помощи и индикаторы качества

В Приложении 3 представлен рекомендуемый перечень стандартов лечения ОКС и инсульта, основанных на фактических данных, вместе с набором индикаторов, которые могут использоваться для мониторинга достижения этих стандартов. Они перечислены рядом с индикаторами в Приложении 3.

Ряд контролирующих органов и документов в Кыргызстане предлагают индикаторы для мониторинга качества медицинской помощи, предоставляемой пациентам с инфарктом и инсультом. Среди них: Фонд обязательного медицинского страхования (на 19 марта 2018 года было подготовлено 12 индикаторов) и Национальные клинические руководства (8 предложенных индикаторов для осуществления). Также готовится Дорожная карта для систем обеспечения качества. Есть общая озабоченность в связи с тем, что предлагаемые индикаторы: будет трудно собирать на регулярной основе и/или, что они не будут защищены от манипуляций; будут не очень полезными; слишком сложными и всеобъемлющими, чтобы быть значимыми; непонятными (например, индикатор по КТ «от двери к мозгу»: частная компьютерная томография? услуги нейровизуализации в государственной больнице?).

Реформирование системы предоставления услуг

Дорожная карта

В Приложении 4 дается обзор Дорожной карты действий по реформированию процесса предоставления услуг при ОКС и инсульте в течение следующих пяти лет, начиная с установления ближайших приоритетов на первый год, среднесрочных приоритетов (на 1-3 года) и более долгосрочных приоритетов на пять лет. В Приложении 5 представлено краткое содержание Дорожной карты, а в Приложении 6 содержится инфографика, представляющая Дорожную карту в иллюстративной форме.

Роли и обязанности

Перечень заинтересованных сторон для согласования и осуществления Дорожной карты включает: Министерство здравоохранения; Фонд обязательного медицинского страхования; региональные и местные административные органы здравоохранения; профессиональные и научные общества и академические круги; главных врачей, руководителей и врачей в государственных больницах и медицинских учреждениях; ключевых лидеров общественного мнения в области сердечно-сосудистых заболеваний и инсульта; учреждения по укреплению здоровья и государственные медицинские учреждения; пациентов и их семьи. Некоторые из них уже представлены в рабочей группе по ССЗ.

Разработка и внедрение этой системы должны осуществляться на национальном, региональном и местном уровнях. Национальная и субнациональная руководящие группы могут включать в себя представителей Министерства здравоохранения, Фонда обязательного медицинского страхования, ведущих врачей, главных врачей больниц, представителей общественного здравоохранения и пациентов. Необходимо определить четкие границы ответственности и подотчетности.

Механизмы

Политика и регулирование

Более широкий политический контекст обсуждался в предыдущем разделе. Существует реальная возможность увязать эту работу с работой по созданию систем неотложной помощи, подготовке Генерального плана оказания услуг, разработке систем электронного здравоохранения, систем мониторинга эффективности и качества оказываемой помощи, с тем, чтобы гарантировать, что ответные меры со стороны системы здравоохранения будут комплексными и согласованными с приказами и распоряжениями Министерства здравоохранения, постановлениями правительства и решениями Координационного совета по оптимизации оказания медицинской помощи при ОИМ и инсульте.

Структурные инвестиции

В последнее время донорами был осуществлен ряд двусторонних инвестиций в строительство больниц и медицинских учреждений, некоторые из которых находятся в частном секторе, как, например, больница кыргызско-турецкой дружбы в Бишкеке. Как ожидается, представится множество возможностей для инвестиций, в том числе в механизмы создания электронного здравоохранения, но их необходимо координировать для достижения оптимальных результатов. Эта деятельность также должна быть согласована с политикой регионального развития.

Обучение персонала

Группой местных экспертов, назначенных Министерством здравоохранения, были подготовлены новые руководства по лечению инсульта и ОКС, распространение и внедрение которых также являются частью настоящей Дорожной карты. Проводятся реформы медицинского образования. Работает финансируемый Швейцарией проект по организации курсов дистанционного обучения. Существует возможность расширения использования средств телемедицины. Рабочая группа по ССЗ предложила: проведение регулярных конференций с презентацией результатов работы; создание образовательных программ последипломного образования, в том числе дистанционного обучения и резидентуры; организацию стажировки; проведение международных программ обмена; участие в международных проектах - регистрах, проведении научных исследований и клинических испытаний; повышение квалификации (и обучение на рабочем месте) по специальности, в том числе для медсестер; подготовку специалистов в области оказания неотложной медицинской помощи и других компетенций, необходимых, но практически отсутствующих в настоящее время в лечебных учреждениях страны, таких как врач-нейрореабилитолог, логопед, профпатолог.

Материалы, которые могут быть разработаны: расширение национальных протоколов; клинические протоколы по ОКС и инсульту для медсестер (например, FeSS); карманные справочники и плакаты с протоколами для лечения инсульта и ОКС, клинические шкалы, такие, как NIHSS, RANKIN, CHADSVASc и т.д.; справочник для специалистов скорой помощи; образовательные модули для водителей, диспетчеров и скорой помощи. План действий по оказанию неотложной помощи уже включает в себя предложения по обучению бригад и диспетчеров скорой помощи.

Финансирование здравоохранения

В рамках обеспечения комплексных и согласованных ответных мер со стороны систем здравоохранения необходимо также обеспечить наличие системных инструментов для осуществления этих изменений. Финансирование здравоохранения является важной частью этого процесса, соответственно, необходимо рассмотреть вопрос о том, как направить внутреннее финансирование на расширение пакета государственных гарантий и обеспечения охвата услугами здравоохранения.

Дальнейшие шаги

Настоящая Дорожная карта была представлена Министерству здравоохранения, а также широко обсуждалась с национальными и региональными партнерами, в том числе с медицинскими специалистами. Документ предназначен для информирования Министерства здравоохранения о последующих шагах в области разработки плана действий для усовершенствования системы предоставления услуг.

Важной информацией в ближайшие месяцы станут результаты анализа возможности сбора предлагаемых индикаторов и расчет стоимости осуществления всех рекомендованных мер (единовременные инвестиции и сопутствующие затраты). Анализ также может быть использован при обсуждении пакета государственных гарантий в ближайшие месяцы.

Библиография

1. Farrington J, Pezzella FR, Yakovlev A, Rotar O. Обзор организации неотложной помощи и реабилитации при инфаркте миокарда и инсульте в Кыргызстане. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (<http://www.euro.who.int/en/countries/kyrgyzstan/publications/review-of-acute-care-and-rehabilitation-services-for-heart-attack-and-stroke-in-kyrgyzstan-2017>, по состоянию на 14 ноября 2018 г.).
2. Бейшенкулов М.Т., Токтосунова А.К. Клинический протокол “Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST”. Bishkek: Министерство здравоохранения, Кыргызстан; 2017 г.
3. Токтомушев Ч.Т., Тургумбаев Д.Д., Калиев О.Ч. и др. “Ведение больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Клиническое руководство на догоспитальном этапе”. Бишкек: Министерство здравоохранения Кыргызстана; 2017 г.
4. Тойматов С.Ш., Оморов Н.К., Тургумбаев Д.Д., Smith B. “Ишемический инсульт и транзиторные ишемические атаки. Клиническое руководство (Госпитальный этап)”. Бишкек: Министерство здравоохранения, Кыргызстан; 2017 г.
5. Tackling NCDs. “Best buys” and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/ncds/management/best-buys/en>, по состоянию на 14 ноября 2018 г.).
6. Evidence-based treatment protocols. HEARTS technical package for cardiovascular disease management in primary health care. Geneva: World Health Organization; 2018 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260421/WHO-NMH-NVI-18.2-eng.pdf;jsessionid=8FB9FEC6E61A12277C75CE8F8D6D7595?sequence=1>, по состоянию на 14 ноября 2018 г.).
7. WHO essential medicines list. 20th edition. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en>, по состоянию на 14 ноября 2018 г.).
8. Clinical practice guidelines. Sophia Antipolis, France: European Society of Cardiology; 2018 (<https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines>, по состоянию на 27 апреля 2018 г.).
9. ESO Guideline Directory. Basle: European Stroke Organisation; 2018 (<https://eso-stroke.org/eso-guideline-directory>, по состоянию на 14 ноября 2018 г.).
10. Langhorne P, Williams BO, Gilchrist W, Howie K. Do stroke units save lives? *Lancet*. 1993;342:395–8.
11. Kim CH, Jeon JP, Kim SE, Choi HJ, Cho YJ. Endovascular treatment with intravenous thrombolysis versus endovascular treatment alone for acute anterior circulation stroke: a meta-analysis of observational studies. *J Korean Neurosurg Soc*. 2018;61:467–73.
12. Ganesh A, Lindsay P, Fang J, Kapral MK, Côté R, Joiner I et al. Integrated systems of stroke care and reduction in 30-day mortality: a retrospective analysis. *Neurology*. 2016;86:898–904.
13. Vahedi K, Hofmeijer J, Juettler E, Vicaut E, George B, Algra A et al. Early decompressive surgery in malignant infarction of the middle cerebral artery: a pooled analysis of three randomised controlled trials. *Lancet Neurol*. 2007;6:215–22.
14. Middleton S, McEllduff P, Ward J, Grimshaw JM, Dale S, D’Este C et al. Implementation of evidence-based treatment protocols to manage fever, hyperglycaemia, and swallowing dysfunction in acute stroke (QASC): a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2011;378:1699–1706.
15. Guidelines 2008. Basle: European Stroke Organisation; 2008 (<https://eso-stroke.org/eso-guideline-directory>, по состоянию на 14 ноября 2018 г.).
16. European Stroke Organization guideline on glycaemia management in acute stroke. Basle: European Stroke Organisation; 2017 (<https://eso-stroke.org/eso-guideline-directory>, по состоянию на 14 ноября 2018 г.).
17. Teasell R, Foley N, Hussein N, Cotoi A. The efficacy of stroke rehabilitation. In: Teasell R, Cotoi A, Chow J, Wiener J, Iliescu A, Hussein N, Salter K. The stroke rehabilitation evidence-based review. 18th edition. Toronto: Canadian Stroke Network; 2018 <http://www.ebsr.com>, по состоянию на 14 ноября 2018 г.).
18. Mendis S. Leading opinion. *Int J Stroke*. 2013;8:3–4.
19. Heikkilä I, Kuusisto H, Stolberg A, Palomäki A. Stroke thrombolysis given by emergency physicians cuts in-hospital delays significantly immediately after implementing a new treatment protocol. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2016;24:46.
20. Ryynänen OP, Iirola T, Reitala J, Pälve H, Malmivaara A. Is advanced life support better than basic life support in prehospital care? A systematic review. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2010;18:62.

