



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Обзор организации неотложной помощи и реабилитации при инфаркте миокарда и инсульте в Кыргызстане





Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними

**Леонтьевский переулок, д.9
125009 Москва, Российская Федерация
Адрес электронной почты:
NCDoffice@who.int**

**Вебсайт:
www.euro.who.int/ru/NCDoffice**



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Обзор организации неотложной помощи и реабилитации при инфаркте миокарда и инсульте в Кыргызстане

Jill Farrington, Francesca Romana Pezzella, Алексей Яковлев, Оксана Ротарь

Европейское региональное бюро ВОЗ, 2017

Реферат

Сердечно-сосудистые заболевания являются причиной половины случаев смерти в Кыргызстане и включены в национальную программу реформирования системы здравоохранения «Ден соолук» на 2012-2016 гг. в качестве одной из основных тем. Обзор организации неотложной помощи и реабилитации при инфаркте и инсульте был проведен ВОЗ в октябре 2016 г. Соответствующие службы имеются, причем более развиты применительно к неотложной помощи, нежели к реабилитации, и в большей степени сосредоточены в столице. Клинические руководства существуют и, по большей части, имеют научное обоснование, но осуществление затруднено в силу недостатка ресурсов и инфраструктуры, планирования организации помощи, фрагментированности протоколов ведения больного и сетей, а также ограниченного управления эффективностью. Были выявлены признаки использования недоказательной медицины и возможности для высвобождения ресурсов. Как представляется, налицо постепенное увеличение разрыва между возможностями частного и государственного секторов. Фрагментированность протокола ведения больного и стоимость услуг (как официальная, так и неофициальная) ложатся на пациента тяжким бременем, и в финансовом отношении, и с позиций клинического исхода. Тем не менее, имеются примеры передовых и развивающихся практик, формирования международного взаимодействия и инвестиционных возможностей. Более стратегический подход и дорожная карта для развития данных услуг помогли бы оптимальному использованию имеющихся сильных сторон и появляющихся возможностей. Предлагается несколько ключевых идей, которые могут быть обобщены следующим образом: эффективное управление имеющимися ресурсами; разработка системы и дополнительные прямые инвестиции; а также демонстрация успеха.

Ключевые слова

Acute coronary syndrome
Stroke
Cardiovascular diseases
Critical care
Rehabilitation
Evidence-based practice
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/ru/publications/request-forms>).

© Всемирная организация здравоохранения, 2017 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.

Фотографии этой публикации являются иллюстративными и не требуют одобрения со стороны ВОЗ.

Мнения, выраженные в настоящем докладе, необязательно отражают официальную точку зрения донора, Российской Федерации, и ВОЗ.

Содержание

Выражение признательности	iv
Список сокращений	v
Резюме	vii
1. Введение	1
2. Методология	2
3. Эпидемиология	3
4. Рамочная основа политики в контексте НИЗ	6
5. Практика, основанная на фактических данных	7
Клинические руководства	7
Профессиональное обучение	7
6. Контроль качества и управление эффективностью	10
7. Протокол ведения больного	11
Догоспитальный этап	12
Вмешательства, основанные на фактических данных	12
Сильные стороны	13
Пробелы	16
Стационарное лечение	17
Вмешательства, основанные на фактических данных	17
Сильные стороны	20
Пробелы	25
Вторичная профилактика и реабилитация	26
Вмешательства, основанные на фактических данных	26
Сильные стороны и пробелы	28
8. Участие пациентов	29
9. Мониторинг и оценка	30
10. Выводы и ключевые идеи	30
Приложение 1: Программа миссии	34
Приложение 2: Контрольный перечень показателей эффективности медицинской помощи при инсульте	35
Приложение 3: Контрольный перечень для оценки эффективности системы оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме	38
Приложение 4: Достижение показателей по ССЗ при осуществлении программы «Ден соолук»	40
Библиография	42

Выражение признательности

Авторы хотели бы выразить искреннюю благодарность Министерству здравоохранения Республики Кыргызстан, а также всем медицинским работникам, представителям академических кругов, руководителям, администраторам и пациентам, которые тепло принимали нас в своих учреждениях и уделили время участию в данном исследовании и связанных с ним интервью, делясь своими соображениями, идеями, заботами и мечтами. Ценные замечания были получены также в ходе консультаций с Министерством здравоохранения, Рабочей группой по ССЗ, Рабочей группой по PEN и другими участниками рабочих совещаний, проходивших в Бишкеке 9-10 марта 2017 г.

В подготовку доклада внесли свой вклад Jill Farrington, Европейское региональное бюро ВОЗ, Дания; Francesca Romana Pezzella, невролог, Отделение инсультов, San Camillo Forlanini, Рим, Италия и Европейская организация по борьбе с инсультами; Алексей Яковлев, кардиолог, и Оксана Ротарь, кардиолог и эпидемиолог, Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Российская Федерация.

С благодарностью отмечается также вклад в организацию миссии ВОЗ и сбор материалов, легших в основу этого доклада, который внесли Oskonbek Moldokulov и Seide Isamadyrova из Странового офиса ВОЗ.

Выражается также благодарность Vandana Malhotra за редактирование текста и Lars Moller за подготовку макета и набор текста данного доклада.

Оценка производилась под общим руководством д-ра Jarno Habicht, Официального представителя ВОЗ, Страновой офис ВОЗ, Кыргызстан, и д-ра Gauden Galea, директора Отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Подготовка этого доклада координировалась Европейским региональным бюро ВОЗ и Страновым офисом ВОЗ в Кыргызстане в рамках двухлетнего договора о сотрудничестве на 2016/2017 гг. между Министерством здравоохранения Кыргызстана и ВОЗ. Доклад финансировался за счет добровольного взноса Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Список сокращений

ААС	Американская ассоциация сердца
АКШ	аортокоронарное шунтирование
в/в	внутривенно
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГСМ	Глобальная система мониторинга (НИЗ)
ИБС	ишемическая болезнь сердца
ИМ	инфаркт миокарда
ИМбпST	инфаркт миокарда без подъема сегмента ST
ИМпST	инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST
КТ	компьютерная томография
Минздрав	Министерство здравоохранения
МКБ	Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем
МРТ	магнитно-резонансная томография
МЦГ ООН	Межучрежденческая целевая группа Организации Объединенных Наций
НИЗ	неинфекционное заболевание
ОИМ	острый инфаркт миокарда
ОИТ	отделение интенсивной терапии
ОКС	острый коронарный синдром
ОНП	отделение неотложной помощи
ОПЖ	ожидаемая продолжительность жизни
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
СНГ	Содружество независимых государств
ССЗ	сердечно-сосудистое заболевание
ТАП	тканевой активатор плазминогена
ТИА	транзиторная ишемическая атака
ЧКВ	чрескожное коронарное вмешательство
ЭКГ	электрокардиография
ABC	обеспечение проходимости дыхательных путей – нормализация дыхания – восстановление кровообращения (airways–breathing–circulation)
CPSS	Догоспитальная шкала инсульта Цинциннати (Cincinnati Pre-hospital Stroke Scale)
EORP	программа EURObservational Research Programme
ESO	Европейская организация по борьбе с инсультом (European Stroke Organization)
FAST	тест «лицо – рука – речь – время»
FeSS	протокол «температура тела – сахар – глотание» (Fever, Sugar, Swallowing)
GPS	глобальная система определения местоположения (global positioning system)

LAPSS	Лос-Анжелесская шкала определения инсульта на догоспитальном этапе (Los Angeles Pre-hospital Stroke Screen)
MoCA	Монреальская шкала оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment)
mRS	Модифицированная шкала Рэнкина (modified Rankin scale)
NIHSS	Шкала инсульта Национального института здоровья США (National Institute of Health Stroke Scale)
PEN	пакет основных вмешательств в отношении неинфекционных заболеваний (package of essential noncommunicable disease interventions)
RESQ	Регистр качества помощи при инсульте (Registry of Stroke Care Quality)
ROSIER	Шкала распознавания инсульта в отделении неотложной помощи (Recognition of Stroke in the Emergency Room)
SITS	Общий регистр безопасного проведения лечения инсульта (Safe Implementation of Treatments in Stroke)
YLL	потерянные годы жизни (years of life lost)

Резюме

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ)¹ являются причиной половины случаев смерти в Кыргызстане и включены в национальную программу по реформированию здравоохранения «Ден соолук» на 2012-2016 гг. в качестве одной из основных тем. В целях содействия осуществлению «Ден соолук» и с согласия Министерства здравоохранения в октябре 2016 г. силами ВОЗ был проведен обзор организации неотложной помощи и реабилитации при остром коронарном синдроме (ОКС) и инсульте. При проведении обзора использовалась рамочная основа, учитывающая неспецифические и отличительные характеристики помощи при ОКС и инсульте. Наряду с другими обзорами в отношении проводимой на популяционном уровне профилактики, а также оценки и ведения сердечно-сосудистых рисков первичным звеном медико-санитарной помощи, он способствовал получению полного представления о профилактике и контроле ССЗ в Кыргызстане.

Кыргызстан характеризуется самыми высокими показателями преждевременной смертности от ССЗ в Европейском регионе ВОЗ, занимает второе место по смертности от цереброваскулярных заболеваний и третье место по смертности от ишемической болезни сердца. Применительно к смертности от ССЗ наблюдаются значительные гендерные различия, причем преждевременная смертность среди мужчин превышает преждевременную смертность среди женщин в 2-3 раза. Среди населения широко распространены факторы сердечно-сосудистого риска: примерно половина мужчин курит и более трети взрослого населения (в возрасте от 25 до 64 лет) характеризуется наличием трех или более факторов сердечно-сосудистого риска.

В Кыргызстане имеется политическая и законодательная основа для поддержки профилактики и контроля неинфекционных заболеваний (НИЗ) и ССЗ, но осуществление носит смешанный характер. Посредством проведения эпидемиологического исследования по распространенности факторов риска НИЗ (WHO STEPS) Кыргызстан определил исходные показатели в отношении факторов риска в стране. В рамках государственного (и частного) сектора предоставляются услуги неотложной помощи и реабилитации при инфаркте миокарда и инсульте, более развитые в первом случае, нежели во втором. В частности, налицо многочисленные пробелы в сфере вторичной профилактики и обеспечения кардиологической реабилитации для пациентов с ОКС и инсультом. Поскольку ресурсы в основном сосредоточены в столице, структура оказания услуг не отвечает веерному принципу.

Доступны и, как представляется, основаны на фактических данных протоколы и руководства по диагностике и ведению пациентов с инсультом и ОКС. Однако мероприятия в поддержку практики, основанной на фактических данных, носят ограниченный и фрагментированный характер. Налицо недостаток оценки качества помощи при инсульте и ОКС как составляющей процесса улучшения качества. Соблюдение рекомендаций, изложенных в руководствах и протоколах, остается неоптимальным, а четкой стратегии осуществления, как представляется, не имеется. Были выявлены признаки использования недоказательной медицины, что позволяет говорить о возможностях более эффективного использования ресурсов, поскольку такие практики не являются экономически эффективными.

В Кыргызстане частично используются компоненты основанных на фактических данных протоколов ведения больных при инсульте и ОКС. Тем не менее, даже при наличии у персонала необходимых знаний, система испытывает недостаток современных медицинских технологий, оборудования и лекарств. Своевременность оказания помощи продолжает оставаться неоптимальной, и, несмотря на рекомендации, изложенные в руководствах, большинство пациентов не получает своевременной диагностики и лечения. Доступность наиболее эффективных вариантов лечения в государственных больницах ограничивается не только за счет отсутствия возможностей лечения и диагностики, основанных на фактических данных, но и в силу финансовых возможностей пациента. Фрагментированность протоколов ведения больных и плата (официальная и неофициальная) за услуги ложатся на пациента тяжким бременем, как в финансовом отношении, так и с позиций клинического исхода.

¹ На протяжении всего документа термин “сердечно-сосудистые заболевания” используется в отношении болезней системы кровообращения и включает цереброваскулярные заболевания.

Частные медицинские услуги по диагностике, консультативной помощи и уходу по месту жительства доступны тем, кто располагает соответствующими финансовыми возможностями. Налицо углубляющийся разрыв между возможностями частного и государственного секторов, а также потенциальное разрушение последнего, так как персонал увольняется в поисках более высокой зарплаты и лучших условий.

Тем не менее, имеются примеры передовых и развивающихся практик, формирования международного взаимодействия и инвестиционных возможностей. Наличие более стратегического подхода и дорожной карты для развития этих услуг могло бы способствовать выгодному использованию сильных сторон и создающихся возможностей для совершенствования медицинской помощи при инсульте и ОКС. В противном случае, на фоне снижения преждевременной смертности от ССЗ, невозможность улучшить оказание неотложной помощи, организацию реабилитации и клинические исходы может привести к предотвратимым повторным заболеваниям, росту хронической заболеваемости и инвалидности с соответствующими последствиями для качества жизни и издержками на оказание медицинской помощи и социальной защиты.

Предлагается ряд ключевых идей, которые могут быть обобщены следующим образом: эффективное управление имеющимися ресурсами; разработка системы и дополнительные прямые инвестиции; демонстрация успехов. Этот доклад и его ключевые идеи обсуждались с Министерством здравоохранения, соответствующими рабочими группами и приглашенными экспертами в рамках консультативных совещаний, проходивших 9-10 марта 2017 г.

1. Введение

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются одним из приоритетных направлений работы в рамках национальной программы Республики Кыргызстан по реформированию системы здравоохранения «Ден соолук» на 2012–2016 гг., цель которой – ожидаемое сокращение среднегодового показателя смертности от ССЗ на 1%. В числе прочих неинфекционных заболеваний (НИЗ) **ССЗ определяют половину случаев смерти в Кыргызстане:**¹ значительная доля этих случаев вызвана ишемической болезнью сердца (ИБС) и инсультом, которые являются ведущими причинами преждевременной смертности (Рис. 1)²

Рис. 1. Динамика причин преждевременной смертности в Кыргызстане, 2005–2015 гг.