21. Sanghavi P, Jena AB, Newhouse JP, Zaslavsky AM. Outcomes of basic versus advanced life support for out-of-hospital medical emergencies. *Ann Intern Med.* 2015;163:681–90.
22. Ebinger M, Kunz A, Wendt M, Rozanski M, Winter B, Waldschmidt C et al. Effects of golden hour thrombolysis: a Prehospital Acute Neurological Treatment and Optimization of Medical Care in Stroke (PHANTOM-S) substudy. *JAMA Neurol.* 2015;72:25–30.
23. Ebinger M, Winter B, Wendt M, Weber JE, Waldschmidt C, Rozanski M et al. Effect of the use of ambulance-based thrombolysis on time to thrombolysis in acute ischemic stroke: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2014;311:1622–31.
24. Bowry R, Grotta JC. Bringing emergency neurology to ambulances: mobile stroke unit. *Semin Respir Crit Care Med.* 2017;38:713–7.
25. Gyrð-Hansen D, Olsen KR, Bollweg K, Kronborg C, Ebinger M, Audebert HJ. Cost–effectiveness estimate of prehospital thrombolysis: results of the PHANTOM-S study. *Neurology.* 2015;84:1090–7.
26. Dietrich M, Walter S, Ragošchke-Schumm A, Helwig S, Levine S, Balucani C et al. Is prehospital treatment of acute stroke too expensive? An economic evaluation based on the first trial. *Cerebrovasc Dis.* 2014;38:457–63.
27. Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, Bruno A, Connors JJ, Demaerschalk BM et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2013;44:870–947.
28. Moynihan B, Davis D, Pereira A, Cloud G, Markus HS. Delivering regional thrombolysis via a hub-and-spoke model. *J R Soc Med.* 2010;103:363–9.
29. The Stent Save a Life initiative (<https://www.stentsavealife.com>, по состоянию на 14 ноября 2018 г.).
30. Mehta S, Granger C, Grines CL, Jacobs A, Henry TD, Rokos I et al. Confronting system barriers for ST-elevation MI in low and middle income countries with a focus on India. *Indian Heart J.* 2017;70:185–90.
31. El Khoury R, Jung R, Nanda A, Sila C, Abraham MG, Castonguay AC et al. Overview of key factors in improving access to acute stroke care. *Neurology.* 2012;79(13 Suppl. 1):S26–34.

Приложение 1: Состав Рабочей группы по ССЗ

Рабочая группа была создана в июне 2017 года и к марту 2018 года провела 16 заседаний.

Ибраева Н. С., Национальный координатор по НИЗ, Министерство здравоохранения, Департамент управления здравоохранением и лекарственной политики

Сарыбаев А. С., главный кардиолог Министерства здравоохранения, Национальный центр кардиологии и внутренней медицины, заведующий кафедрой высокорной медицины

Звенцова В., врач-кардиолог, ученый секретарь, Национальный центр кардиологии и внутренней медицины, Кафедра ОИМ

Чазымова З., старший врач неотложной кардиологии, Национальный центр кардиологии и внутренней медицины, отделение неотложной кардиологии

Джуманазаров А. Б., Заместитель директора научного Института кардиохирургии и трансплантации органов

Махмутходжаев С. А., Консультант по ССЗ, Ден Соолук

Туменбаева Г., старший кардиолог Скорой помощи г. Бишкек

Артыкбаев А. С., главный невролог Минздрава, заведующий отделением, городская больница №1

Свердлова И. А., врач невролог, Кыргызский государственный медицинский институт последипломного образования

Асанова Н. врач невролог ЦСМ № 7

Кулов Б. Б., заведующий кафедрой научного Института реабилитации

Луценко И., ассистент кафедры неврологии Кыргызской государственной медицинской академии

Приложение 2: Рекомендации для машин скорой помощи

2.1. Оборудование машин скорой помощи

В Таблице А2-1 перечислено основное оборудование для машин скорой помощи, необходимое для обеспечения догоспитального базового комплекса реанимационных мероприятий при ОКС и инсульте, рекомендуемое в дополнение к стандартному оснащению машин скорой помощи оборудованием для базового комплекса реанимационных мероприятий по другим состояниям (см. раздел «Модель оказания помощи»).

Таблица А2-1: Предлагаемый перечень оборудования, которое должно находиться во всех машинах скорой помощи, для обеспечения базового комплекса реанимационных мероприятий при ОКС и инсульте

Требования к наличию	Оборудование	Наличие в машинах скорой помощи на данный момент
Требуется	Оборудование для искусственного дыхания и дыхательная трубка (аспиратор; маска для подачи кислорода; ручной аппарат для искусственного дыхания и маска)	Нет
Требуется	Пульсоксиметр	Да
Требуется	Электрокардиограф и монитор	Да
Требуется (при отсутствии врача)	Устройство для дистанционной передачи ЭКГ (телемедицина)	Нет в машинах скорой помощи при наличии врача
Рекомендуется (при наличии в бригаде врача)		Имеется в некоторых больницах третичного уровня
Требуется	Наружный кардиовертер (дефибриллятор)	Да

В дополнение к основному оборудованию, машине скорой помощи, выполняющей расширенный комплекс реанимационных мероприятий при ОКС, потребуется дополнительное оборудование, как представлено в таблице А2-2.

Таблица А2-2: Предлагаемый перечень оборудования, которым должны быть оснащены специализированные машины скорой помощи, предоставляющие расширенный комплекс реанимационных мероприятий при ОКС

Требования к наличию	Оборудование	Наличие в машинах скорой помощи на данный момент
Требуется (при отсутствии врача)		Нет в машинах скорой помощи
Рекомендуется (при наличии в бригаде врача)	Устройство для передачи ЭКГ (телемедицина)	Имеется в некоторых больницах третичного уровня
Настоятельно рекомендуется	Наружный электрокардиостимулятор (кардиостимулятор)	Нет
Рекомендуется	Аппарат для инвазивной вентиляции лёгких	Нет
Рекомендуется	Портативный прибор ультразвуковой диагностики	Нет
Может рассматриваться	Устройство для механического непрямого массажа сердца	Нет
Может рассматриваться	Тест-системы для определения уровня биомаркеров (тропонин) на месте	Нет

Источник: Beugui et al. (2). Ключ: Приоритизация - 1) Требуется; 2) Настоятельно рекомендуется; 3) Рекомендуется; 4) Может рассматриваться

2.2. Лекарственные средства для машин скорой помощи

Ниже приводится примерный перечень основных лекарственных средств для предоставления догоспитальной помощи при ОКС и инсульте, которыми должны оснащаться машины скорой помощи при наличии в бригаде врача (см. раздел «Модель оказания помощи»). Кыргызские клинические руководства по оказанию догоспитальной помощи не содержат перечней конкретных лекарственных средств, поэтому данные для рекомендации взяты из международных научно обоснованных руководств и Перечня ВОЗ основных лекарственных средств.

Таблица А2-3: Предлагаемый перечень лекарственных средств для машин скорой помощи, предоставляющих догоспитальную помощь при ОКС и инсульте

Требования	Лекарственные средства для ОКС и инсульта	Наличие в Перечне ВОЗ основных лекарственных средств	Наличие в национальном фармакологическом справочнике	Наличие в машинах скорой помощи на данный момент
Требуется	Морфин	Да	Да	Да
	Фуросемид	Да	Да	Да
	Адреналин	Да	Да	Да
	Диазепам	Да	Да	Да
Настоятельно рекомендуется	Амиодарон	Да	Да	Да
	Атропин	Да	Да	Да
	Препараты, снижающие артериальное давление	Бисопролол Амлодипин Эналаприл	Бисопролол Амлодипин Эналаприл	Да

Таблица А2-3 (продолжение)

Требования	Лекарственные средства для ОКС и инсульта	Наличие в Перечне ВОЗ основных лекарственных средств	Наличие в национальном фармакологическом справочнике	Наличие в машинах скорой помощи на данный момент
Рекомендуется	Нитроглицерин	Да	Да	Да
	Лидокаин	Да	Да	Да
	Добутамин	Да	Да	Да
	Сульфат магния	Да	Да	Да

Как описано в разделе «Модель оказания помощи», специализированная скорая помощь, оказывающая помощь при ОКС, будет иметь возможности проведения тромболиза. Дополнительные лекарственные средства, которые для этого потребуются, приведены в таблице А2-4.

Таблица А2-4: Дополнительные лекарственные средства, необходимые для проведения тромболиза

Лекарственные средства для проведения догоспитального тромболиза	Наличие в Перечне ВОЗ основных лекарственных средств	Наличие в национальном фармакологическом справочнике	Наличие в машинах скорой помощи на данное время
Альтеплаза ^а	Нет	Нет	Нет
Нефракционированные гепарины и /или эноксапарин	Да	Да	Нет
Ацетил салициловая кислота (аспирин)	Да	Да	Да
Клопидогрел	Да	Да	Да
Бета-блокаторы	Да	Бисопролол Карведиол Метопролол	Да

Источник: Beygui et al. (2).

^а В настоящее время стрептокиназа доступна только в больницах, но не в машинах скорой помощи. В настоящее время, имеется только стрептокиназа, но этот препарат уже не рекомендуется в международных руководствах. В международных руководствах (2) говорится о возможном применении альтеплазы и рекомендуется тенектеплаза, но последней нет в Перечне ВОЗ основных лекарственных средств.

Справочная литература

1. Перечень ВОЗ основных лекарственных средств. 20-е издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. (<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en>, по состоянию на 14 ноября 2018 г.).
2. Beygui F, Castren M, Brunetti ND, Rosell-Ortiz F, Christ M, Zeymer U et al. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2015 DOI: 10.1177/2048872615604119
3. Equipment for ambulances: ACEP policy statement. Irving (TX): American College of Emergency Physicians and Medical Direction of Emergency Medical Services; 2018 (<http://www.acep.org>, по состоянию на 14 ноября 2018 г.).

Приложение 3: Стандарты и индикаторы эффективности

3.1. Догоспитальная помощь: Острый коронарный синдром (ОКС)

Стандарт лечения	Фаза применения	Индикатор	Инструмент применения	Уровень (больничный, региональный или национальный)
Наличие базового уровня медицинской помощи на догоспитальном этапе: сердечно-легочная реанимация, дефибрилляция, анальгетики, антитромботические препараты (гепарин, антитромбоциттарные препараты), диуретики, катехоламины (1)	1 год	● % бригад скорой помощи, оснащенных аппаратом ЭКГ, дефибриллятором и набором медикаментов	План развития неотложной помощи Ежегодные отчеты машины скорой помощи Программы обучения Программа сертификации персонала скорой помощи	Региональный
		● % бригад скорой помощи, сертифицированных по базовым/специализированным реанимационным мероприятиям		
		● число успешно проведенных случаев реанимации		
		● % машин скорой помощи, оснащенных электрокардиографом и дефибриллятором (машины, оснащенные дефибриллятором/все машины скорой помощи x 100)		
		● % покрытия потребностей (фактическое количество имеющегося оборудования/все оборудование, необходимое для охвата населения x 100)		

Таблица 3.1 (продолжение)

Стандарт лечения	Фаза применения	Индикатор	Инструмент применения	Уровень (больничный, региональный или национальный)
Пациенты с подозрением на ОКС, требующие вмешательства скорой помощи, должны получить ее как можно скорее (в идеале в течение 20 минут) с момента вызова, а ЭКГ должна быть зарегистрирована в течение следующих 10 минут после контакта с пациентом и, если показано, должна быть проведена догоспитальная тромболитическая медикаментозная терапия, если имеется	1-3 года	● % пациентов с ОКС, получающих скорую помощь в течение 20 мин с момента вызова (пациенты ОКС, получающие скорую помощь в течение 20 минут/все пациенты с ОКС вызывавшие скорую помощь x 100) ● % пациентов, получающих ЭКГ на догоспитальном этапе (все пациенты, получающие ЭКГ на догоспитальном этапе/все пациенты с клинически установленным диагнозом ОКС x 100) ● % пациентов с ОКС, получающих тромболитизис в догоспитальной обстановке^а (пациенты, получающие тромболитизис/все пациенты с клиническим диагнозом ОКС x 100)^б	Регистр скорой помощи и регистр ОКС Наличие тромболитических препаратов Наличие электрокардиографа и дефибриллятора Контрольный список и протокол догоспитального лечения ОКС Обучение персонала скорой помощи	Региональный и национальный

Таблица 3.1 (продолжение)

Стандарт лечения	Фаза применения	Индикатор	Инструмент применения	Уровень (больничный, региональный или национальный)
Догоспитальная помощь пациентам с подозрением на ОКС должна включать в себя предварительное уведомление о госпитализации пациента с ОКС бригадами скорой помощи принимающего Отделения неотложной помощи или Отделение интенсивной терапии, при наличии положительной ЭКГ у пациента или при подозрении на ОКС, чтобы ускорить оценку специалистами и лечение. Эти пациенты должны госпитализироваться непосредственно в отделение интенсивной терапии	1-3 года	● % пациентов с подозрением на ОКС на догоспитальном этапе (ЭКГ сделано), госпитализированных непосредственно в отделение интенсивной терапии/все пациенты с ОКС, госпитализированные в больницу x 100)	Протокол о региональной координации лечения ОКС	Больничный
			Связь между скорой помощью и больницей (прямой вызов или вызов через диспетчера скорой помощи)	
			Протокол/контрольный список догоспитального лечения ОКС	
			Обучение служб скорой и неотложной помощи	
			Регистр скорой помощи и регистр ОКС или больниц	
Дефибрилляция должна быть доступна на догоспитальном этапе; ЭКГ должна быть доступна на догоспитальном этапе	1-3 года	● % машин скорой помощи, оснащенных ЭКГ и дефибрилятором (машины, оснащенные дефибрилятором/все машины скорой помощи x 100) ● % покрытия потребности (фактическое количество доступного оборудования/все оборудование, необходимое для охвата населения x 100)		Региональный

Таблица 3.1 (продолжение)

Стандарт лечения	Фаза применения	Индикатор	Инструмент применения	Уровень (больничный, региональный или национальный)
Теле-ЭКГ должна быть доступна, особенно в сельских районах, где невозможна реперфузионная терапия путём первичного ЧКВ	1-3 года	● % бригад скорой помощи, не имеющих в составе врача, оснащенных возможностями теле-ЭКГ ● Количество консультаций теле-ЭКГ ● Количество тромбозисов, выполненных в дотоспитальной обстановке	Внедрение возможностей теле-ЭКГ в регионах Обучение служб скорой и неотложной помощи	Региональный или больничный

^a Этот индикатор особенно полезен в сельских районах

⁶ Дотоспитальный тромбозис особенно важен в сельских районах и имеет хорошо зарекомендовавший себя эффект снижения смертности и инвалидности. Он требует наличия электрокардиографа и дефибриллятора, а также хорошо подготовленного персонала скорой помощи, обновленного протокола и контрольного списка. Все это может быть выделено в один стандарт, определяемый как «доступность тромболитика для отдельных пациентов с инсультом», измеряемый как абсолютное число случаев проведения дотоспитального тромболитика в каждом регионе и процент фактических процедур тромболитика / пациентов с ОКС, госпитализированных в больницу x 100.

3.2. Догоспитальная помощь: Инсульт

Стандарт лечения	Фаза применения	Индикатор	Инструмент применения	Уровень
Пациента с подозрением на инсульт или ТИА следует немедленно оценить при первом контакте, используя утвержденный инструмент скрининга, например, тест FAST (Face, Arm, Speech, Time - Лицо, Рука, Речь, Время)	1-3 года	● % пациентов с инсультом, получающих оценку по телефону при подозрении на инсульт (число пациентов, получающих оценку по телефону при подозрении на инсульт/пациенты с инсультом, поступившие в больницы x 100)	Обучение скорой помощи по FAST ^a Регистр скорой помощи Региональный регистр инсультов	Региональный или национальный
Транспортировка в больницу, предоставляющую специализированные услуги по лечению острого инсульта, должна быть организована в самые кратчайшие сроки и всегда в течение максимум 1 часа с момента уведомления скорой помощи (3)	1-3 года	● % пациентов с догоспитальным подозрением на инсульт, попадающих в больницу в течение максимум 1 часа от вызова скорой помощи (пациенты, доставленные в больницу в течение 1 часа после уведомления скорой помощи/все пациенты госпитализированные с инсультом x 100)	Протокол и контрольный список для догоспитального лечения инсульта Обучение служб скорой и неотложной помощи Регистр скорой помощи и регистр инсультов и больниц	Больничный или региональный

Таблица 3.2 (продолжение)

Стандарт лечения	Фаза применения	Индикатор	Инструмент применения	Уровень
Догоспитальная помощь пациентам с подозрением на инсульт должна включать в себя предварительное уведомление бригадой скорой помощи принимающего Отделения неотложной помощи или инсультного отделения в течение 15 минут, если пациент FAST-положительный или есть подозрение на инсульт, чтобы ускорить оценку специалистом и лечение (2)	1-3 года	● % пациентов с инсультом, госпитализированных в больницу с предварительным уведомлением об инсульте (пациенты с инсультом госпитализированные на основании уведомления за 15 минут/все госпитализированные пациенты с инсультом x 100)	Протокол предварительного уведомления об инсульте Обучение врачей скорой и неотложной помощи и неврологов	Региональный
		● Время госпитализации пациентов с инсультом	Реестр инсультов и скорой помощи	
		— время госпитализации пациентов с уточненным инсультом при наличии предварительного уведомления об инсульте	Распространение протокола предварительного уведомления	
		— время госпитализации пациентов с уточненным инсультом без предварительного уведомления об инсульте	Обучение скорой помощи протоколу предварительного уведомления	

^a Это уже имеется в Бишкеке, но необходимо разработать более удобную для пользователя и более значимую форму.