	Место в 2005 г.		Место в 2015 г.		Изменения в период с 2005 по 2015 гг., %
Ишемическая болезнь сердца	1	—————	1	Ишемическая болезнь сердца	Минус 10,1%
Цереброваскулярные заболевания	2	—————	2	Цереброваскулярные заболевания	Минус 23,4%
Инфекции нижних дыхательных путей	3	—————	3	Инфекции нижних дыхательных путей	Минус 33,9%
Энцефалопатия новорожденных	4	.....	4	Преждевременные роды	0,6%
Преждевременные роды	5	.....	5	Энцефалопатия новорожденных	Минус 18,4%
Врожденные пороки развития	6	—————	6	Врожденные пороки развития	7,4%
Дорожно-транспортный травматизм	7	—————	7	Дорожно-транспортный травматизм	Минус 2,9%
ХОБЛ	8	.....	8	Самопричинение вреда	Минус 15,1%
Самопричинение вреда	9	.....	9	ХОБЛ	Минус 38,0%
Туберкулез	10	.....	10	Цирроз вследствие гепатита В	Минус 3,9%
Цирроз вследствие гепатита В	11	.....	11	Туберкулез	Минус 33,5%

ХОБЛ: хроническая обструктивная болезнь легких

Источник: Институт измерения показателей здоровья и оценки (ИПОЗ), Кыргызстан [вебсайт] (<http://www.healthdata.org/kyrgyzstan>, по состоянию на 25 марта 2017 г.).

В целях содействия реализации «Ден соолук» и с согласия Министерства здравоохранения (Минздрава) **в период с 6 по 9 октября 2016 г. была осуществлена миссия ВОЗ по анализу организации неотложной помощи и реабилитации при инфаркте миокарда и инсульте.** Основное внимание миссии было сосредоточено на организации неотложной помощи и реабилитации, поскольку профилактика ССЗ на популяционном и индивидуальном уровнях уже была предметом оценки ранее: например, в августе 2012 г.³ проводилась углубленная оценка в сфере борьбы против табака, за которой последовал пересмотр политики налогообложения табачной продукции в 2015 г.,⁴ а в 2013 г.⁵ была проведена оценка укрепления системы здравоохранения в целях улучшения показателей по НИЗ. В первой половине 2016 г. Межучрежденческая целевая группа Организации Объединенных Наций (МЦГ ООН) по предупреждению НИЗ и борьбе с ними осуществила совместную миссию и среднесрочную оценку стратегии по НИЗ. Наряду с другими обзорами в отношении проводимой на популяционном уровне

профилактики, а также оценки и ведения сердечно-сосудистых рисков первичным звеном медико-санитарной помощи, данный обзор способствовал получению полного представления о профилактике и контроле ССЗ в Кыргызстане

Миссия была организована Страновым офисом ВОЗ в Кыргызстане и Европейским офисом ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, базирующимся в Москве, Российская Федерация. Работа осуществлялась в рамках Проекта ВОЗ по НИЗ, финансируемого за счет гранта Минздрава Российской Федерации. Европейская организация по борьбе с инсультом (European Stroke Organization - ESO) оказала поддержку при подборе технического эксперта в области оказания помощи при инсульте. Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Российская Федерация, и Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава Российской Федерации также оказали поддержку силами технических экспертов.

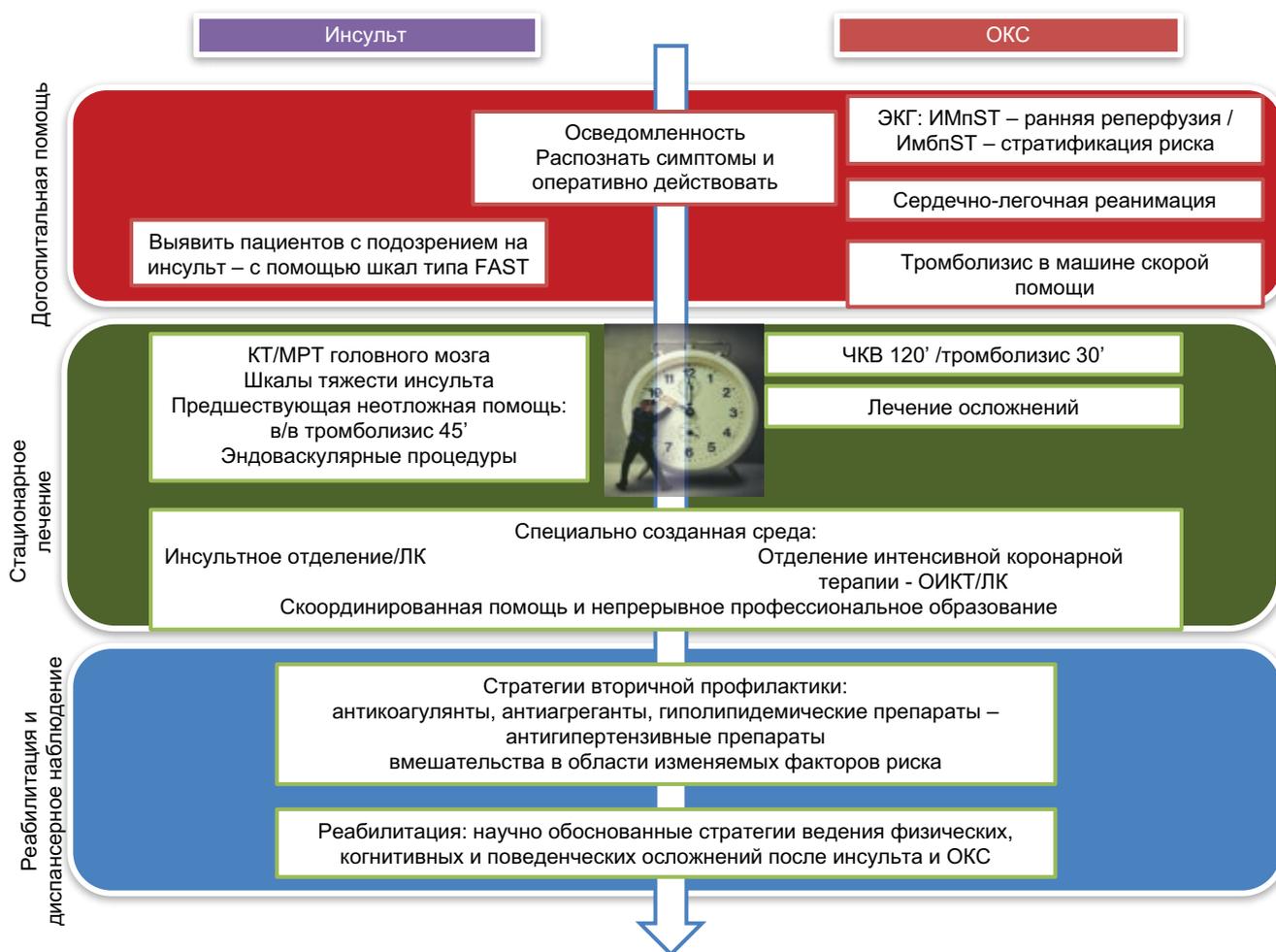
Вторая миссия была осуществлена 9-10 марта 2017 г. и имела целью представить проект доклада и провести консультации с представителями Минздрава, Тематической группой по ССЗ, Рабочей группой PEN и приглашенными экспертами в рамках проведенного в эти сроки рабочего совещания.

2. Методология

Наблюдения основывались на изучении документов и данных, беседах с лицами, формирующими политику, и пациентами, а также на информации, полученной в ходе посещения учреждений здравоохранения. Программа посещений представлена в Приложении 1. В преддверии визита была разработана обширная рамочная основа для анализа и сформированы контрольные перечни показателей результативности медицинской помощи при остром коронарном синдроме (ОКС) и инсульте. Совместная рамочная основа для анализа представлена на Рис. 2.

В соответствии с этой рамочной основой в рамках данного доклада обобщаются сведения об основанных на фактических данных вмешательствах на уровнях догоспитальной помощи, стационарного лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения. Обзор содержит оценку сильных сторон и пробелов, выявленных в Кыргызстане в соответствии с этой рамочной основой, а также подчеркивает основные предложения по улучшению ситуации. Непосредственно по окончании миссии Минздрав был ознакомлен с предварительными результатами.

Рис. 2. Совместная рамочная основа для анализа



ОКС: острый коронарный синдром; ЭКГ: электрокардиограмма; FAST: тест "лицо – рука – речь" и время вызова экстренных служб (Facial drooping, Arm weakness, Speech difficulties and Time to call emergency services); в/в: внутривенно; ИМбпST: инфаркт миокарда без подъема сегмента ST; ЧКВ: чрескожное коронарное вмешательство; ИМпST: инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST

Источник: Авторы

3. Эпидемиология

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Кыргызстане составляет 75 лет для женщин и 67 лет для мужчин.⁶ По оценкам, НИЗ определяют 80% совокупной смертности, причем половина этих случаев смерти обусловлена ССЗ. Вероятность умереть от 4 основных НИЗ в возрасте от 30 до 70 лет составляет 28%: **среди стран Европейского региона ВОЗ Кыргызстан имеет наиболее высокий показатель преждевременной смертности от ССЗ, занимает второе место по показателям смертности от cerebrovasкулярных заболеваний и третье – по смертности от ИБС (Таблицы 1 и 2).** Тем не менее, налицо тенденция к снижению преждевременной смертности от НИЗ (в значительной степени обусловленная сокращением смертности от ССЗ), а траектория, рассчитываемая до 2025 г., показывает, что к 2025 г. Кыргызстан достигнет глобального целевого ориентира по НИЗ, предусматривающего сокращение смертности на 25%.

Согласно национальным данным, в последние годы наблюдается тенденция к стабильному сокращению совокупного показателя смертности от ССЗ (с 331,3 в 2012 г. до 300,9 в 2015 г. на 100 000 населения).⁷ Относительное, но стабильное сокращение наблюдается также в отношении показателей смертности от инсульта и острого инфаркта миокарда (ОИМ) среди мужчин и женщин, хотя сокращение показателя смертности от ОИМ среди женщин выше, чем среди мужчин. Данные по ишемическому инсульту явно противоречат этим тенденциям: согласно данным Национального статистического комитета,² смертность от ишемического инсульта выросла для всех возрастов.

Таблица 1. Сердечно-сосудистая и цереброваскулярная смертность (абсолютные цифры) в Кыргызстане, 2015 г.⁸

Показатель частоты случаев	Кыргызстан	Бишкек
Впервые возникший ОИМ	886	290
Повторный ОИМ	78	нет данных
Впервые возникший ишемический инсульт	1639	565
Впервые возникший геморрагический инсульт	603	171
Впервые возникший инсульт неизвестной этиологии (КТ не выполнялась)	280	23

Источник: Центр медицинской информации, Кыргызстан

Таблица 2. Динамика сердечно-сосудистой и цереброваскулярной смертности в Кыргызстане за период с 2011 по 2014 гг.²

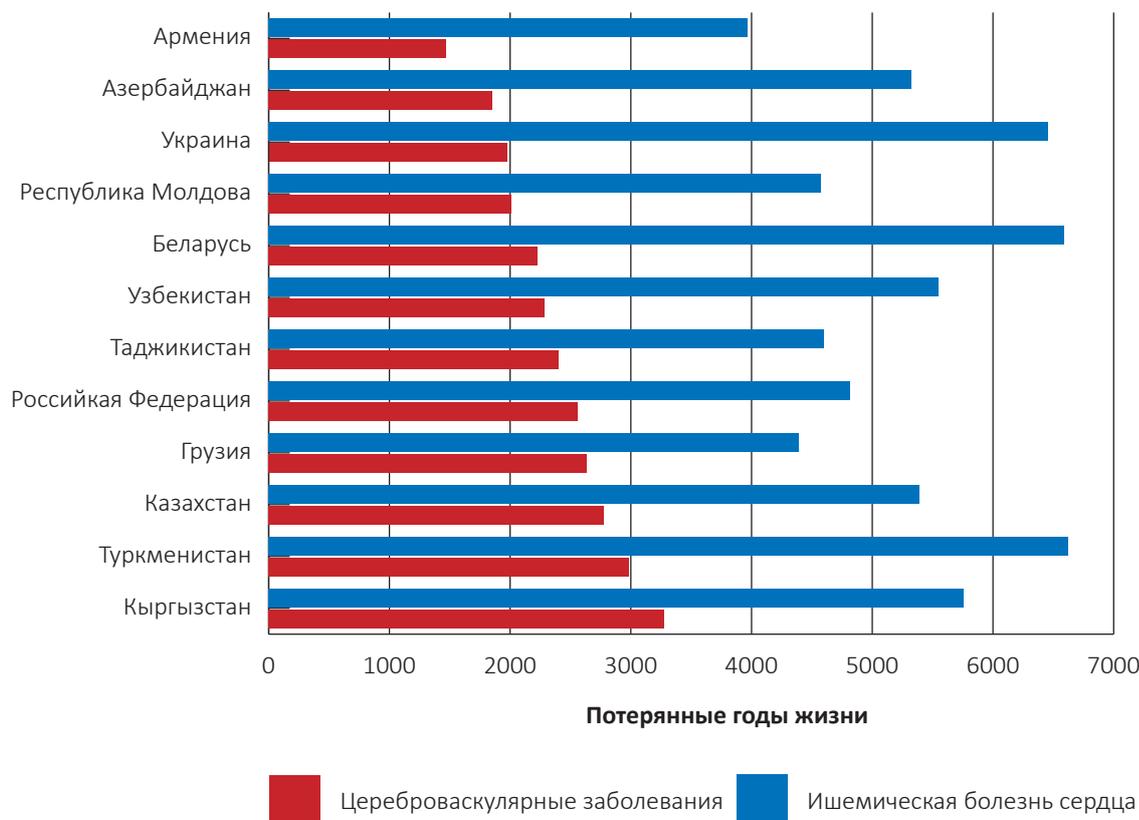
Код по Международной классификации болезней (МКБ)-10	2011 г. (на 100 000)	2014 г. (на 100 000)
МКБ-10 61.0 геморрагический инсульт	7,83	4,8
МКБ-10 63.0 ишемический инсульт	2,46	5,1
МКБ-10 64.0 инсульт, не уточненный	68,7	58,3
МКБ-10 21.0 ОИМ	21,7	19,5
МКБ-10 22.0 повторный ОИМ	1,0	0,8

Источник: Центр медицинской информации, Кыргызстан

Применительно к смертности от ССЗ наблюдаются значительные гендерные различия. В возрастной группе от 0 до 64 лет смертность от болезней системы кровообращения в 2,5 раза выше среди мужчин, чем среди женщин, смертность от ИБС – в 3 раза выше, и смертность от цереброваскулярных заболеваний – в 1,9 раза выше.⁵ Помимо более высокой распространенности факторов риска, как предполагается, более высокая смертность среди мужчин обусловлена недостаточной информированностью о признаках, симптомах и последствиях повышенного кровяного давления и недостаточного обращения за услугами медико-санитарной помощи.⁹

Необходимо подчеркнуть различия со схожими по условиям странами: смертность от инсульта в Кыргызстане гораздо выше, чем в других постсоветских странах и умеренно ниже в случае ИБС (Рис. 3).