3.3. Госпитальная помощь при острых состояниях: ОКС

Стандарт лечения	Фаза применения	Индикатор	Инструмент применения	Уровень
Наличие ЧКВ, услуг отделения интенсивной терапии, коек, находящихся под наблюдением 24/7/365	3-5 лет (?)	● Число пациентов STEMI, получавших ЧКВ	Наличие отделения интенсивной терапии и лаборатории катетеризации в стратегических центрах	Больничный и региональный
		— Первичное ЧКВ		
		— ЧКВ после тромболизиса		
		● Пациенты STEMI: % пациентов STEMI, получивших реперфузию в первые 12 часов от появления симптомов*	Обучение персонала (кардиолог, медсестра, техник)	
Наличие лабораторно-диагностических средств (предпочтительнее высокочувствительный тропонин по сравнению со стандартным количественным тропонином или MB-КФК)		● Пациенты без-STEMI: % пациентов среднего, высокого и очень высокого риска NSTEMI, которым проводится коронарография во время пребывания в больнице	Мониторинг качества, местный регистр ОКС и анализ случаев	
		● % пациентов с подозрением на ОКС с выполненным тестом на содержание тропонина при поступлении в больницу	Госпитальный регистр ОКС	
			Аудит страховой компании	
Все пациенты с ОКС среднего и высокого риска, особенно с осложнениями, должны быть госпитализированы в отделение интенсивной терапии и лечиться на койке, находящейся под постоянным наблюдением, до стабилизации состояния	1-3 года	Внутрибольничная летальность от острого инфаркта миокарда	Создание отделений интенсивной терапии	Национальный, региональный и больничный
		Показатели смертности в течение 30 дней после госпитализации в связи с острым инфарктом миокарда	Создание и внедрение клинических протоколов лечения ОКС	
			Аудит региональной страховой компании - Обучение персонала, стандартизация протоколов и контрольного списка в стране, обновление доступных препаратов (в том числе статинов, бета-блокаторов, препаратов для антитромботической терапии)	

Таблица 3.3 (продолжение)

Стандарт лечения	Фаза применения	Индикатор	Инструмент применения	Уровень
В отдельных случаях показана комплексная сердечно-сосудистая хирургия (аортокоронарное шунтирование, хирургическое лечение острой диссекции аорты, клапанов и других сердечно-сосудистых структур) ⁶	3-5 лет	Возможность консультаций кардиохирурга: ● Количество консультаций ● Количество кардиохирургических операций, выполненных во время госпитализации ^с	Обновление профессиональных знаний персонала и техническое обновление объектов	Национальный, региональный и больничный
Доступность эхокардиографии для всех пациентов при госпитализации (в сложных случаях – в течение первых 24 часов)	3-5 лет	% пациентов с оцененными параметрами фракции выброса левого желудочка и другими эхо-параметрами во время госпитализации	Больничный регистр ОКС Аудит страховой компании	
Все пациенты с ОКС без противопоказаний должны получать двойную антитромбоцитарную терапию, ингибиторы АПФ, бета-блокаторы и высокую дозу статинов	1 год	% пациентов, нуждающихся в лекарствах, получающих необходимые лекарственные препараты	Больничный регистр ОКС Аудит страховой компании	

^а Реперфузией может быть ЧКВ или тромболитическая терапия.
⁶ Этот пункт очень общий, но важен для будущего видения и развития услуг.
^с Необходимо определить.

3.4. Госпитальная помощь при острых состояниях: инсульт

Стандарт лечения	Фаза применения	Индикатор	Инструмент применения	Уровень
Все пациенты с подозрением на инсульт должны иметь немедленный доступ к КТ томографии, если это необходимо для планирования срочного лечения. Все остальные пациенты с подозрением на инсульт должны пройти КТ сканирование в течение 12 часов после поступления ^a	1-3 года (?)	● Время от двери до КТ сканирования ● % КТ визуализации мозга при каждом подозрении на инсульт там, где имеется доступ к КТ ● % пациентов с острым инсультом, доставляемых в больницу в течение 4,5 часов с момента появления симптомов, получающих КТ мозга в течение 30 минут с момента поступления в больницу (пациенты, доставленные в больницу в течение 4,5 часов с момента появления симптомов, получающих КТ в течение 30 минут с момента поступления в больницу /пациенты, доставленные в больницу в течение 4,5 часов с момента появления симптомов, получившие КТ по истечении 30 минут с момента поступления в больницу x 100) ● % пациентов с острым инсультом, которым было проведено КТ сканирование в течение 12 часов с момента поступления в больницу (пациенты с острым инсультом, которым было проведено КТ сканирование в течение 12 часов с момента поступления в больницу / все госпитализированные пациенты с инсультом x 100)	Создание программы для КТ сканирования в государственной больнице	Больничный и региональный
			Регистр неотложных ситуаций и инсультов	

Таблица 3.4 (продолжение)

Стандарт лечения	Фаза применения	Индикатор	Инструмент применения	Уровень
Алтеплаза должна назначаться только специалистами, входящими в команду лечения сверхострой формы инсульта, обученными и обладающими опытом в проведении тромболизиса при инсульте и распознавании осложнений. Чем раньше предоставляется		● Абсолютное число проведенных процедур тромболизиса ● Время «от двери до иглы»		
тромболитическое лечение, тем лучше исход, особенно если оно проводится в течение 90 минут с момента появления симптомов. Инструкция по применению поддерживает использование алтеплазы в период до 4,5 часов с момента появления симптомов. Если в центре имеется внутривенный тромболитик, то нужно максимально сократить время от двери до иглы для тех, кто подходит для одобренного применения внутривенного тромболизиса в течение < 60 минут (3, 4)	3-5 лет	● % нуждающихся в терапии пациентов, получающих внутривенную тромболитическую терапию ● % нуждающихся в терапии пациентов, получающих внутривенную тромболитическую терапию в течение 60 мин с момента поступления в больницу	Протокол острого инсульта Наличие алтеплазы Обучение персонала неотложной помощи и отделения неврологии	Больничный и региональный

Таблица 3.4 (продолжение)

Стандарт лечения	Фаза применения	Индикатор	Инструмент применения	Уровень
Пациенты с инсультом должны лечиться в инсультном отделении, если нет других показаний, требующих немедленной специализированной помощи. Лечение пациентов с инсультом проводится мультидисциплинарной командой, пациенты получают многопрофильную оценку в течение 24 часов с момента поступления в инсультное отделение (3)	1-3 года	● Показатели смертности в течение 30 дней после госпитализации в связи с ишемическим инсультом ● Показатели смертности в течение 30 дней после госпитализации в связи с геморрагическим инсультом ● Доля всех пациентов с острым инсультом в качестве преобладающей патологии, госпитализированных в инсультное отделение (или, при необходимости, в отделение интенсивной терапии) ● % пациентов с окончательным диагнозом инсульта с задокументированной физиотерапевтической оценкой, проведенной в течение 24-48 часов после поступления в больницу ● % пациентов с задокументированной оценкой глотания, проведенной в течение 24-48 часов после поступления в больницу	Инсультные центры уже существуют; для улучшения ухода за больными с инсультом в существующих инсультных отделениях необходимо осуществить 4 типа вмешательств: 1) Мониторинг качества и анализ случаев с инсультной командой (регистр RES-Q уже имеется и предполагает ежемесячный отчет) 2) Обучение персонала (логопед, реабилитолог и т.д.) 3) Оборудование (эхография, мультитипараметрический мониторинг) 4) Основные лекарственные средства	Национальный, региональный и больничный

^a Этот стандарт зависит от наличия КТ оборудования в государственной больнице, которое в настоящее время отсутствует, поэтому и фаза его выполнения зависит от плана и стратегии технологических инвестиций. Без КТ сканирования невозможно планировать лечение пациентов с инсультом и прогнозировать дальнейшее течение болезни.

3.5. Послегоспитальная помощь: ОКС и инсульт

Стандарт лечения	Фаза применения	Индикатор	Инструмент применения	Уровень
Инсульт: все пациенты с инсультом должны иметь доступ к специализированным услугам по нейрореабилитации и к специализированной программе реабилитации после инсульта в соответствующих специально созданных для этого условиях (стационарное отделение реабилитации, служба патронажа, центр дневного ухода, амбулаторная клиника, реабилитация в домашних условиях) в соответствии с потребностями пациента и прогнозом реабилитации (разработанным и стандартизированным с использованием инсультной шкалы, например, NIHSS, Rankin, ADL, IADL, индекса Barthel, индекса мобильности) (3, 4).	1-3 года	Число пациентов, направляемых в специализированные службы нейрореабилитации после выписки из больницы ^а	Регистр инсультов Шкалы инсульта Обучение персонала Определение реабилитационных вмешательств при инсульте, избегая процедур, для которых отсутствуют или имеется недостаточное количество фактических данных	Больничный и региональный
Инсульт: все пациенты, перенесшие инсульт, должны пройти комплексную оценку в течение 6-12 месяцев (5)	1-3 года	Распределение показателей инвалидности среди населения, перенесшего инсульт, с использованием модифицированной шкалы Rankin при выписке из отделения интенсивной терапии и через 3-6-12 месяцев после инсульта ^б		

Таблица 3.5 (продолжение)

Стандарт лечения	Фаза применения	Индикатор	Инструмент применения	Уровень
ОКС: все пациенты с ОКС должны оцениваться на предмет необходимости реабилитационного лечения, направления на специальное лечение, проходить клиническую оценку, и иметь доступ к основным кардиореабилитационным мероприятиям перед переходом к долгосрочному лечению	3-5 лет	% пациентов с инфарктом миокарда, направленных на кардиологическую реабилитацию	Принятие стандартизированных протоколов для кардиореабилитации	Больничный и региональный
		Смертность от сердечно-сосудистых причин в течение 12 месяцев после инфаркта миокарда	Принятие критериев аккредитации кардиореабилитационных центров	

^a Индивидуальные индикаторы могут быть использованы в зависимости от условий реабилитации.
^b Этот индикатор может быть добавлен в таблицу неотложной помощи, чтобы подчеркнуть важность использования клинических шкал в повседневной практике. Клинические шкалы, которые необходимы для определения исхода: NIHSS, модифицированная шкала Rankin и, для целей реабилитации, индекс Barthel, ADL и IADL.