Рис. 3. Сопоставление показателей преждевременной смертности (потерянные годы жизни) от сердечно-сосудистых заболеваний и ишемической болезни сердца между отдельно взятыми постсоветскими странами, 2014 г.



Источник: Глобальная обсерватория здравоохранения, ВОЗ 2017

Это, по-видимому, не связано с относительными различиями в финансировании здравоохранения. Кыргызстан имеет относительно низкий валовой внутренний продукт (ВВП) по сравнению с другими постсоветскими странами и до 2014 г. был отнесен Всемирным банком к категории стран с низким уровнем доходов. Тем не менее, общие государственные расходы на здравоохранение в процентах от общих государственных расходов относительно высоки по сравнению с аналогичными странами, а общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП близки к медианному значению для этой же группы из 12 постсоветских стран.

Вопрос о своевременной и точной диагностике инсульта и ценности регистра инсульта обсуждается в Разделе 6. Хотя качество кодирования причин смерти в целом может быть не вполне оптимальным (однако доля случаев смерти, которым присвоен код R99 по МКБ-10 [Другие неточно обозначенные или неуточненные причины смерти], составляет менее 5%), едва ли высокие показатели смертности от инсульта объясняются только этим. Скорее, это связано с высоким уровнем факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, особенно у мужчин. Еще одним фактором, который следует принять во внимание, является высота и крутизна местности. Уровни и тенденции в отношении отдельных причин смерти сходны с уровнями в других постсоветских странах, но изменяются медленнее, что может быть связано с ограниченным потенциалом здравоохранения применительно к раннему выявлению и лечению.

Высокая распространенность сердечно-сосудистого риска. Три фактора риска, обуславливающие самое значительное бремя болезней, – это нездоровое питание, высокое артериальное давление и употребление табака.² Недавнее исследование ВОЗ,¹⁰ посвященное химическому составу продуктов питания, продаваемых на рынках Бишкека, выявило чрезвычайно высокое содержание трансжирных кислот и соли в широко распространенных продуктах.

Порядка половины мужчин курят. В 2013 г. (последний год, за который имеются данные) распространенность текущего курения табака среди населения Кыргызстана в возрасте от 15 лет и старше составляла 3,7% у женщин и 50,5% у мужчин.⁶ Общий среднегодовой объем потребления алкоголя на душу населения в 2011 г. составил 3,28 л чистого спирта.⁶ В 2014 г. распространенность ожирения среди мужчин и женщин в возрасте старше 18 лет составила 45,2% и 49,1%, соответственно.⁶

Проведенное в 2013 г. эпидемиологическое исследование по распространенности факторов риска НИЗ (WHO STEPS)¹¹ показало, что 42,9% взрослого населения в возрасте от 25 до 64 лет имеет повышенное артериальное давление (со сходными показателями среди мужчин и среди женщин), а 23,6% - имеет повышенный уровень общего холестерина (среди женщин чаще, чем среди мужчин). Почти каждый пятый (17,4%) взрослый характеризуется повышенным уровнем сердечно-сосудистого риска, т.е. для этих людей вероятность сердечно-сосудистого заболевания или смерти в ближайшие 10 лет составляет 30% или более. **У более трети взрослого населения (25–64 лет) имеется 3 или более фактора сердечно-сосудистого риска**, который выше среди мужчин (39,5%) и более пожилого населения.

4. Рамочная основа политики в контексте НИЗ

В Кыргызстане имеется политическая и законодательная рамочная основа для профилактики НИЗ и борьбы с ними. Национальная программа общественного здравоохранения на период до 2020 г. имеет целью повышение межсекторального взаимодействия на основе подхода с участием всего общества. Имеется национальная стратегия борьбы с НИЗ на 2013–2020 гг., недавно прошедшая среднесрочную оценку, а Национальная программа реформирования здравоохранения «Ден соолук» на 2012–2016 гг.¹² приоритизирует здоровье сердечно-сосудистой системы в качестве одной из основных тем. Не имеется дорожной карты для ОКС и инсульта. Регуляторная и фискальная основы для борьбы против табака имеются в ограниченном объеме, но их масштабы могут быть расширены, а обеспечение их неукоснительного соблюдения усилено. **С помощью исследования WHO STEPS Кыргызстан определил исходные показатели по факторам риска в стране.**

В числе пяти задач национальной стратегии по борьбе с НИЗ две имеют особую актуальность для данного обзора, а именно:

- повышение качества оказания медицинской помощи в случае НИЗ на всех уровнях сектора здравоохранения с использованием доступных вмешательств, соответствующих принципам доказательной медицины (ДМ);
- сокращение неравенств в отношении доступности медицинской помощи населению, независимо от географических условий, транспортной доступности и доходов.

Финансирование Плана действий по НИЗ включает компонент для осуществления пакета основных вмешательств в отношении НИЗ (PEN) на уровне первичной медико-санитарной помощи (протоколы PEN), а также статью, позволяющую обеспечить бесплатный доступ к инсулину.

Изначально планировалось завершить «Ден соолук» в 2016 г., но поскольку начало программы запоздало, правительство Кыргызстана и партнеры-доноры договорились расширить ее до конца 2018 г. Среднесрочный анализ «Ден соолук» зафиксировал достижения в отношении итоговых и промежуточных показателей здоровья (25% из 96 показателей достигнуты или превышены), но представил также и смешанные результаты.¹³ Они отражены в Разделе 9 и Приложении 4.

5. Практика, основанная на фактических данных

Клинические руководства

Подход, ориентированный на ДМ,¹⁴ отличал Национальную программу по реформированию здравоохранения «Манас» на 1996–2006 гг., а в настоящее время положен в основу программы «Ден соолук».

Имеются и представляются основанными на фактических данных протоколы и руководства по диагностике и ведению инсульта и ОКС. В составе Минздрава функционирует Отдел доказательной медицины (ДМ), отвечающий за разработку руководств и клинических протоколов на основании сознательного, однозначного и разумного использования наилучших из имеющихся в настоящее время фактических данных. За последние 5 лет Отдел ДМ пересмотрел клинические протоколы в отношении артериальной гипертензии, стабильной стенокардии, ОИМ; в 2015 г. после утверждения Экспертным советом были опубликованы клинические руководства по фибрилляции предсердий и сахарному диабету. В 2016 г. был разработан проект нового клинического руководства в отношении медицинской помощи при остром инсульте. Мы отмечаем, что эти документы не включают ряд малозатратных вмешательств, таких как протокол FeSS (контроль температуры тела, сахара крови, глотания) (см. раздел, посвященный больничной помощи).

Руководства и протоколы доступны на сайте Минздрава в разделе, посвященном ДМ. Руководства и протоколы в отношении инсульта, полученные и проанализированные в целях данного доклада, были признаны основанными на фактических данных, всеобъемлющими и детальными, включали ссылки на соответствующую литературу и рекомендации, подкрепленные надежными фактическими данными, даже при том, что не подвергались обновлению в недавнем прошлом (см. раздел, посвященный догоспитальной помощи).

Руководство, выпущенное Европейским обществом кардиологов, было одобрено Кыргызским обществом кардиологов, хотя степень его осуществления и связь с национальным руководством не ясны.¹⁵ Национальное руководство, как утверждается, основано на руководствах, выпущенных США и Европейским обществом кардиологов, адаптированных для Кыргызстана, хотя многие положения не могут быть включены в силу недорогой практики.

В рамках осуществления «Ден соолук» была создана Тематическая группа по ССЗ, призванная поддержать эффективные стратегии сокращения ССЗ, а также способствовать координации и наделению полномочиями для реализации и распространения руководств, протоколов и передовых практик клинической помощи в отношении ССЗ.

Профессиональное обучение

Кыргызский медицинский институт подготовки и переподготовки кадров организует курсы и семинары, способствующие профессиональному росту; образовательные возможности в отношении ССЗ доступны, но в основном сосредоточены на оказании первичной медико-санитарной помощи при ССЗ, и в меньшей степени на помощи при инсульте. В 2015 г. 201 врач прошел подготовку в области оказания помощи при ОКС, 139 – по острым нарушениям мозгового кровообращения, 139 – по ОИМ; 727 по ССЗ; 197 посетили образовательные мероприятия, посвященные диагностике и неотложному ведению инсульта и ОИМ. На консультациях в марте 2017 г. нас проинформировали о том, что были предприняты определенные усилия для устранения разрыва в обучении к концу 2016 г. и после нашего первоначального визита. Были проведены курсы и семинары для обучения работников системы здравоохранения (врачей, их помощников, фельдшеров и медицинских сестер) по клиническим протоколам/клиническим руководствам; они будут напечатаны и распространены по всей стране в течение 2017 г. Кыргызские неврологи, присоединившиеся в 2015 г. к проекту Европейской организации по борьбе с инсультом ESO-EAST¹⁶, планируют курс по патронажной сестринской помощи при инсульте, который начнется в 2017 г.

Имеются возможности для обучения по вопросам НИЗ, ориентированного на семейных врачей и медицинских сестер: например, в рамках осуществления пакета основных вмешательств в отношении НИЗ (PEN) на уровне

первичной медико-санитарной помощи разработан курс для обучения оценке и ведению сердечно-сосудистого риска и консультированию по вопросам здорового образа жизни (протоколы PEN 1 и 2).¹⁷ Изначально ориентированный на работников здравоохранения в пилотных районах проекта PEN, этот курс был расширен с целью включить другие районы, медицинских работников, практикующих на уровне сообществ, и преподавателей Кыргызского медицинского института подготовки и переподготовки кадров и Кыргызской медицинской академии им. И.К. Ахунбаева. Он также позволил внести изменения в программы подготовки семейных врачей, реализуемые Кыргызским государственным медицинским институтом переподготовки и повышения квалификации.

За последние пять лет увеличилось использование электронного обучения как врачей, так и медицинских сестер. В осуществлении и распространении этой методики содействовали несколько партнеров по развитию. Начиная с сентября 2016 г. доступны вебинары, а полный перечень планируемых лекций доступен на вебсайте.¹⁸

Служба скорой помощи обеспечивает переподготовку персонала скорой помощи с использованием внутренних мероприятий (Рис. 4) и предлагает возможность участия в курсах заочного обучения (на базе Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации).

Действия в поддержку практик, основанных на фактических данных, тем не менее, ограничены и фрагментированы, в основном сосредоточены на повышении информированности, ведении и борьбе применительно к факторам риска ССЗ, и в меньшей степени применительно к инсульту. О недостатках в отношении реализации клинических практических руководств уже упоминалось.⁵

В Таблице 3 обобщается перечень возможных стратегий осуществления ДМ и их реального применения в отношении инсульта и ОКС.

Рис. 4. Оборудование для переподготовки сотрудников скорой помощи



Таблица 3. Стратегии осуществления в отношении инсульта и ОКС в Кыргызстане, отмеченные в рамках миссии

Стратегия осуществления ¹⁹	ОКС	Инсульт
Лидеры общественного мнения	ДА	НЕТ
Многопрофильное сотрудничество	НЕТ	НЕТ
Многосторонние вмешательства	НЕТ	НЕТ
Ассоциации пациентов	НЕТ	НЕТ
Национальные и региональные стратегии		
● обязательные	ДА	ДА
● необязательные	НЕТ	НЕТ
Финансовое стимулирование		
● Государственное	НЕТ	НЕТ
● Частное	ДА	ДА
Образовательные стратегии		
● печатные/электронные учебные материалы	ДА	ДА
● обучающие совещания и семинары	ДА	ДА
● выезды на места с обучающими целями	НЕТ	НЕТ
● просветительские кампании	НЕТ	НЕТ
● руководства	ДА	ДА
Аудиты и обратная связь	НЕТ	НЕТ
Напоминания		
● электронные напоминания	НЕТ	НЕТ
● письменные напоминания	НЕТ	НЕТ
Автоматизированные системы поддержки принятия решений	НЕТ	НЕТ

Ниже приводятся некоторые пояснения к таблице:

- Нынешний министр здравоохранения является кардиологом и выступает лидером общественного мнения в своей области, поддерживая, в частности, создание частных служб кардиологической помощи; ничего подобного в отношении инсульта не происходит.
- Было отмечено несколько примеров многопрофильного сотрудничества, но не сложилось впечатления его устойчивого присутствия или того, что оно выступает составляющей ДМ или стратегией осуществления.
- Частное стимулирование – это основа большинства мероприятий по осуществлению: партнеры по развитию или фармацевтические компании финансируют различные мероприятия и, в ряде случаев, оказывают соответствующее влияние. Так, например, происходит в случае с нейропротекторами при инсульте. Частное стимулирование может также оказывать влияние на профессиональную подготовку, привлекая внимание медицинского сообщества к определенным заболеваниям и/или пропагандируя использование тех или иных фактических данных.
- Просветительские кампании, как правило, посвящены не отдельно инсульту, а сосредоточены на вопросах здорового образа жизни; отсутствуют кампании по первым признакам инсульта или ОИМ.
- Информация, собираемая в рамках регистра скорой помощи, не используется в целях обратной связи с клиницистами.

6. Контроль качества и управление эффективностью

Имеется обширная доказательная база в отношении вмешательств, эффективно улучшающих исходы после инсульта. Одним из важнейших компонентов высококачественной медицинской помощи служит обеспечение того, чтобы пациенты своевременно получали доступ к научно обоснованным вмешательствам. **В Кыргызстане оценка качества помощи при инсульте и ОКС как часть процесса улучшения качества является неоптимальной.**

Служба скорой помощи отвечает за ведение регистров, учитывающих все случаи инсульта и инфаркта миокарда, на которые был получен вызов (для получения более подробной информации см. раздел, посвященный догоспитальной помощи). Заполняемые при поступлении больного карты включают информацию о полученной скорой помощи, диагнозе при поступлении и выписке, а также об исходе. Изначально данные фиксируются оператором службы скорой помощи в соответствующем печатном модуле, а раздел, касающийся исхода, направляется в сервисный центр для обновления их регистра. Данные регистра не используются для обратной связи с клиницистами, а их использование лицами, формирующими политику, в целях стратегического планирования медицинской помощи при ОКС и инсульте остается неясным.

В 1997 г. для столицы страны, Бишкека, и Ошской области был создан регистр инсульта. В настоящее время этот регистр функционирует только в столице и ведется той же службой неотложной помощи, которая руководит системой скорой помощи. Невролог, отвечающий за работу Центра регистрации инсульта, должен неукоснительно следовать стандартам, заданным ВОЗ для врачебного регистра инсульта.²⁰ Более того, в соответствии с Нормативным актом о регистре инсульта в Бишкеке управляющий регистром должен фиксировать каждый случай острого инсульта и смерти от инсульта в Бишкеке. Фиксируется следующая информация:

- Регистрируется любой инсульт любого типа в поликлиниках и больницах Бишкека.
- Фиксируется имеющая отношение к диагнозу информация из статистических форм, заполняемых семейными врачами или больничным персоналом.
- Лечащим инсульт врачам рекомендуется направлять пациентов в специализированные отделения оказания помощи при инсульте, а в случае отказа лечение проводится на дому у пациента.
- Врачи обязаны посетить и зарегистрировать пациентов, перенесших инсульт, в течение 7 дней, чтобы отследить состояние пациента и прояснить причину возможной смерти. Пациентов, отказавшихся от госпитализации, следует посетить на дому через 7 дней.

Регистр инсульта отвечает за:

- регистрацию всех новых и повторных случаев инсульта. Инсульты, происходящие неоднократно в течение 28 дней со дня первого случая, считаются одним случаем;
- указание типа инсульта (ишемический/геморрагический или транзиторная ишемическая атака [ТИА]) без определения классификации подтипа;
- указание системы пораженной артерии (для ишемического инсульта) и полушария (для геморрагического инсульта);
- указание причины смерти от инсульта, а также его типа (ишемический, геморрагический).

В 2014 г. вышла публикация,²¹ отразившая результаты ведения регистра и его эффективность. Согласно материалам этой публикации, ведущий регистр инсульта врач анализирует информацию об основной доле пациентов с таким диагнозом. В 2011 г. в регистр были внесены 86,8% пациентов с инсультом, а в 2012 г. эта доля увеличилась до 94,1%. Надежные источники информации об эпидемиологии инсульта применительно к остальной части страны

отсутствуют. В Нарыне и Оше недавно (в четвертом квартале 2016 г.) открылись новые лечебные учреждения для пациентов с инсультом, но в настоящее время не имеется ни достаточного опыта, ни инфраструктуры для создания регистра инсульта. Бишкекский регистр инсульта предлагает интересный анализ тенденций и эпидемиологии применительно к инсульту. Он дает уникальную возможность оценить диагностическую сторону протокола ведения больного в том виде, как это происходило в последние 5 лет: согласно вышеупомянутой публикации, которая анализировала работу 2011-2012 гг., правильный диагноз был поставлен в первые сутки после инсульта только 58,2% пациентов. Остальные случаи были диагностированы в течение 1–3 дней (29,63%), а небольшая доля – по истечении 10 дней со времени начала заболевания (2,3%). Эти цифры показывают, что еще до внедрения любой из программ по проведению неотложной терапии необходимо принять меры культурного и организационного характера, которые способствовали бы своевременной и точной диагностике инсульта.

В дополнение к ранее упомянутому Бишкекскому регистру инсульта один из центров инсульта, расположенный в столице, (Городская клиническая больница №1) активно набирает пациентов для участия в Общем регистре инсульта при безопасном проведении лечения инсульта (Safe Implementation of Treatments in Stroke - SITS).²² Этот международный регистр фиксирует любые случаи инсульта и ТИА, **не пролеченные** с помощью внутривенного (в/в) тромболитика или тромбэктомии, и на сегодняшний день включает информацию о более 100 пациентах. Эти два регистра различаются по целому ряду причин. Бишкекский регистр инсульта является обязательным и ведется местным ведомством, а его результаты не используются для регулярного предоставления обратной связи клиницистам, в то время как регистр SITS опирается на добровольное участие сосудистых неврологов Центра инсульта. Он позволяет получить информацию об эффективности работы участвующего центра на протяжении определенного периода времени и сравнить эти результаты с результатами других стран. Вероятно также участие во втором международном регистре инсульта: два инсультных центра в Бишкеке недавно присоединились к регистру RES-Q (Регистру качества помощи при инсульте - Registry of Stroke care Quality), разработанному по инициативе ESO и призванному поддержать в первую очередь страны Восточной Европы.²³ На сегодняшний день Кыргызстан еще не начал набор пациентов для этого регистра.

7. Протокол ведения больного

Эффективная система помощи при ССЗ должна осуществлять координацию и управление доступом пациентов к полному спектру услуг и мероприятий по профилактике, лечению, реабилитации при инсульте и ОКС. Основными компонентами догоспитального этапа помощи в рамках полного протокола ведения больных с инсультами и ОКС являются догоспитальная система и больничные учреждения. Догоспитальная система состоит из элементов, реализуемых на уровне сообщества: службы скорой помощи, кампаний по повышению информированности об инсульте и ОКС, в рамках которых основное внимание уделяется распознаванию симптомов инсульта и раннему распознаванию острого инсульта и ОКС, а также обеспечения своевременного прибытия автомобилей скорой помощи, скрининга потенциальных пациентов с инсультом, догоспитальной диагностики ОКС (с помощью регистрации ЭКГ в машине скорой помощи и/или теле-ЭКГ) и уведомления больничных учреждений. Своевременное соблюдение протокола ведения больного с инсультом и ОКС будет эффективным, если координируется междисциплинарной командой, наивысшим приоритетом которой является максимальное сокращение времени на транспортировку пациента в наиболее оборудованное медицинское учреждение по оказанию помощи при инсульте. **В Кыргызстане эти компоненты частично присутствуют; однако, даже при наличии необходимых знаний у медицинского персонала, система испытывает недостаток современных медицинских технологий, оборудования и современных лекарств.** Не имеется хорошо организованной системы направления и перенаправления пациентов с ОКС.

Догоспитальный этап

Вмешательства, основанные на фактических данных

Инсульт

Инсульт – это экстренная медицинская ситуация, и его исход в значительной степени зависит от своевременной оценки состояния больного и своевременного лечения. В частности, доказано, что сокращение времени, предшествующего диагностике и лечению, значительно снижает как смертность, так и инвалидность среди пациентов с острым инсультом. Службы скорой помощи играют в этом ведущую роль, выявляя симптомы острого инсульта и обеспечивая транспортировку в соответствующие специализированные лечебные учреждения, наиболее подготовленные к тому, чтобы провести эффективное лечение (с использованием тканевого активатора плазминогена [ТАП] или эндоваскулярной терапии, при наличии показаний и в случае доступности). Отсутствие у персонала скорой помощи способности или возможности распознать симптомы острого инсульта может привести к тому, что инсульт будет диагностирован с опозданием или пропущен.²⁴

Используемые на догоспитальном этапе шкалы для оценки тяжести инсульта позволяют определить его наличие у пациентов с острым неврологическим дефицитом и отличить его от сепсиса, гипо- и гипергликемии, эпилептического припадка, опухоли, внутримозгового кровоизлияния, мигрени и обморока, которые также могут служить причиной острых неврологических расстройств. Если персонал скорой помощи не использует шкалы для определения тяжести инсульта, шансы на постановку неверного диагноза увеличиваются.²⁵

В настоящее время имеется несколько шкал для распознавания острого ишемического инсульта. Наиболее популярными из них являются: тест FAST («лицо – рука – речь – время», т.е. опущение лица, слабость рук, затрудненная речь и время вызова скорой помощи), шкала Цинциннати (Cincinnati Prehospital Stroke Scale – CPSS) и Лос-Анжелесская шкала определения инсульта на догоспитальном этапе (Los Angeles Prehospital Stroke Screen – LAPSS). Эти оценки считаются более точными при прогнозировании инсульта в каротидном бассейне. На сегодняшний день ни одна из используемых в догоспитальной практике шкал не может точно спрогнозировать инсульт за пределами бассейна средней мозговой артерии. FAST и CPSS просты в использовании и демонстрируют хорошую воспроизводимость среди врачей и фельдшеров.^{26,27} Что касается их чувствительности и специфичности, чувствительность шкалы FAST оценивается в диапазоне от 79% до 85%, а специфичность – на уровне 68%, в то время как чувствительность CPSS составляет от 44% до 95%, а специфичность – от 23% до 96%.²⁸ Оценка в два балла по шкале CPSS считается надежным идентификатором пациентов, которым требуется тромболитическая терапия при 96% чувствительности и 65% специфичности.²⁹

Гипо- и гипергликемия могут имитировать инсульт. Фактически, гипогликемия может вызывать такие симптомы, как гемипарез, гемиплегия, речевые и зрительные нарушения, спутанность сознания и нарушение координации; следовательно, при подозрении на инсульт решающее значение имеет измерение уровня глюкозы в крови.³⁰ Шкала ROSIER (распознавание инсульта в отделениях неотложной помощи - Recognition of Stroke in the Emergency Room) позволяет оценить как слабость черт лица, рук и ног, нарушения речи и зрения, так и уровень глюкозы в крови. Чувствительность по шкале ROSIER оценивается на уровне 80–89%, а специфичность – на уровне 79–83%.³¹ Врачи подтвердили 64% инсультов и 78% не инсультов из тех случаев, которые до этого были заподозрены врачами скорой помощи при использовании ROSIER.³²

Кроме того, нарушения сердечной деятельности могут вызывать инсульт или проявляться одновременно с ним. Таким образом, если имеется подозрение на инсульт, рекомендуется кардиомониторинг в догоспитальных условиях и на протяжении первых 24 часов оказания медицинской помощи.³³

Два наиболее эффективных метода лечения, позволяющие снизить смертность и инвалидность при ишемическом инсульте, – в/в ТАП и эндоваскулярная тромбэктомия – имеют ограниченные сроки применения;³⁴ в этой связи, своевременная транспортировка пациента с инсультом в специализированный инсультный центр позволяет ограничить повреждение головного мозга.

Американская ассоциация сердца (ААС) рекомендует, чтобы время от вызова до направления бригады скорой помощи составляло менее 90 секунд, время доезда не превышало 8 минут, а время нахождения бригады на месте вызова не превышало 15 минут.³⁵ Кроме того, руководства ААС рекомендуют персоналу скорой помощи фиксировать время, когда пациента “в последний раз видели нормальным”, чтобы наилучшим образом определить терапевтическое окно. Доказано, что более высокая эффективность диспетчеризации и уведомлении лечебного учреждения об инсульте приводит к сокращению времени для: (1) прибытия бригады скорой помощи на вызов; (2) оценки состояния врачом; (3) периода “от двери до иглы”; (4) периода “от двери до визуализации”. Кроме того, при соблюдении этих параметров пациенты чаще получали ТАП. Наконец, авторы отмечают, что пациенты, которые были госпитализированы в специализированные инсультные отделения, а не в районные больницы, чаще получают ТАП и подвергаются меньшему риску смерти в течение 30 дней.³⁶

Острый коронарный синдром

Очень важно иметь возможность раннего выявления ОКС на догоспитальном этапе оказания неотложной помощи. Первичная оценка должна основываться на клинических симптомах, для чего требуются по крайней мере базовые знания в области клинической дифференциальной диагностики боли в грудной клетке. В целях сортировки особое значение имеет раннее проведение ЭКГ и выбор надлежащей стратегии лечения. Современные международные руководства настойчиво рекомендуют проведение ЭКГ в течение первых 10 минут медицинского контакта.^{37,38} Применительно к пациентам с распознанным на ЭКГ инфарктом миокарда со стабильным подъемом сегмента ST (ИМпST), прежде чем будет принято решение в отношении реперфузионной стратегии, необходимо оценить период, прошедший с момента появления симптомов, доступность первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) и предположительное время транспортировки в ЧКВ-центр. Проведение тромболитика (в течение 30 минут с момента первого медицинского контакта в отсутствие противопоказаний) рекомендуется, если первичное ЧКВ недоступно, с возможной отсрочкой длительностью до 90–120 минут; в противном случае, предпочтительно применение тромболитиков второго поколения.³⁸

Пациентов, на ЭКГ которых не фиксируется подъема сегмента ST, следует транспортировать в лечебное учреждение с возможностями ЧКВ для стратификации риска, оценки сердечных биомаркеров и ангиографии в течение последующих 24–48 часов.³⁷

Пациент с ОКС, осложненным рецидивирующей болью в грудной клетке, аритмией, сердечной недостаточностью и/или кардиогенным шоком, должен получить симптоматическое лечение для стабилизации жизненно важных функций, а затем должен быть немедленно транспортирован в ЧКВ-центр.

В соответствии с международными руководствами рекомендуемая медикаментозная терапия на догоспитальном этапе включает анальгетики, антиагреганты, парентеральные антикоагулянты и, в ряде случаев, вазодилаторы, диуретики и инотропы.

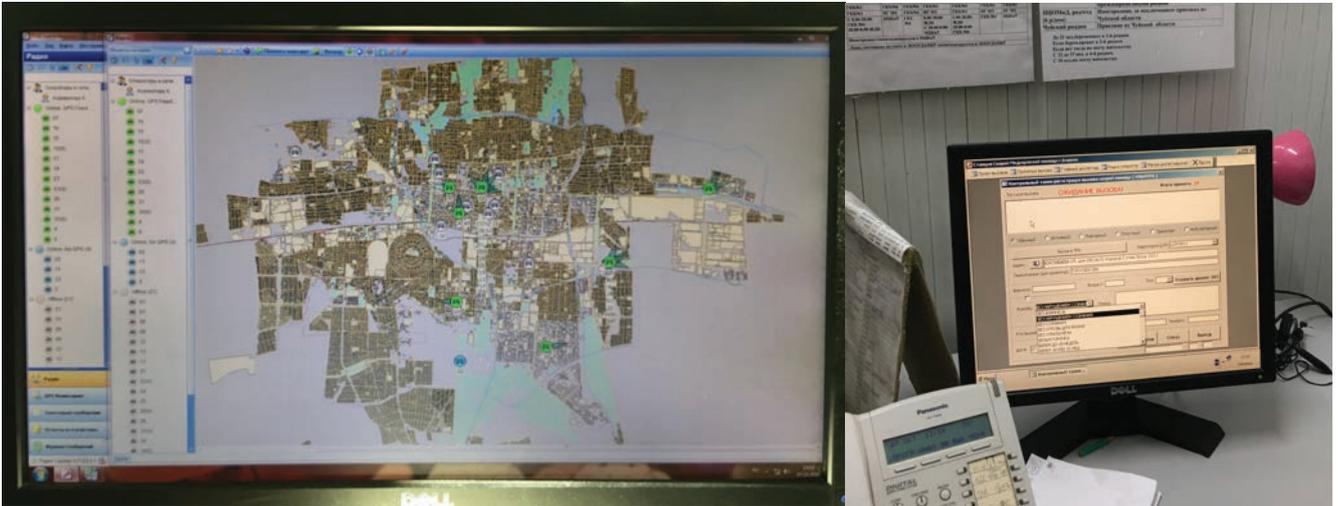
В числе наиболее распространенных причин смертности на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи пациентам с ОКС выделяют желудочковую тахикардию и желудочковую фибрилляцию. Лечение этих осложнений требует высококачественной сердечно-легочной реанимации (базового уровня) и ранней дефибрилляции.³⁹ С целью создания устойчивой и эффективной связи между догоспитальной и больничной медицинской помощью пациентам с ОКС необходимо создание региональной ОКС-сети с учетом местных факторов.