3.6. Послегоспитальная помощь: вторичная профилактика ОКС и инсульта

Стандарт лечения	Фаза применения	Индикатор	Инструмент применения	Уровень
		● % пациентов с ОКС без противопоказаний, выписанных с назначением высокой дозы статинов ● % пациентов с ОКС (с фракцией выброса левого желудочка 40%), выписанных с назначением бета-блокаторов и ингибиторов АПФ ● % пациентов с ОКС, ТИА или инсультом на антитромботической терапии (ацетилсалициловая кислота, клопидогрел, или ацетилсалициловая кислота плюс клопидогрел, если показано) ● % пациентов с фибрилляцией предсердий и ишемическим инсультом или ТИА, выписанных с назначением антикоагулянтов	Регистр ОКС с последующим наблюдением Бесплатные и/или доступные по цене лекарственные средства для вторичной профилактики (не менее 1 года после ОКС и инсульта или ТИА)	
Назначение стандартной вторичной профилактики при выписке из больницы в зависимости от острого сердечно-сосудистого события: ОКС, ТИА, ишемический инсульт (3, 4)	1-3 года			Региональный
Коморбидность (диабет, избыточный вес, курение)		● % пациентов с ОКС, ТИА или инсультом, получающих консультации по отказу от курения ● % пациентов с ОКС, ТИА или инсультом, получающих консультации о здоровом образе жизни (например, по вопросам изменения питания)		Региональный и национальный

Таблица 3.6 (продолжение)

Стандарт лечения	Фаза применения	Индикатор	Инструмент применения	Уровень
Консультации по здоровому поведению, обучение пациентов и программы приверженности лечению	3-5 лет	● % пациентов на диспансерном наблюдении	Политика диспансерного наблюдения	
		● % нуждающихся в лекарствах пациентов, участвующих в программах получения бесплатных лекарственных средств или в программах сооплаты	Политика обеспечения бесплатными лекарственными препаратами	

Справочная литература

1. Beygui F, Castren M, Brunetti ND, Rosell-Ortiz F, Christ M, Zeymer U et al. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2015 DOI: 10.1177/2048872615604119
2. Оморов Н.К., Тургумбаев Д.Д. [Ишемический инсульт и транзиторные ишемические атаки. Клиническое руководство на госпитальном этапе]. Бишкек: Министерство здравоохранения, Кыргызстан; 2017 г.
3. Stroke service standards. London: British Association of Stroke Physicians; 2014 (<https://basp.ac.uk>, по состоянию на 14 ноября 2018 г.).
4. Guidelines 2008. Basle: European Stroke Organisation; 2008 (<https://eso-stroke.org/eso-guideline-directory>, по состоянию на 14 ноября 2018 г.).
5. King’s College London. The burden of stroke in Europe. Brussels: Stroke Alliance for Europe; 2017.

Приложение 4: Приоритетность вмешательств

4.1. Приоритеты на 2018 год или первые 12 месяцев с текущими или ограниченными ресурсами

Инсульт		ОКС
Системные вопросы	●	Сеть отделений неотложной помощи и генеральный план
	●	Создание групп (Министерство здравоохранения, Фонд обязательного медицинского страхования, Электронное здравоохранение, ведущие кардиологи и клиницисты по инсультам, поставщики услуг) на национальном и субнациональном уровнях, ответственных за реализацию Дорожной карты и мониторинг стандартов оказания медицинской помощи и достижение индикаторов
	●	Распространение новых национальных клинических руководств для ОКС и инсульта, обучение и оказание поддержки врачам в их использовании, при использовании возможностей телемедицины
	●	Согласование индикаторов, которые будут использоваться для мониторинга качества оказываемой помощи при ОКС и инсульте и эффективности работы поставщиков
	●	Повышение осведомленности широкой общественности о признаках и симптомах инсульта и ОКС и о соответствующих и своевременных мерах
Догоспитальная помощь	●	Обучение врачей первичной медико-санитарной помощи, медсестер и фельдшеров распознаванию признаков и симптомов инсульта и ОКС, а также проведению соответствующих и своевременных мероприятий по оказанию помощи
	●	Развертывание применения теле-ЭКГ, оснащение персонала первичной медико-санитарной помощи оборудованием и обеспечением поддержки через телемедицину
	●	Оснащение машин скорой помощи самым необходимым оборудованием и лекарственными средствами для оказания помощи при ОКС и инсульте
	●	Обучение бригад скорой помощи распознаванию признаков инсульта, используя мнемонику FAST, и оказанию неотложной помощи
	●	Обучение бригад скорой помощи распознаванию STEMI/NSTEMI и оказанию неотложной помощи

Таблица 4.1 (продолжение)

Инсульт		ОКС
Госпитальная помощь	Разработка генерального плана для больниц, который включает в себя схему организации услуг для ОКС и инсульта с веерной моделью сети неотложной помощи	
	Разработка сети неотложной помощи при инсульте и ОКС с использованием имеющихся ресурсов и последующим расширением масштабов	
	Обзор возможностей телемедицины и электронного здравоохранения – разработка системы для обеспечения доступа к врачам, имеющим опыт лечения острого инсульта и ОКС, и для содействия интерпретации диагностических тестов и визуализации	
	Расширение доступа к ангиографии за счет более эффективного использования имеющихся ресурсов и/или ввода в эксплуатацию новых	
	Пересмотр Перечня основных лекарственных средств для лечения ОКС и инсульта и сердечно-сосудистой и цереброваскулярной профилактики	
	Начало внедрения регистра инсульта (RES-Q) и ОКС	
	Организация сетей инсульта	● Организация сетей ОКС
	Организация междисциплинарных групп по инсульту	● Пилотный аудит ОИМ с использованием индикаторов
	Обзор службы нейрохирургии и протоколов геморрагического инсульта и субарахноидального кровоизлияния	● Обучение кардиолога и медсестер использованию шкал и баллов: шкалы Rankin, ADL, IADL
	Обучение медсестер использованию протокола FeSS и оценке рациона питания, масштабное внедрение и мониторинг эффективности	
	Обучение врачей неотложной помощи и невропатологов и медсестер использованию клинических шкал: NIHSS, модифицированной шкалы Rankin, индекса Barthel, ADL, IADL, масштабное внедрение и мониторинг эффективности	
	Расширение доступа к срочному КТ сканированию за счет более эффективного использования существующих ресурсов и/или ввода в эксплуатацию новых	

Таблица 4.1 (продолжение)

Инсульт		ОКС	
Послегоспитальная помощь		●	Образование, обучение навыкам и участие в планировании организации ухода за пациентами, перенесшими инсульт, с лицами, осуществляющими уход, и семьями
		●	Обучение инсультных и ОКС команд по вопросам планирования при выписки пациента, в том числе координации помощи с поставщиками услуг первичной медико-санитарной помощи
		●	Обучение услуг первичной медико-санитарной помощи выявлению пациентов высокого риска (инсульт или ОКС в анамнезе) и вторичной профилактики
		●	Расширение доступа к лекарственным средствам
		●	Обзор существующих услуг постинсультной реабилитации и имеющихся руководств, ● Обзор существующих услуг и руководств по кардиореабилитации, разработка новых услуг

Источники: Brandler et al. (1), Mattsson et al. (2), European Society of Cardiology Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation 2017 (3), European Stroke Organisation (4), Middleton et al. (5), Quinn et al. (6), Dalal Hasnain et al. (7), Hartwell et al. (8), Elgendy et al. (9), Penaloza-Ramos et al. (10)

4.2. Приоритеты на следующие 1-3 года

Инсульт		ОКС	
Системные вопросы		●	Продолжение мониторинга индикаторов и обеспечение подотчетности ведущих врачей клинической практики и поставщиков услуг
		●	Продолжение обучения врачей с использованием средств телемедицины
		●	Создание регистров инсульта и ОКС
		●	Содействие развитию ассоциаций пациентов с инсультом
Догоспитальная помощь		●	Продолжение повышения осведомленности широкой общественности и обучения врачей
		●	Продолжение оснащения машин скорой помощи всем необходимым для оказания помощи при ОКС или инсульте и продолжение работы по созданию специализированных машин скорой помощи, оснащенных оборудованием для проведения тромболизиса при ОКС
		●	Продолжение обучения бригад скорой помощи оказанию помощи при инсульте и ОКС

Таблица 4.2 (продолжение)

Инсульт		ОКС
Госпитальная помощь	● Внедрение веерной модели предоставления помощи при инсульте и ОКС	
	● Усовершенствование сетей неотложной помощи при инсульте и ОКС с использованием имеющихся ресурсов	
	● Расширение доступа к ангиографии за счет более эффективного использования имеющихся ресурсов и/или ввода в эксплуатацию новых	
	● Продолжение обучения медсестер и фельдшеров основам оказания помощи при инсульте	
	● Активизация использования клинических шкал для адаптации ухода, направления усилий и мониторинга прогресса и результатов	
	● Расширение доступа к базовым диагностическим услугам	
	● Разработка и планирование создания службы интенсивной терапии для пациентов с тяжелым инсультом, ОКС и субарахноидальным кровоизлиянием	
	● Проведение пилотного проекта по системному тромболизису в центрах после того, как станет доступным КТ сканирование, и его оценка	● Расширение услуг тромболизиса (в узловых и периферийных центрах) и ЧКВ (в узловых центрах)
	● Внедрение протоколов ранней реабилитации и мобилизации	
	● Продолжение обеспечения поддержки пациентам, перенесшим инсульт или инфаркт миокарда, а также их семьям и лицам, осуществляющим за ними уход, с помощью непрерывного образования и обучения навыкам	
Послегоспитальная помощь	● Расширение доступа к лекарственным средствам и консультированию по вопросам здорового образа жизни в рамках вторичной профилактики;	
	● Организация комплексного повторного обследования всех пациентов с сердечно-сосудистыми и цереброваскулярными нарушениями через 6 месяцев после острого события	
	● Расширение услуг по реабилитации после инсульта и измерение функциональных результатов (использование инъекции ботулотоксина для снижения тяжелого гипертонуса в гемиплегических мышцах)	● Предоставление кардиореабилитационных услуг

4.3. Приоритеты на следующие 3-5 лет

Инсульт		ОКС
Системные вопросы	●	Продолжение мониторинга индикаторов и обеспечение подотчетности ведущих врачей клинической практики и поставщиков услуг
	●	Продолжение обучения врачей с использованием средств телемедицины
	●	Обзор регистров и индикаторов инсульта и ОКС и подготовка годового отчета
	●	Обновление стратегии осуществления в соответствии с отчетом
	●	Продолжение повышения осведомленности широкой общественности и обучения врачей и бригад скорой помощи
Догоспитальная помощь	●	Внедрение договоренности скорой помощи о доставке пациентов
	●	Рассмотрение возможности использования мобильного блока для сельских районов
	●	Обзор прогресса и успехов веерной модели центров по оказанию помощи при инсульте и ОКС
	●	Внедрение услуг интенсивной терапии для лечения инсульта и ОКС
Госпитальная помощь	●	Усовершенствование сети неотложной помощи при инсульте и ОКС на основе имеющихся ресурсов
	●	Разработка региональных баз данных по остро-стационарному инульту и ОКС
	●	Разработка скоординированных региональных систем направления к специалисту
	●	Предоставление теле-консультаций по инульту для некрупных городских и сельских центров
	●	Заключение соглашений о репатриации пациентов домой
	●	Проведение пилотного проекта по оказанию расширенных услуг при инульте в небольшом количестве центров (узловых) и его оценка
	●	Доступ к расширенной диагностике (узловые центры): магнитно-резонансная томография (МРТ), КТ ангиография
	●	Доступ к расширенным вмешательствам и услугам интенсивной терапии (узловые центры): эндоваскулярная тромбэктомия; гемикраниэктомия при ишемическом инульте
	●	Расширение базовой диагностики (периферийные центры): КТ сканирование и КТ ангиография; эхокардиография; доплерография; холтеровские мониторы
	●	Разработка расширенных хирургических и эндоваскулярных услуг
	●	гипотермия
	●	комплексная сердечнососудистая хирургия
	●	интервенционная сосудистая радиология
	●	чрескожная структурная интервенция сердца

Таблица 4.3 (продолжение)

Инсульт	ОКС
Послегоспитальная помощь	● Продолжение обеспечения поддержки пациентам, перенесшим инсульт или инфаркт миокарда, а также их семьям и лицам, осуществляющим за ними уход, с помощью непрерывного образования и обучения навыкам ● Расширение доступа к лекарственным средствам и консультированию по вопросам здорового образа жизни в рамках вторичной профилактики ● Расширение доступа к консультациям и лекарственным средствам для вторичной профилактики ● Организованные профилактические клиники и наличие экспертов ● Оценка и лечение постинсультной эпилепсии ● Когнитивная оценка и управление ● Оценка депрессии и управление ● Внедрение приборов длительного мониторинга ЭКГ

Источники: Rodrigues et al. (11), Suarez et al. (12), Daou et al. (13), Cortez et al. (14), Jeon et al. (15), Sterne et al. (16), Pan Y et al. (17), Tan Tanny et al. (18).

Справочная литература

1. Brandler ES, Sharma M, Sinert RH, Levine SR. Prehospital stroke scales in urban environments: a systematic review. *Neurology*. 2014;82:2241–9.
2. Mattsson MS, Mattsson N, Jørsboe HB. Improvement of clinical quality indicators through reorganization of the acute care by establishing an emergency department – a register study based on data from national indicators. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2014;22:60.
3. ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation 2017. *Eur Heart J*. 2018;39:119–77.
4. ESO Stroke Unit Certification Committee. European Stroke Organisation recommendations to establish a stroke unit and stroke center. *Stroke*. 2013;44:828–40.
5. Middleton S, QASC Trialists Group. Implementation of evidence-based treatment protocols to manage fever, hyperglycaemia, and swallowing dysfunction in acute stroke (QASC): a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2011;378:1699–706.
6. Quinn TJ, European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee, ESO Writing Committee. Evidence-based stroke rehabilitation: an expanded guidance document from the European Stroke Organisation (ESO) guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *J Rehabil Med*. 2009;41:99–111.
7. Dalal HM, Doherty P, Taylor RS. Cardiac rehabilitation. *BMJ*. 2015;351:h5000.
8. Hartwell D, Hartwell D, Colquitt J, Loveman E, Clegg AJ, Brodin H, Waugh N et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of immediate angioplasty for acute myocardial infarction: systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2005;9:1–99.
9. Elgendy IY, Kumbhani DJ, Mahmoud A, Bhatt DL, Bavry AA. Mechanical thrombectomy for acute ischemic stroke: a meta-analysis of randomized trials. *J Am Coll Cardiol*. 2015;66:2498–505.
10. Penaloza-Ramos MC, Sheppard JP, Jowett S, Barton P, Mant J, Quinn T. Cost-effectiveness of optimizing acute stroke care services for thrombolysis. *Stroke*. 2014;45:553–62.
11. Rodrigues FB, Neves JB, Caldeira D, Ferro JM, Ferreira JJ, Costa J. Endovascular treatment versus medical care alone for ischaemic stroke: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2016;353:i1754.
12. Suarez JJ. Diagnosis and management of subarachnoid hemorrhage. *Continuum (Minneapolis)*. 2015;21(5 Neurocritical Care):1263–87.
13. Daou B, Kent AP, Montano M, Chalouhi N, Starke RM, Tjoumakaris S et al. Decompressive hemicraniectomy: predictors of functional outcome in patients with ischemic stroke. *J Neurosurg*. 2016;124:1773–9.
14. Cortez E, Panchal AR, Davis J, Zeeb P, Keseg DP. Clinical outcomes in cardiac arrest patients following prehospital treatment with therapeutic hypothermia. *Prehosp Disaster Med*. 2015;30:452–6.
15. Jeon SB, Koh Y, Choi HA, Lee K. Critical care for patients with massive ischemic stroke. *J Stroke*. 2014;16:146–60.
16. Sterne JA, Bodalia PN, Bryden PA, Davies PA, López-López JA, Okoli GN. Oral anticoagulants for primary prevention, treatment and secondary prevention of venous thromboembolic disease, and for prevention of stroke in atrial fibrillation: systematic review, network meta-analysis and cost-effectiveness analysis. *Health Technol Assess*. 2017;21:1–386.
17. Pan Y, Chen Q, Zhao X, Liao X, Wang C, Du W et al. Cost-effectiveness of thrombolysis within 4.5 hours of acute ischemic stroke in China. *PLoS One*. 2014;9:e110525.
18. Tan Tanny SP, Busija L, Liew D, Teo S, Davis SM, Yan B. Cost-effectiveness of thrombolysis within 4.5 hours of acute ischemic stroke: experience from Australian stroke center. *Stroke*. 2013;44:2269–74.