Сильные стороны

В Кыргызстане служба скорой помощи охватывает как городские, так и сельские районы, а центры обработки вызовов работают круглосуточно 7 дней в неделю. Глобальная система определения местоположения (GPS) отслеживает (Рис. 5) передвижение машин скорой помощи. Создано 692 бригады скорой помощи, в составе 102 из которых имеется по крайней мере 1 дежурный врач. Специализированные кардиологические бригады (29 машин скорой помощи) прошли подготовку по оказанию неотложной кардиологической помощи и имеют в своем распоряжении как дефибрилляторы, так и приборы для регистрации ЭКГ. Между центрами обработки вызовов и машинами скорой помощи поддерживается постоянная радиосвязь, а оказание догоспитальной

помощи организовано на территориальной основе в соответствии с расписанием лечебных учреждений. Служба скорой помощи организована в соответствии с распоряжениями Минздрава, который устанавливает также общие стандарты вмешательства: 4 минуты для направления бригады скорой помощи, однако время доезда и транспортировки пациента в ближайшее лечебное учреждение составляет до 110 минут в Бишкеке и Оше и 130 минут в других регионах Республики Кыргызстан.

Рис. 5. Отслеживание машин скорой помощи с использованием GPS



Все входящие и исходящие звонки, наряду с соответствующими результатами, фиксируются как в электронном, так и в бумажном виде (Рис. 6). Карты оказания скорой помощи, заполненные на русском и кыргызском языках, содержат информацию об истории болезни пациента, диагнозе, времени вмешательства и исходе.

Рис. 6. Госпитализационные карты содержат информацию об оказанной скорой помощи, диагнозе при поступлении в отделение неотложной помощи и при выписке, а также об исходе

<p>Медицинский талон (болтумор) Бевиткин Стационар неотложной медицинской помощи КОШТОМО БАРАГЫ СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЙ ЛИСТ №</p> <p>Фамилия Имя Отчество Адрес Дата рождения Место рождения</p> <p>Жааны Возраст Адрес Место рождения</p> <p>Жеткерилди Детилден в Чакырууну кабыл алган убагы По выписке, приемному в</p> <p>Дарыгер Врач Фельдшер</p> <p>Эскертүү: мед. персоналдын аты менен так жазылыш! Примечание: фамилия мед. персонала писать разборчиво!</p>	<p>Медицинская документация Формы 114/2 Учреждение: Минздрав КР №817 от 07.12.2014 г.</p> <p>Каштомо Барык ТАЛОН ТАЛОН к сопроводительному листу №</p> <p>Фамилия Имя Отчество Адрес Дата рождения Место рождения</p> <p>Жеткерилди Детилден в Чакырууну кабыл алган убагы По выписке, приемному в</p> <p>Дарыгер Врач Фельдшер</p> <p>Эскертүү: мед. персоналдын аты менен так жазылыш! Примечание: фамилия мед. персонала писать разборчиво!</p>	<p>Кабиле артыгы Детилден чакырылган...</p> <p>Кабиле алуу болгондо артыгы Детилден келишиги өткөндү.</p> <p>Картыча дептени Заскочкычтын дептени</p> <p>Өткөрүлгөн с (N) _____ мунабасы _____ 201__ ж.р.</p> <p>Амбулаториядан келишиги Обслугун амбулатория _____ өткөрдү/прокол _____ мезгилинде өткөрдү</p> <p>Сагайыл чакты, жемге болду, жаны болгон жок, майы болду, кая болду Ыйыккан адамдын, с угулганым, без угулганым, с угуем, ошолчакта _____ 201__ ж.р.</p> <p>Мед. тез жардам бөлүмүн (МТЖБ) бригадалык чакыруусу изден алуу делгити учурда (АДТ) эскертүүсү Вызовная МТЖБ обслуживания Формы ССМП</p> <p>Дарыгер Врач Дарыгердин аты-жаны (так жазуу)</p> <p>Бөлүмчө Отделение Боюнча врач (фамилия аты)</p>	<p>Косумча маалыматтарды алуу үчүн 61-51-49, 61-22-93 телефондору боюнча шарадат тез жардам Бевиткин чакырылат. В случае необходимости получения дополнительных сведений следует звонить на станцию скорой помощи по телефонам: 61-51-49, 61-22-93.</p> <p>Мед. тез жардам бекетинин бригадалары жеткенден бийреки соруулар даярдоочу мөөмөттөрдөн кабыл алуу болгондо сестра кабыл алышы керек. Все больные, доставленные бригадами ССМП, подлежат обязательному приему в приемных отделениях лечебных учреждений.</p> <p>Тез жардам персоналдын эскертүүсү Заманча персонал скорой помощи</p> <p>Башка эскертүүлөр (анын ичинде жөн жоктон соруулардын бутомдарын тамгалар) Прочие замечания (в том числе описания имущества пациентов, находящегося без сознания)</p>
--	--	---	--

Службы наземной скорой помощи работают на уровне базового жизнеобеспечения и обеспечивают как экстренную, так и плановую перевозку больных. Специализированные кардиологические бригады (17) обучены реанимации, дефибриляции и набираются опыта в области проведения догоспитального тромболизиса с применением стрептокиназы.

Начиная с 2011 г. сформулированы конкретные основанные на фактических данных рекомендации по догоспитальной медицинской помощи при инсульте, прописывающие своевременность вмешательства и использование догоспитальных шкал оценки; все действия объединены в алгоритмы (Рис. 7).

Рис. 7. Алгоритм диагностики инсульта



Руководства предлагают основанные на фактических данных рекомендации для сотрудников скорой помощи по наиболее эффективному выявлению симптомов инсульта в данной области. Поскольку диагностика инсульта носит исключительно клинический характер, на догоспитальном этапе не имеется тестов, которые могли бы подтвердить наличие инсульта. Таким образом, тест FAST (Рис. 8) может использоваться только в качестве скринингового инструмента.

Рис. 8. Тест FAST



Локально разработанное руководство по догоспитальной помощи при инсульте рекомендует следующее:

- Все пациенты с диагнозом "инсульт"/идентифицируемыми симптомами инсульта должны быть госпитализированы.
- При подозрении на инсульт рекомендуется заранее уведомить лечебное учреждение.
- Лечение пациентов с подозрением на инсульт на дому бесполезно и обычно ассоциируется с высокими показателями смертности.
- Золотой стандарт в отношении времени до госпитализации составляет 1–3 часа с момента наступления инсульта.

Руководство также устанавливает абсолютные противопоказания для госпитализации (агональное состояние) и относительные противопоказания для госпитализации (рак терминальной стадии и другие хронические соматические заболевания и хронические инвалидизирующие психические расстройства [тяжелая деменция] до наступления инсульта).

Руководство упоминает телемедицину в качестве эффективной стратегии для улучшения качества медицинской помощи при инсульте. Применительно к догоспитальной помощи прописываются такие критические точки, как оценка и проведение комплекса мероприятий ABC (обеспечение проходимости дыхательных путей – нормализация дыхания – восстановление кровообращения [airways–breathing–circulation]), а также ведение артериальной гипертензии.

Это клиническое руководство было разработано на основе результатов систематического обзора и тщательного анализа опубликованной литературы. Была проведена методологическая оценка каждого из исследований, а полученные результаты были использованы в качестве ссылочного материала с указанием уровня доказательности по стандартной шкале.

Доступны также руководство и алгоритмы по диагностике и лечению ОКС с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST на ЭКГ, охватывающие диагностику, сортировку пациентов и лечение (включая тромболизис) на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи.

Пробелы

В настоящее время службы оказания неотложной помощи и реабилитации больных при ОКС и инсульте более развиты в столице, чем в других регионах, т.е. существует неравенство в доступе к медицинскому обслуживанию населения независимо от географических условий и доступности транспорта.

В Кыргызстане постоянно ведется улучшение догоспитальной организации мероприятий в соответствии с протоколом ведения больного с ОКС, поскольку существующая сеть пока не позволяет каждому пациенту с ИМбпST получать наиболее оптимальную реперфузионную терапию. На практике, часть пациентов с ОКС по-прежнему направляется в частные клиники и больницы, где жизнеспасующее первичное ЧКВ гораздо более доступно.

Осуществление своевременных мер, рекомендуемых местными (подобными упомянутому в предыдущем абзаце) и международными руководствами, серьезно затруднено недостаточным количеством машин скорой помощи в пересчете на численность населения; в настоящее время служба может эффективно охватить лишь 30% вызовов в силу нехватки персонала и подвижного состава. Фактически, в Казахстане и в Российской Федерации одна машина скорой помощи в среднем приходится на 10 000 жителей: Алматы с населением в 1,5 млн человек имеет 156 машин, например. В противоположность этому, Бишкек с официальной численностью населения в 1,2 млн человек располагает 39 автомобилями в рабочем состоянии. Кроме того, с тех пор как в 2015 г. стало возможно свободное движение рабочей силы в рамках Евразийского экономического союза, произошла утечка кадров: остаются не занятыми 59 (из 168) врачебных и 56 сестринских вакансий.

Услуги государственной скорой помощи оказываются бесплатно от дома до первого стационара. Если пациенту требуется перевозка для получения услуг частного сектора, или транспортировка в иное лечебное учреждение, или обратно домой, можно нанять машину государственной скорой помощи (при наличии) за определенную плату (порядка 260 сумов или 3 долл. США). Цены указаны на вебсайте Минздрава. В Бишкеке доступны услуги частной скорой помощи.

Сходным образом, применительно к протоколу ведения больного при инсульте на догоспитальном этапе, мы обнаружили, что шкалы оценки тяжести инсульта используются очень редко. Возможности оказания догоспитальной помощи пациентам с ОКС еще более ограничены за счет недостаточного числа бригад скорой помощи. Кроме того, большинство из этих бригад скорой помощи не оснащены оборудованием для регистрации ЭКГ и дефибрилляторами, а доступа к теле-ЭКГ или протоколу догоспитального тромболизиса не имеется. Наконец,

лекарства, в том числе тромболитики второго поколения, такие как тенектеплаза и низкомолекулярный гепарин (НМГ), для раннего лечения ОКС в Кыргызстане недоступны.

Нами была получена неофициальная информация о том, что в недавнем прошлом персонал скорой помощи предлагал пациентам с инсультом нейропротекторы за неофициальную плату (200-300 сумов). Компетентные органы здравоохранения настроены решительно противодействовать такой практике,⁴⁰ так же, как и дорогостоящему использованию лекарственных средств, доказательств эффективности которых не имеется (перечислены на вебсайте), и не имеющим четкого определения формам альтернативной медицины. На консультациях в марте 2017 г. мы узнали, что в течение 2017 г. национальная экспертная группа совместно с ведущими специалистами Минздрава, клиническими фармакологами, представителями академических и образовательных учреждений совместно с экспертами ВОЗ провела анализ перечня основных лекарственных средств в Кыргызстане. Было выяснено, что в списке содержатся лекарства, не включенные в перечень основных лекарственных препаратов ВОЗ как не соответствующие критериям отбора из-за отсутствия доказательств эффективности, являющиеся устаревшими и нерациональными. В настоящее время перечень корректируется.

Возможны и другие проблемы, препятствующие ранней госпитализации пациентов, как это показано на примере пациентки, опрошенной в одном из инсультных отделений (Вставка 1). Отсутствие стремления к ранней госпитализации может быть связано с широким спектром вопросов: проблемами культурного свойства; отсутствием необходимой осведомленности или уверенности в том, что это позволит улучшить исход; финансовыми соображениями. Ожидание значительных финансовых затрат уже было выявлено в качестве препятствия для обращения за медицинской помощью.⁹

Вставка 1. Клинический случай пациента в инсультном отделении в Бишкеке

Женщина, 72 года, в анамнезе артериальная гипертензия. Почувствовала внезапную слабость в левой руке и левой ноге. Спустя сутки вызвала участкового врача (УВ). УВ пришел на вызов через час и изначально попытался снизить артериальное давление на дому.

УВ вызвал невролога. Консультации невролога пациентка ждала 3 часа. Невролог направил ее в государственную больницу, и дочь пациентки отвезла ее туда на своей машине. Пациентке пришлось организовать и самостоятельно оплатить проведение МРТ в частном диагностическом центре за 3000 сумов. По результатам МРТ было выявлено наличие ишемического инсульта левого полушария. Ультразвуковое исследование сонных артерий не проводилась в силу его недоступности.

Обратите внимание на тот факт, что, хотя пациентка уплатила значительную сумму за диагностический тест, этот тест был ненужным, поскольку временная отсрочка означала, что пациентка оказалась за пределами терапевтического окна, и повлиять на клиническое ведение он не мог.

Стационарное лечение

Вмешательства, основанные на фактических данных

Острый коронарный синдром

Этот раздел опирается на международные руководства.^{41,42} Эффективная организация помощи пациентам с ОКС требует предоставления помощи на различных уровнях. Их доступность определяется наличием соответствующих возможностей у поставщика услуг. Больницы, располагающие отделениями интенсивной терапии (ОИТами, мониторируемыми койками) и возможностями для проведения безотлагательной дефибрилляции и введения тромболитиков, обеспечивают базовое лечение, позволяющее снизить смертность от ОКС.