Приложение 5: Краткое содержание Дорожной карты

[illegible]

Приложение 6. Сводные диаграммы Дорожной карты

Рисунок А6-1. Возможная модель организации помощи при ОКС для Кыргызстана: этап 1 - ближайшие 1-3 года

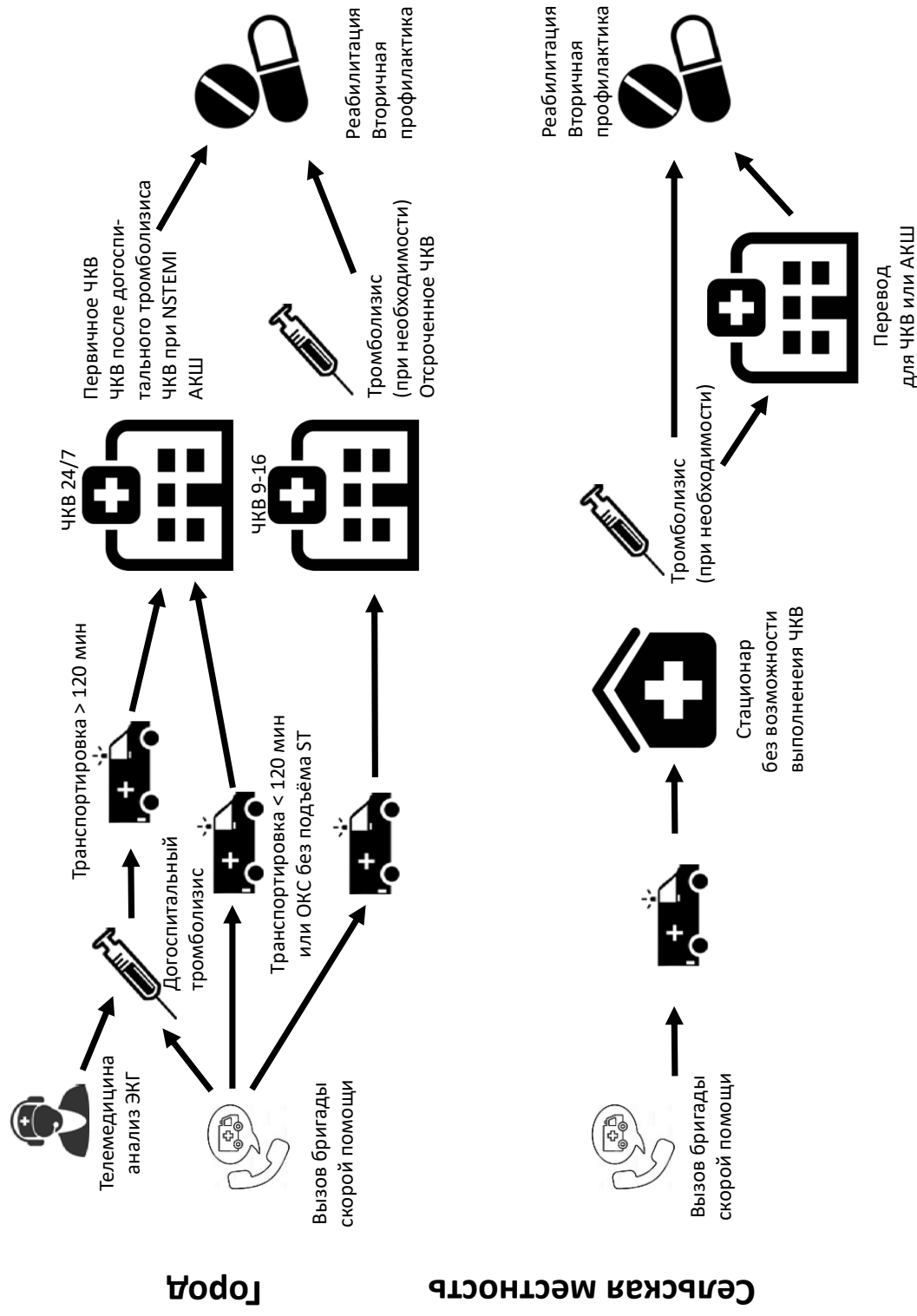


Рисунок А6-2. Возможная модель организации помощи при ОКС для Кыргызстана: этап 2 - ближайшие 3-5 лет

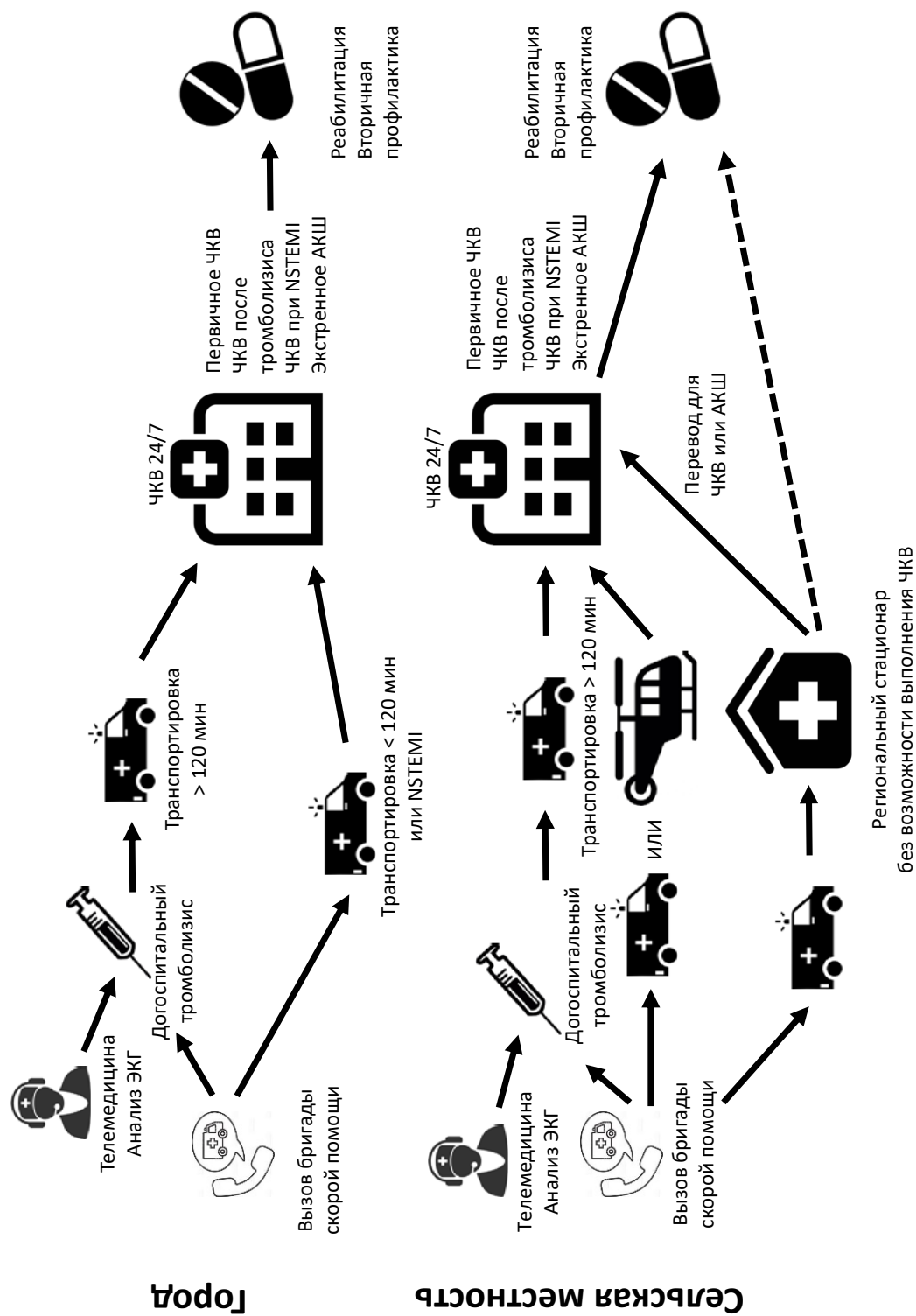


Рисунок А6-3. Возможная модель организации помощи при инсульте для Кыргызстана: этап 1 - ближайшие 1-3 года