Протоколы ранней диагностики и ведения позволяют произвести раннюю стратификацию рисков для определения того, вести ли пациента с использованием ранней инвазивной стратегии или с использованием изначально консервативной стратегии, а также помогают определить, какой рекомендуемой фармакологической терапии следует придерживаться. Пациенты, поступившие с болью в грудной клетке, должны быть как можно раньше

обследованы в соответствии с диагностическим протоколом по ОКС. Отправной точкой служит 12-канальная ЭКГ, результаты которой должны быть интерпретированы в течение 10 минут с момента первого экстренного клинического контакта. Это может потребовать направления к врачу, имеющему опыт проведения и/или интерпретации ЭКГ. На основании ЭКГ пациента следует отнести к одной из двух групп для дальнейшего ведения: к тем, кто испытывает острую боль в грудной клетке и характеризуется стойким повышением сегмента ST (ОКС с подъемом сегмента ST), или к тем, кто испытывает острую боль в грудной клетке, но не характеризуется стойким подъемом сегмента ST.

ОКС с подъемом сегмента ST обычно отражает наличие общей коронарной окклюзии, и у большинства пациентов в конечном итоге развивается ИМпST. Пациенту с ИМпST, для которого экстренная реперфузия является клинически целесообразной, в соответствии с временными рамками, которые рекомендованы имеющимися европейскими/ национальными руководствами, предлагается своевременное ЧКВ или тромболизис. В целом, согласно европейским руководствам, первичное ЧКВ показано, если предполагается, что от первого медицинского контакта до раздувания баллона пройдет менее 90 минут; в противном случае, пациенту предлагается тромболизис. Для пациентов с ОКС период от первого медицинского контакта до раздувания баллона должен составлять 60 минут, если от начала симптомов прошло не более 3 часов. Для пациентов, госпитализируемых в стационар, не обладающий возможностями ЧКВ, максимальная отсрочка реперфузии составляет 120 минут, при том что время «в дверь – из двери» не превышает 30 минут. Временные рамки для реперфузии при ИМпST составляют 12 часов и для тромболитической терапии и для первичного ЧКВ, и до 24 часов для первичного ЧКВ у пациентов с симптомами ишемии. Реканализация полностью окклюзированной артерии по прошествии 24 часов от начала симптомов у стабильных больных не рекомендуется.

Ведение пациентов с острой болью в грудной клетке, но без стойкого подъема сегмента ST должно осуществляться в соответствии с оценкой имеющегося риска неблагоприятного события. Если у пациента выявлен средний или высокий риск неблагоприятного кардиологического события, врачам следует обсудить с ним и/или лицами, осуществляющими за ним уход, риски и преимущества коронарной ангиографии и надлежащей реваскуляризации.

Дополнительной диагностической ценностью при оценке ОКС обладает серийный забор анализов на биохимические маркеры некроза миокарда, такие как тропонин.

Антитромболитические препараты, такие как ацетилсалициловая кислота (аспирин), которые снижают риск тромбоза, препятствуя высвобождению и агрегации тромбоцитов, выступают краеугольным камнем при ведении ОКС и входят в число «наиболее выгодных вмешательств», рекомендуемых ВОЗ,⁴³ (ацетилсалициловая кислота, атенолол и тромболитическая терапия [стрептокиназа] также рекомендуются ВОЗ для ОИМ в текущей версии Приложения 3,⁴³ но оно будет обновляться на Всемирной ассамблее здравоохранения 2017 г.). В качестве экономически эффективных мер при лечении ОИМ Кыргызстану было предложено использовать аспирин, сочетание аспирина и антикоагулянтов, а также сочетание аспирина, бета-блокаторов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) и стрептокиназы.⁴⁴

Инсульт

Оказание специализированной помощи в инсультном отделении,^{45,46,47} а также тромболитическая терапия, проведенная в течение 4,5 часов от начала ишемического инсульта, и внутриартериальный тромболизис,³⁴ как показывает практика,³⁴ позволяют улучшить показатели смертности и инвалидизации среди пациентов с инсультом. Первоочередной задачей любой модели оказания медицинской помощи при инсульте должно быть обеспечение имеющим соответствующие показания пациентам своевременного доступа к тромболизису (системной или внутриартериальной терапии), а также максимально быстрая транспортировка всех пациентов с подозрением на инсульт в специализированные лечебные учреждения.

Скоординированная помощь в соответствии с протоколом ведения больного, при эффективном взаимодействии между оказывающими помощь при инсульте на догоспитальном и госпитальном этапах, играет решающую роль, позволяя сократить промедление в диагностике и лечении, что, в свою очередь, улучшает долгосрочный

клинический исход для пациента. Стратегия предварительного уведомления о пациентах с подозрением на инсульт доказала свою эффективность, хотя по-прежнему недостаточно используется даже в ряде западных стран.⁴⁸ Эта стратегия инициирует цепочку действий: приоритетность при медицинской сортировке и своевременную оценку состояния пациентов в соответствии с приводимыми ниже временными рамками согласно алгоритму для ведения острого инсульта:⁴⁰

- Общая оценка состояния больного, включая проведение компьютерной томографии (КТ), сертифицированной инсультной бригадой, врачом отделения неотложной помощи или иным признанным специалистом в течение 10 минут по прибытии в отделение неотложной помощи (ОНП);
- От поступления в ОНП до уведомления инсультной бригады ≤15 минут
- От поступления в ОНП до КТ сканирования ≤25 минут
- Интерпретация КТ скана в течение 45 минут с момента поступления в ОНП;
- От поступления в ОНП до начала фибринолитической терапии ≤1 часа, или ≤90 минут от наступления симптомов;
- От поступления в ОНП до мониторируемой палаты ≤3 часов для всех пациентов.

Для того, чтобы уложиться в эти рамки, необходимо наличие организованного протокола, который приоритизирует проведение экстренной оценки состояния всех пациентов с подозрением на инсульт. Любой подобный протокол должен учитывать доступность местных ресурсов и ограничения инфраструктуры.

В последние 25 лет активно обсуждается модель организованной стационарной помощи пациентам с инсультом, так называемое **“инсультное отделение”**. Обсуждение касается того, действительно ли улучшение организации стационарной помощи при инсульте может существенно и экономически эффективно улучшать исход для пациента, и, если да, действительно ли эти преимущества могут быть по-разному распределены между различными группами пациентов. В целом, в настоящее время, пациенты с инсультом госпитализируются в стационары, где получают помощь со стороны широкого спектра врачей-специалистов, работающих в разных местах: помощь больным с инсультом часто оказывается в отделениях общей терапии и/или в неврологических гериатрических отделениях, где их ведение осуществляется наряду с ведением целого ряда других групп пациентов. В противоположность этому, инсультные отделения обслуживаются междисциплинарной командой, включающей специализированный сестринский персонал и лечащих врачей, занимающихся исключительно обслуживанием и лечением пациентов с инсультом. Доказано, что пациенты, получающие помощь в инсультных отделениях, с большей вероятностью выживают, вновь обретают независимость и возвращаются домой, чем те, кто получает менее организованную помощь, независимо от возраста и пола пациента, тяжести инсульта и его подтипа.^{45,46,47} Оказание помощи больным с инсультом и их реабилитация в инсультных отделениях составляют одну из эффективных рекомендаций ВОЗ.⁴³

Тромболитическая терапия восстанавливает мозговой кровоток у больных с острым ишемическим инсультом и может привести к улучшению или разрешению неврологического дефицита. Известно, что тромболитическая терапия существенно улучшает клинический исход у отдельных пациентов с острой церебральной ишемией,⁴⁸ имеются убедительные доказательства того, что внутривенная тромболитическая терапия в дозе, используемой для лечения ишемического инсульта, в течение первых 3 часов от наступления ишемического инсульта приносит существенную пользу практически всем пациентам с потенциально инвалидизирующим дефицитом, а проведенная в течение 3-4,5 часов – потенциальную умеренную пользу.^{34,48} В настоящее время ведется обновление наиболее эффективных рекомендаций ВОЗ в отношении тромболитической терапии при остром инсульте.⁴³

Наконец, внутриартериальная терапия является высокоэффективной при экстренной ревазуляризации, и известно о ее безопасности и эффективности у пациентов с острым ишемическим инсультом, вызванным проксимальной внутримозговой окклюзией в переднем отделе мозгового кровотока.³⁴ Для проведения такой терапии необходимы соответствующее оборудование и инфраструктура, отвечающие стандартам современных руководств, а также подготовленный, знающий и опытный персонал. Кроме того, решающее значение имеет мониторинг эффективности

системы медицинской помощи с использованием надлежащих индикаторов и регистров (см. раздел 6: Контроль качества и управление эффективностью).

FeSS – это междисциплинарный, основанный на фактических данных сестринский протокол для ведения лихорадки, гипергликемии и нарушений глотания. Известно, что его применение позволяет значительно улучшить исход для пациентов после выписки из инсультных отделений.⁵⁰ Вместе с протоколом доступна конкретная программа обучения его использованию; его применение было бы недорогим, могло бы положительно сказаться на состоянии большинства пациентов, госпитализированных в инсультные центры, и не потребовало бы использования сложных технологий.

Сильные стороны

ОКС

Модель организации помощи в Кыргызстане следует считать одной из основных преград для экстренного ведения ОКС и инсульта.⁵

В государственных стационарах для пациентов с ОКС доступны базовое оборудование и базовые лекарственные средства. Национальный центр кардиологии в Бишкеке оснащен КТ-сканером для КТ-ангиографии (12 часов в день) и лабораторией катетеризации (ЛК) сердца; тем не менее, ЛК используется не на полную мощность из-за ограниченной доступности катетеров и нехватки персонала. ЛК используется не только для пациентов с ОКС, но и для других сосудистых процедур. В частном секторе компетентность медицинских работников и оборудование практически не уступают имеющимся в 15 странах Европейского Союза (ЕС).

Национальные клинические руководства, протоколы и алгоритмы для ОКС подготовлены Минздравом, и те из них, которые были проанализированы в ходе миссии, являются основанными на фактических данных и современными, хотя их распространение (в печатном виде) ограничено, а их применение в сельских районах по-прежнему неоптимально. Проводятся кампании и мероприятия, стимулирующие самообразование. В основном они включают распространение постеров и публикаций, посвященных борьбе с факторами риска ССЗ и их профилактике.

Инсульт

Специализированные лечебные подразделения, имеющие врачей-специалистов (неврологов) и профильных терапевтов (физиотерапевтов и, в ряде случаев, логопедов), в Кыргызстане доступны в четырех инсультных центрах, два из которых располагаются в столице страны, Бишкеке, и по одному – в Нарыне (Рис. 9-12) и Оше (Рис. 13). Число пациентов с инсультом, госпитализируемых в стационары Бишкека, со временем увеличивается; в 2011г. в регистр Бишкека было внесено 70,6% всех больных с инсультом, в 2012 г. – 79,9%, а в 2016 г. – более 90%. Данные по другим регионам пока недоступны.

Начиная с 2012 г. в рамках Национальной стратегии здравоохранения «Ден соолук» под руководством Минздрава реализуется программа по созданию инсультных отделений. Тем не менее, сохраняется ряд инфраструктурных и организационных пробелов, которые необходимо устранить: не во всех государственных лечебных учреждениях с инсультным центром доступна нейровизуализация, и пациенты, по большей части, должны самостоятельно изыскивать возможности для проведения визуализации и других инструментальных диагностических тестов в частных клиниках (оплачивая услуги скорой помощи, чтобы добраться туда).

Рис. 9–11. Нарынское инсультное отделение, специализированная инфраструктура и новое оборудование (открыто 8 сентября 2016 г.)



Рис. 12. Мониторируемая койка в инсультном отделении в Нарыне

Возможен доступ к таким специалистам, как кардиолог и ангиолог, и пациенты имеют возможность воспользоваться услугами ранней нейрореабилитации, включающей физиотерапию и, в ряде случаев, логопедическую помощь. Четыре инсультных центра, госпитализирующие “острых” пациентов, предназначены для оказания “интенсивной” помощи, которая предполагает постоянный мониторинг, высокий уровень подготовки сестринского персонала и возможности для проведения жизнеподдерживающих мероприятий.

Инсультный центр в Нарынской областной больнице был открыт в сентябре 2016 г. и оборудован 20 койками, 6 из которых должны быть реанимационными; однако, нейровизуализация недоступна, и диагностика инсульта ведется на клинической основе. На сегодняшний день, имеется 1 монитор и 1 вентилятор (Рис. 9–12). Схожую ситуацию можно видеть в инсультном центре областной больницы в Оше, где для пациентов с инсультом имеется 25 коек: не имеется оборудования для нейровизуализации и пациентов в стабильном состоянии направляют в частный центр, такой как «ЮРФА» (Рис. 13, 14), где за 3000–4000 сумов (43–58 долл. США) можно пройти КТ или МРТ. В обоих этих инсультных центрах не имеется многопрофильных бригад, хотя нам сказали, что доступны стратегии ранней реабилитации в форме сестринской мобилизации.

Рис. 13. Инсультное отделение в Оше



Многопрофильные бригады имеются в Бишкекском инсультном центре, где доступно от 20 до 30 коек. Пациентов обычно выписывают через 12–18 дней либо домой, либо в реабилитационное учреждение.

Так же, как и в случае с ОКС, инсультная помощь может оказываться частными провайдерами (Рис. 14 и 15), которые предлагают услуги нейровизуализации и диагностики, а стационарная помощь сопоставима с той, которую оказывают инсультные отделения.

Рис. 14. Центр ЮРФА предлагает широкий спектр частных услуг, включая консультации врачей-специалистов и услуги диагностики



Рис. 15. Центр МЕДИ предлагает специально посвященный инсульту вебсайт, который рассказывает о возможностях высокотехнологичной медицинской помощи и предлагает полный спектр услуг пациентам с инсультом, начиная от услуг скорой помощи, специализированного экстренного ведения больного, “инсультного стационара” и диагностики, до услуг реабилитации.



Пробелы

ОКС

Не хватает оборудования, инфраструктуры и лекарств для лечения ОКС, хотя уровень помощи при ОКС выше и более широкодоступен в стране, чем при инсульте. В действительности больницы не предлагают различных уровней интенсивной помощи: отсутствуют настоящие отделения неотложной помощи, не имеется ОИТов, структурированных и оборудованных в соответствии с международными стандартами. Как следствие, определить категорию пациента в соответствии с тяжестью клинической картины не представляется возможным; создание внутрибольничного протокола ведения потока больных было бы бессмысленным. Некоторые палаты оснащены мониторами и жизнеподдерживающим оборудованием (см. раздел, касающийся сильных сторон и пробелов применительно к инсульту), и туда госпитализируют пациентов в наиболее критическом состоянии для стабилизации и ведения. Даже в Национальном центре кардиологии отсутствуют определенные терапевтические и диагностические возможности, такие как

- аппарат для внутриаортной баллонной контрпульсации
- оборудование для гипотермии
- определенные лекарства (добутамин, норадреналин, противоритмические средства, эноксапарин, фондапаринукс, антитромболитические препараты, такие как тикагрелор и прасугрел)
- тестирование на тропонин
- инвазивный мониторинг
- оборудование для мобильной электрокардиографии и ультразвукового исследования сосудов.

Стрептокиназа является единственным лекарственным средством, доступным для проведения тромболитика; и альтеплаза и тенектеплаза недоступны. В течение нескольких месяцев были проблемы даже с регистрацией стрептокиназы, и тромболитики были недоступны. Отсутствуют бесплатные катетеры для ангиографии и коронарные стенты (1000 сумов за стент, включая введение; 2500 сумов за 3 стента), т.е. доступ к наиболее оптимальному лечению ограничен не только отсутствием вариантов ДМ лечения и диагностики, но и финансовыми возможностями пациентов. Во время консультаций в марте 2017 г. мы узнали, что Минздравом издан приказ о предоставлении высокотехнологичной помощи пациентам с ОКС в стране. Был проведен тендер, закуплены стенты и расходные материалы для предоставления бесплатных ЧКВ для пациентов с ОКС в разных регионах страны.

Ограничена доступность кадровых ресурсов, и существует проблема заработной платы; доход специалиста в частном секторе в 3 или 4 раза выше (средняя зарплата в частном секторе составляет 45 000 – 50 000 сумов в месяц), чем в государственных больницах (средняя зарплата в государственном секторе составляет 16 000 сумов в месяц), таким образом, набравшись опыта, некоторые врачи уходят из государственного сектора в частный.

Не имеется национального или областных регистров ОКС, помимо регистра, который ведет служба скорой помощи. Местный опыт ряда центров, таких как Национальный центр кардиологии, показывает, что 80% поддающихся лечению пациентов не получали надлежащего лечения (ЧКВ). Проблемой остается своевременность вмешательств, поскольку большинство пациентов не получает своевременной диагностики и лечения, несмотря на рекомендации руководств.

Инсульт

Не хватает технологий и инфраструктуры для лечения инсульта. Зафиксировано, что в 2007 г. в Бишкеке лишь 16% больных с инсультом смогли получить доступ к нейровизуализации, оплатив ее из собственных средств. Даже сегодня в недавно открытых инсультных центрах недоступны визуализация и диагностические инструментальные процедуры, и используются такие устаревшие практики, как люмбальная пункция (этой процедуре подвергаются 70% пациентов) и эхоэнцефалоскопия. Мониторинг и потенциал для жизнеподдержания доступны не для всех когорт, а также отсутствует ряд иного оборудования, имеющего решающее значение для лечения тяжелобольных пациентов,

включая антипролежневые матрасы. Кроме того, уровень обеспеченности сестринским персоналом не отвечает усредненным критериям для интенсивной терапии при инсульте.⁴⁷

Так как базовые компоненты процесса текущей диагностики, такие как нейровизуализация, доплерография и другие исследования, недоступны во всех государственных больницах, тем, кто располагает достаточными финансовыми возможностями, предлагаются частные диагностические, консультативные и патронажные услуги. Простая КТ мозга стоит порядка 3000–4000 сумов (43–58 долл. США). Все частные медицинские учреждения должны быть сертифицированы Минздравом, но на местах, особенно в сельских районах, у несертифицированных розничных продавцов можно приобрести препараты плохого качества. Во время консультаций в марте 2017 г. мы узнали, что Минздравом инициирован проект по установке КТ-сканеров в организациях общественного здравоохранения на основе государственно-частного партнерства. Исследование по вопросу целесообразности в этой связи уже началось.

Национальный фармакологический перечень по-прежнему включает лекарственные средства с низкой или научно не доказанной эффективностью, такие как нейропротекторы, которые используются врачами вопреки рекомендациям местных и международных руководств. Ряд лекарств, таких как новые пероральные антикоагулянты, недоступен. Хотя Минздрав активно инвестирует в разработку основанных на фактических данных методов ведения больных с инсультом, соблюдение руководств и рекомендуемых протоколов остается неоптимальным, и, как представляется, отсутствует четкая стратегия осуществления в отношении научно обоснованных терапевтических вмешательств при инсульте. Мы встречались со множеством высококвалифицированных и имеющих научные степени врачей, лишенных достаточных возможностей для научного и клинического сотрудничества на международном уровне.

Был предпринят ряд инициатив по улучшению состояния лечебных учреждений, оказывающих помощь при инсульте. Кредитное соглашение между Республикой Кыргызстан и Кувейтским фондом экономического развития арабских стран, ратифицированное и подписанное в марте 2016 г., предусматривает строительство и оснащение нейрохирургического центра Национальной больницы в Бишкеке. Центр будет оказывать медицинскую помощь пациентам с инсультом в соответствии с международными стандартами.

Вторичная профилактика и реабилитация

Лекарственная терапия играет ключевую роль в улучшении исходов для пациентов с ОКС и инсультом.⁴³

Лекарственная терапия (включая гликемический контроль при сахарном диабете и контроль артериальной гипертензии) и консультативная помощь лицам, перенесшим инфаркт миокарда или инсульт, являются одним из «наиболее выгодных вмешательств» применительно к НИЗ и относятся к числу наиболее экономически эффективных мер, рекомендуемых ВОЗ.

Постоянное просвещение пациентов в отношении поведенческих факторов риска и ранней реабилитации играют решающую роль для улучшения результатов лечения. Тем не менее, исследование EUROASPIRE IV⁴⁹ выявило, что большинство имеющих коронарные заболевания пациентов в Европе после госпитализации не достигают необходимых показателей в отношении образа жизни, терапии и факторов риска. Несмотря на доказанную эффективность, доказательно обоснованная кардиологическая реабилитация остается одним из наиболее редко используемых научно обоснованных вмешательств/терапевтических методов в сфере кардиологической помощи в Европе.

Доказано, что эффективное взаимодействие на догоспитальном и стационарном этапах медицинской помощи ведет к сокращению отсрочки до начала лечения и, соответственно, позволяет улучшить исход.

Вмешательства, основанные на фактических данных

ОКС

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что одной из самых больших возможностей для улучшения исходов и воздействия на них является устранение пробелов в оказании высококачественной помощи в целях вторичной

профилактики ССЗ после выписки из стационара по поводу ОКС. Общие рекомендации с позиций ДМ по оказанию помощи после ОКС включают следующее:

- здоровый образ жизни, включая физическую активность и контроль массы тела;
- борьба с факторами риска ССЗ, включая отказ от курения (для продолжающих курить), контроль артериального давления и липидов, а также ведение сахарного диабета;
- профилактические лекарства по показаниям;
- последующее наблюдение после выписки;
- обучение пациентов;
- кардиологическая реабилитация.

Кардиологическая реабилитация предполагает использование многомерного, междисциплинарного, системного и стандартизированного подхода как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. Доказано, что кардиологическая реабилитация, основанная на физических упражнениях, имеет ряд важных преимуществ, включая сокращение риска смерти, вызванной сердечно-сосудистыми причинами, и госпитализации, а также повышение связанного со здоровьем качества жизни, в сравнении с отсутствием физических упражнений. Имеются также экономические свидетельства того, что кардиологическая реабилитация является экономически эффективной.⁵² Кардиологическая реабилитация после инфаркта миокарда входит в список рекомендаций ВОЗ по эффективному оказанию медицинской помощи.⁴³ В качестве мер с высокой экономической эффективностью Кыргызстану предлагается дальнейшее долечивание ОИМ после купирования острой фазы и вторичная профилактика посредством кардиологической реабилитации и медикаментозного лечения (бета-блокаторы, аспирин и ингибиторы АПФ).⁴⁴

Успешная профилактика ССЗ опирается на готовность врачей общей практики проводить оценку факторов риска, принимать необходимые меры и вести разъяснительную работу среди пациентов. Такие интенсивные и структурированные вмешательства на уровне общей практики способствуют предупреждению рецидивов сердечно-сосудистых событий и сокращают число госпитализаций по поводу ишемической болезни сердца.⁵³

Клиницистам следует разработать индивидуальный план помощи для каждого пациента с ОКС и/или ухаживающих за ним лиц, прежде чем пациент покинет стационар. Этот план должен оговаривать необходимые изменения образа жизни и варианты лекарств (например, антитромбоцитарные препараты, высокие дозы статинов, бета-блокаторы, ингибиторы ренин-ангиотензиновой системы, блокаторы рецепторов альдостерона), учитывать психосоциальные потребности пациента и включать направление на необходимую кардиологическую реабилитацию или иную программу вторичной профилактики. Копии плана передаются пациенту и лечащему его врачу общей практики, либо в соответствующее амбулаторное учреждение в течение 48 часов после выписки.

Инсульт

В качестве мер с высокой экономической эффективностью Кыргызстану предлагается использовать аспирин на постстационарном этапе при остром ишемическом инсульте, а также сочетание ингибитора АПФ и диуретиков, бета-блокаторов и статинов в целях вторичной профилактики.⁴⁴

Реабилитационная терапия является краеугольным камнем выздоровления и функционального улучшения пациентов с инсультом и позволяет пережившим инсульт пациентам вновь обрести независимость и способность самостоятельно себя обслуживать.⁵⁴ Существует множество форм научно обоснованной реабилитационной терапии,⁵⁵ что позволяет адаптировать дальнейшие вмешательства в соответствии с потребностями и особенностями пациента. Программы реабилитации после инсульта отличает наличие междисциплинарной команды, слаженно и тщательно работающей над тем, чтобы обеспечить осуществление программы комплексной реабилитации для каждого пациента. Эти программы могут различаться в зависимости от предлагаемых видов терапии, а также от их интенсивности и продолжительности.⁵⁶

Оптимальное окно для начала реабилитационной терапии еще предстоит определить. Клинические исследования показывают, что существует связь между более ранним началом реабилитации и улучшением исхода. Сходным образом, имеются веские доказательства того, что ранняя мобилизация (в течение первых 24 часов), включающая частые кратковременные периоды активности, может способствовать улучшению исхода.⁵⁷ Имеются достоверные свидетельства того, что, клинически, реабилитация, обеспечиваемая в подострой фазе, может улучшать функциональный исход. В этой связи, представляется целесообразным вовлекать соответствующих пациентов с инсультом в реабилитационные мероприятия, как только они смогут в них участвовать. Возраст не считается значимым предиктором функционального восстановления после инсульта, в то время как тяжесть инсульта и исходный неврологический дефицит являются таковыми.

Реабилитационные услуги предоставляются в оказывающих услуги неотложной и реабилитационной помощи стационарах; учреждениях долгосрочного пребывания; на дому, при содействии государственных и/или частных медицинских служб; а также в амбулаторных учреждениях. Свидетельства того, является ли более распространенным проведение амбулаторной реабилитации пациентов с инсультом на дому или на базе лечебных учреждений, пока противоречивы. Пациенты с легким инсультом успешно могут проходить/проходили/проходят регулярную реабилитацию в амбулаторных условиях, если она проводится квалифицированной междисциплинарной командой специалистов по реабилитации при инсульте. На основании лучших фактических данных, пациентам с инсультом средней тяжести следует проходить реабилитацию в реабилитационных отделениях, специализирующихся на инсульте. Важность для всех переживших инсульт также могут иметь иные факторы, такие как непрерывность помощи. Наконец, ведение пациентов с тяжелым инсультом лучше всего проводить в отделениях долгосрочного пребывания, предназначенных для реабилитации с меньшей интенсивностью.

Всем пережившим инсульт необходимы медицинская помощь, поддержка и информирование, но не всем требуется формальная реабилитация. Примерно 20% переживших инсульт вновь обретают полную функциональную независимость к концу 2 недель от начала инсульта.⁵⁸ По расчетам, еще 20% характеризуются таким тяжелым функциональным дефицитом, что предположительно останутся неамбулаторными и будут нуждаться в помощи с выполнением повседневных действий, независимо от реабилитационных усилий.⁵⁹

Эффективная система медицинской сортировки позволяет быстро соотнести пациентов с инсультом с соответствующей интенсивностью ресурсов, либо легко перемешать их между различными уровнями реабилитационной интенсивности в зависимости от их потребностей. Это имеет решающее значение для любого эффективно функционирующего протокола ведения больного с инсультом. Прежде чем будет создана объективная и прозрачная система медицинской сортировки, должны быть установлены последовательные объективные меры функциональных возможностей и исходов. Клинические шкалы, такие как Шкала инсульта Национального института здоровья (NIHSS) для измерения неврологического дефицита, модифицированная шкала Рэнкина (mRS), Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МОСА) и индекс Бартела, – это инструменты, которые могут быть адаптированы для использования в разное время по ходу осуществления протокола ведения больного с инсультом для направления пациентов в соответствующее лечебное учреждение, формирования прогноза и информирования семьи о том, чего следует ожидать.

Сильные стороны и пробелы

ОКС

Налицо многочисленные пробелы в проведении вторичной профилактики и кардиологической реабилитации пациентов с ОКС. Ограничена доступность лекарственных средств для вторичной профилактики инсульта и ОКС, так же как и доступность государственных учреждений, способных вести кардиологическую реабилитацию. Необходимость из своего кармана оплачивать лекарства при амбулаторном лечении ведет к катастрофическим и разорительным расходам пациентов.⁶⁰ Исследования показывают, что финансовые барьеры являются одной из причин, по которой пациенты могут не принимать лекарства, особенно если их требуется принимать в течение длительного срока, как это происходит при артериальной гипертензии.^{9,61} Выявлено также, что статины отличаются относительно высокой ценой и ограниченной доступностью, а также не включены в перечень льготных лекарственных средств, что приводит к их низкому использованию в целом по стране. Хотя большинство перенесших

ИМ пациентов получают долгосрочную терапию с использованием аспирина и бета-блокаторов (хотя и со значительными региональными вариациями), лишь немногие получают статины или эффективные вмешательства, способствующие отказу от табака.⁵

Дальнейшее наблюдение после выписки и просвещение пациентов в основном ложится на поликлиники и службы первичной медико-санитарной помощи. Тем не менее, как уже неоднократно подчеркивалось, хотя проблема высокого уровня предотвратимых госпитализаций по поводу ССЗ могла бы решаться на уровне первичной медико-санитарной помощи, факторы риска ССЗ не учитываются и слабо контролируются врачами; кроме того, на уровне первичного звена наблюдается самый высокий уровень кадрового голода.⁶² В ряде областей наблюдается высокий уровень повторных случаев ОИМ, в частности – в Ошской, где он в 1,7 раза превышает средний показатель по стране.