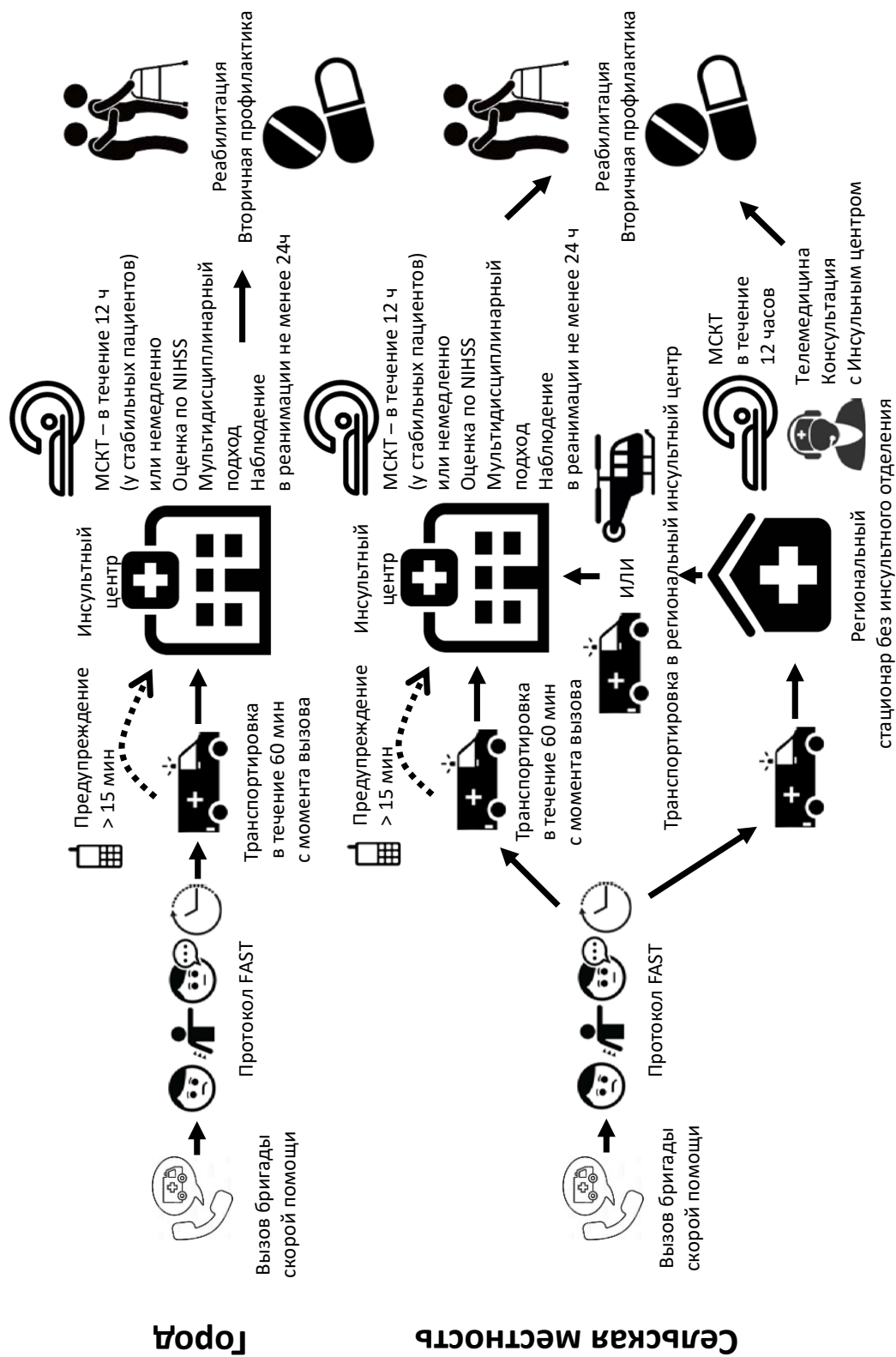
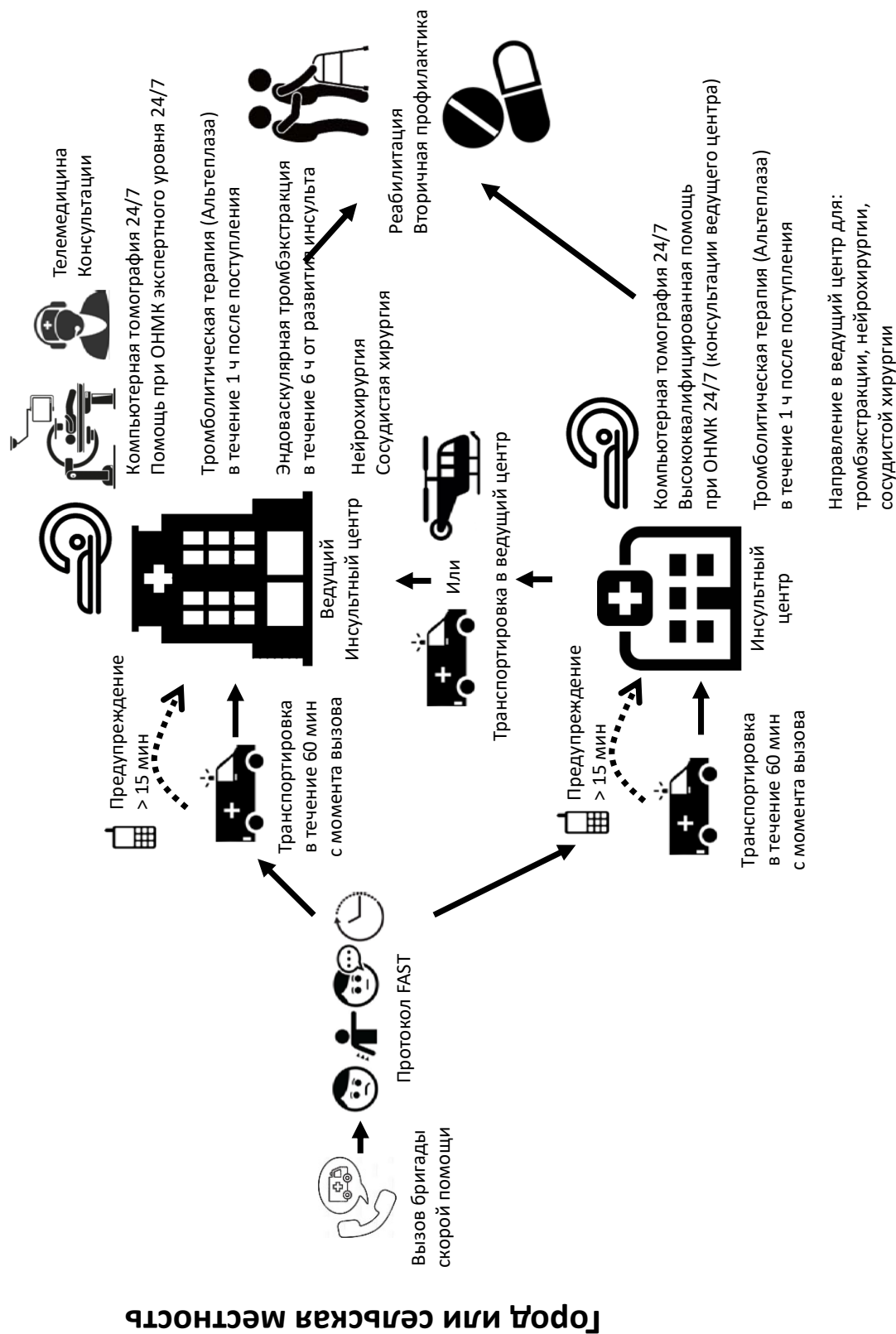


Рисунок А6-4. Возможная модель организации помощи при инсульте для Кыргызстана: этап 2 - ближайшие 3-5 лет



Приложение 7. Возможная модель организации реабилитации после инсульта

Возможная модель организации ухода представлена в таблице ниже (1). Руководящий принцип заключается в том, что реабилитация начинается на острой фазе (ранняя реабилитация) и продолжается в надлежащих условиях на пост-острой фазе. Существующая в настоящее время тенденция разделяет эти два этапа (на неотложную помощь и реабилитацию), исходя из экономических соображений: больницы получают оплату по системе КЗГ, а реабилитация оплачивается на основе суточной ставки, рассчитанной в соответствии с уровнем интенсивности оказываемой помощи. Уровень интенсивности оказываемой помощи определяется состоянием пациента, уровнем тяжести инсульта (здесь полезно использовать индекс Barthel, шкалу инсульта NIH и другие меры). Например, для того, чтобы быть госпитализированным в отделение реабилитации больницы, показатель индекса Barthel пациента должен быть ниже 49, и он должен быть в состоянии выдержать 3 часа реабилитации в день. Количество реабилитационных коек для каждого региона должно рассчитываться в соответствии с демографическими и эпидемиологическими данными.

Учреждение	Прием	Продолжительность пребывания	Привлеченные специалисты	Особенности
Стационарное учреждение для реабилитации ^a	5-7 дней после инсульта	8-45 дней	Врач по специальности физиотерапия и реабилитация (физиатрия) или специально подготовленный невропатолог; вспомогательный медицинский персонал: медсестра, специализирующаяся на инсультах, логопед, специалист по лечебной физкультуре, профпатолог, социальный работник, психолог	Общая реабилитация в стационаре с реабилитационной программой, разработанной для пациентов с инсультом, и доступом к услугам нейрореабилитации. Возможность предоставления услуг семь дней в неделю
Стационарное учреждение для реабилитации больных после инсульта ^b	5-7 дней после инсульта	8-45 дней	Врач по специальности физиотерапия и реабилитация (физиатрия) или специально подготовленный невропатолог; вспомогательный медицинский персонал: медсестра, специализирующаяся на инсультах, логопед, специалист по лечебной физкультуре, профпатолог, социальный работник, психолог	Определенный географический район с подходящими учреждениями, клиническая практика которых подтверждает работу междисциплинарных команд: структурированные встречи команды как минимум еженедельно, регулярные программы обучения по уходу за инсультными больными с учетом потребностей персонала и пациентов, записи междисциплинарной команды, участие семьи и лиц, осуществляющих уход, в программах лечения и регулярных встречах по планированию лечения. Возможность предоставления услуг семь дней в неделю

Учреждение	Прием	Продолжительность пребывания	Привлеченные специалисты	Особенности
Лечебно-реабилитационный центр для престарелых	Различное	Длительная, с сильно различающимися сроками	Врач-гериатр и терапевт; медсестра, физиотерапевт, профпатолог	Определенный географический район для приема пациентов, объективно оцененных как неспособные реагировать на индивидуальную программу реабилитации после инсульта, или в случае, если прогноз коморбидных заболеваний не оставляет времени на проведение реабилитации
Амбулаторное реабилитационное учреждение	Различно (обычно 5–30 дней)	Различные сроки	Врач по специальности физиотерапия и реабилитация (физиятрия) или специально подготовленный невропатолог, медсестра, специализирующаяся на инсультах, логопед, специалист по лечебной физкультуре, профпатолог, социальный работник и психолог	Амбулаторные услуги нейрореабилитации, предлагающие различный уровень интенсивности реабилитации, с программой реабилитации, подходящей для пациентов с инсультом. Возможность предоставления услуг семь дней в неделю

^a Это пост-острый уровень ухода. Реабилитационное учреждение может быть частью больницы или расположено за ее пределами, в специализированном реабилитационном учреждении.

^b Больничная реабилитация пациентов после инсульта - это больничное реабилитационное учреждение интернатного типа, предназначенное для осуществления ухода за больными после инсульта.

Справочная литература

1. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2016;47:e98–e169.

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Северная Македония
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen O, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00; Факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: eurocontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int