Не имеется национальных руководств по кардиологической реабилитации, и не ясно, соответствуют ли вмешательства, проводимые в учреждениях частного сектора, стандартам ЕС-15.

Инсульт

Для лечения пациентов с инсультом широко применяются неэффективные лекарства, как в активной фазе, так и на этапе вторичной профилактики. Предполагается, что эти лекарства оказывают нейропротекторное воздействие, и оплачиваются они самими пациентами.

В инсультных центрах государственных больниц ведется ограниченная ранняя реабилитация, но шкалы для определения тяжести инсульта, остро необходимые для осуществления эффективной медицинской сортировки и направления пациентов в соответствии с протоколом ведения больного с инсультом, не находят регулярного применения. Кроме того, реабилитационные услуги доступны в реабилитационных центрах и амбулаторных отделениях поликлиник. Предлагается широкий спектр реабилитационных вмешательств, не все из которых имеют доказанную эффективность, и пациентам эти мероприятия предлагаются на платной основе в дополнение к их общему графику реабилитации.

Не хватает учреждений длительного пребывания и интернатных учреждений, и пациенты с тяжелой инвалидностью, очевидно, остаются дома на попечении семей и/или программ социальной защиты.

8. Участие пациентов

Активное участие пациентов и отстаивание интересов пациентов с инсультом – это относительно новое явление в Кыргызстане. В 2016 г. в Бишкеке впервые был организован ряд мероприятий в рамках Всемирного дня борьбы с инсультом; в ходе однодневного семинара рассказывалось о скрининге на артериальную гипертензию и повышенное содержание глюкозы в периферической крови, о профилактике инсульта и первых признаках, позволяющих распознать инсульт. Материалы были получены Всемирной организацией по борьбе с инсультом, а само мероприятие проводилось студентами медицинских институтов и местными неврологами, специализирующимися в области инсульта. Был снят и выложен на YouTube видеоролик.⁶³

Насколько нам известно, не имеется организованных объединений пациентов с инсультами и заболеваниями сердца, и с пациентами не советуется при разработке клинических руководств или при планировании услуг/стратегий по борьбе с инсультом. Представители отдела Минздрава, отвечающего за разработку руководств и их научно обоснованное осуществление, очевидно, лишь время от времени советуется со специалистами и экспертами в области ведения инсульта.

9. Мониторинг и оценка

Программа «Ден соолук» установила 96 показателей для отслеживания прогресса.⁶⁴ Среднесрочная оценка осуществления программы «Ден соолук» выявила, что по ряду ключевых показателей не имеется данных, а при наличии данных наблюдаются расхождения.

Применительно к показателям в категории ССЗ в «Ден соолук», среднесрочная оценка позволяет считать три показателя достигнутыми или превышенными, восемь – не достигнутыми, а по двум не имеется данных. Показатели отражены в таблице в Приложении 4, наряду с результатами.

Среднесрочная оценка осуществления Стратегии по НИЗ показала, что из двух наиболее актуальных показателей в Глобальной системе мониторинга (ГСМ) НИЗ, один пока не может быть эффективно измерен, а второй – близок к достижению (Таблица 4).

Таблица 4. Актуальные показатели в рамках Глобальной системы мониторинга ВОЗ и их достижение в Кыргызстане

Относительное снижение распространенности повышенного артериального давления на 25% или прекращение роста распространенности повышенного артериального давления, в соответствии с национальной ситуацией	Для того, чтобы судить о достижении этого показателя, необходимы периодические измерения с помощью популяционных исследований, таких как STEPS. Последнее исследование STEPS проводилось в 2013 г. Следующее планируется в 2017 г. Тогда можно будет судить о тенденциях.
По крайней мере 50%-ый охват отвечающих установленным критериям людей лекарственной терапией и консультативной помощью (включая гликемический контроль) для предотвращения инсультов и инфарктов миокарда	Возможно измерение по косвенным показателям на основе исследования STEPS. В 2013 г. исследование показало, что Кыргызстан близок к достижению этого целевого ориентира, поскольку 49% отвечающих установленным критериям людей получали лекарственную терапию и консультативную помощь.

10. Выводы и ключевые идеи

НИЗ, и особенно ССЗ, представляют собой большую проблему для Кыргызстана. ИБС и инсульт являются основными причинами преждевременной смерти и потерянных лет жизни, а среди населения широкое распространение имеют факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. Правительство считает своим долгом решить эту проблему, о чем свидетельствует политическая рамочная основа и некоторые, уже принятые, меры. Так как профилактика НИЗ, борьба с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний и барьеры в системе здравоохранения, препятствующие получению лучших исходов НИЗ, уже были отражены в других докладах,^{5,65} в центре внимания этого обзора – услуги неотложной помощи и реабилитации при остром коронарном синдроме (ОКС) и инсульте. Поэтому его цель – совместно с другими докладами представить всеобъемлющую картину профилактики и борьбы с ССЗ, начиная с профилактики на популяционном и индивидуальном уровне, через лечение к реабилитации, и рассмотреть профилактику в континууме первичной, вторичной и третичной профилактики. Применение подхода, учитывающего специфику конкретного заболевания, углубленный анализ течения одного из основных НИЗ, а также имеющихся возможностей и вмешательств, которые могут оказать на него влияние, – все это предназначено для того, чтобы углубить более широкий и интегрированный подход к проблеме НИЗ. Фактически, положительные сдвиги в отношении ССЗ или, более конкретно, в отношении пути ведения больного с ОКС и инсультом, могут рассматриваться и использоваться как средство положительного воздействия на лечение других заболеваний за счет

изменений в системе здравоохранения. Этот доклад призван скорее дополнить, нежели повторить то, что уже было сказано в других докладах; тем не менее, в нем используется возможность еще раз подчеркнуть необходимость продолжать усиление профилактики на популяционном уровне, оценивать риск сердечно-сосудистых заболеваний и справляться с ним в рамках первичной медико-санитарной помощи. Подобные меры помогут не допустить осложнений и будут служить поддержкой усилиям, направленным на профилактику повторных заболеваний и инвалидности вследствие острых нарушений; они показали свою экономическую эффективность в Кыргызстане.⁴⁴

Для того, чтобы проанализировать, как лучше решать проблему текущего уровня заболеваемости, в обзоре использована рамочная основа, учитывающая неспецифические и отличительные характеристики помощи при ОКС и инсульте. На протяжении всего доклада уделялось внимание как сильным сторонам, так и пробелам. Подводя итог, следует отметить, что в рамках государственного (и частного) сектора предоставляются услуги неотложной помощи и реабилитации при инфаркте миокарда и инсульте, более развитые в первом случае, нежели во втором, и более сосредоточенные в столице. Существуют клинические руководства, и они, в основном, основаны на фактических данных, однако их реализация сдерживается недостатком ресурсов и инфраструктуры, форматом услуг, фрагментированностью протоколов ведения больных и сетей, и ограниченным характером управления эффективностью. Были выявлены признаки использования недоказательной медицины, т.е. имеются потенциальные возможности перенаправления средств, расходуемых на подобные практики, и их использования с большей эффективностью. Налицо углубляющийся разрыв между возможностями частного и государственного секторов, а также потенциальное разрушение последнего, поскольку персонал увольняется в поисках более высокой зарплаты и лучших условий. Фрагментированность протоколов ведения больных и плата (официальная и неофициальная) за услуги ложатся на пациента тяжким бременем, как в финансовом отношении, так и с позиций клинического исхода. Тем не менее, имеются примеры передовых и развивающихся практик, формирования международного сотрудничества и инвестиционных возможностей. Наличие более стратегического подхода и дорожной карты для развития этих услуг могло бы способствовать выгодному использованию сильных сторон и создающихся возможностей для совершенствования медицинской помощи при инсульте и ОКС. В противном случае, на фоне снижения преждевременной смертности от ССЗ, невозможность улучшить оказание неотложной помощи, организацию реабилитации и клинические исходы, особенно в том, что касается инсульта, может привести к предотвратимым случаям повторных заболеваний, росту хронической заболеваемости и инвалидизации с соответствующими последствиями для качества жизни и издержками на оказание медицинской помощи и социальной защиты.

Ключевые идеи, которые были представлены Минздраву по окончании миссии, могут быть обобщены следующим образом:

Более эффективное управление ресурсами

- **Рационализация существующей инфраструктуры и ресурсов.** Необходимо рационализировать существующую инфраструктуру в соответствии с дорожной картой для борьбы с ССЗ (см. следующий раздел, посвященный разработке системы и дополнительным прямым инвестициям), которая распределяет ресурсы в соответствии с национальной и региональной эпидемиологией ССЗ. Можно было бы пересмотреть существующие практики и услуги с целью устранения ненужных трат. Например, существует ряд неэффективных методик лечения и/или исследований, которые не влияют на клиническое ведение пациентов, а лишь увеличивают расходы на общественное здравоохранение и прямо или косвенно воздействуют на население. Такие методики следовало бы устранить. Решающую роль может сыграть пересмотр национального списка жизненно важных лекарств и практики их применения с целью исключить лекарственные средства (такие как препараты-нейропротекторы), эффективность которых не доказана, и включить новые методики лечения, которые бы существенно снизили риск повторения как ОКС, так и инсульта. Для того чтобы повысить регулярное использование клинических руководств/протоколов, необходимо внедрение и распространение ДМ. В частности, в условиях отсутствия врачей, постоянно работающих на уровне догоспитальной помощи, было бы более практичным развивать расширенное догоспитальное ведение пациентов с применением процедур, которые могут быть выполнены фельдшерами.

- *Развитие кадровых ресурсов здравоохранения.* В стране предлагается установить контакт между высококвалифицированными специалистами с учеными степенями (в общественном и частном секторе, в сфере высшего образования) и воспользоваться существующими возможностями для обучения (такими как образование двусторонних связей, дистанционное обучение, телемедицина, стажировки), которые можно получить через международные связи. Некоторые клиницисты, с которыми мы встречались, уже имеют хорошие международные контакты с учреждениями и клиницистами в других странах (например, в Российской Федерации, Турции, Южной Корее).
- *Использование существующих профессиональных сетей и поддержки коллег.* Кыргызское общество кардиологов является членом Европейского общества кардиологов, а также поддерживает связи с Европейской организацией по борьбе с инсультом (ESO). Обе организации, а также учреждения, которые были упомянуты выше, потенциально могли бы обеспечить поддержку со стороны коллег и возможности для обучения, а также изучение возможностей телемедицины.
- *Дальнейшее развитие многопрофильного подхода к обучению.* Внутри страны уже есть несколько хороших примеров, таких как обучение работников первичной медико-санитарной помощи, врачей и медсестер одновременно с обучением в рамках пакета PEN. Для лечения инсульта и кардиореабилитации, где междисциплинарное сотрудничество имеет принципиальное значение, было бы целесообразным проводить командное обучение.
- *Более эффективное распределение ресурсов.* В ситуации, когда ресурсы ограничены, правильное распределение и целевое использование ресурсов может, в итоге, привести к лучшим результатам. В качестве одного из вариантов (потенциально спорного) можно рассмотреть резервирование ограниченных ресурсов, например, таких как стенты, для лечения людей трудоспособного возраста. Более эффективное использование клинических шкал может помочь в прогнозировании и мониторинге клинических исходов, а также более четком направлении пациентов в соответствии с протоколом ведения больного.
- *Защита пациента от катастрофических расходов на лечение.* В Кыргызстане уже была проведена длительная работа для улучшения финансирования здравоохранения и всеобщего охвата медико-санитарными услугами, а также для изучения способов снизить прямые расходы пациентов.⁵⁹ Почти половина населения с трудом может позволить себе медицинскую помощь. Это проблема как при лечении ОКС и инсульта, так и других заболеваний, и эти широкомасштабные инициативы благоприятно скажутся на оказании помощи при ОКС и инсульте. Мы, в частности, столкнулись с такими примерами, как высокие затраты, связанные с нейровизуализацией и ЧКВ, высокая цена на некоторые лекарственные средства, а также затраты и неудобства для пациентов, вынужденных перемещаться между объектами государственного и частного сектора в целях соблюдения протокола ведения больного. Размещение таких объектов, как компьютерные томографы, в некоторых ключевых учреждениях государственного сектора может снизить расходы пациентов, а также сократить время по ходу осуществления протокола ведения больного, защищая, таким образом, пациента в финансовом отношении, и приводя к улучшению исходов для здоровья.

2. Разработка системы и дополнительные прямые инвестиции

- *Разработка дорожной карты и координация ее осуществления, размещение новых инвестиций (зданий, оборудования) с максимальной пользой.* В настоящее время в Кыргызстане не существует всеобъемлющей стратегии или дорожной карты для совершенствования медицинской помощи при ОКС или инсульте. Осуществлялись или в настоящее время осуществляются различные вмешательства или программы по улучшению качества лечения инсульта, но они представляются не скоординированными. Партнерами по развитию запланированы вмешательства как в сфере инфраструктуры, так и технологического оборудования. Однако, оказалось, что эти инвестиции осуществляются не скоординированно и вне рамок сбалансированного плана развития медицинской помощи. Поэтому есть большой риск фрагментации: если компоненты протокола ведения больного не скоординированы, существует опасность, что будут реализованы менее эффективные и действенные способы ведения пациентов, а это приведет к непроизводительному использованию ресурсов. Инвестиции в инфраструктуру и сложное технологическое оборудование должны осуществляться на основе дорожной карты, принося максимальную выгоду.

- *Анализ вопросов членства, функционирования и задач целевой тематической группы по ССЗ.* Для того, чтобы реализовать дорожную карту для совершенствования медицинской помощи при ССЗ, мы рекомендуем создать стратегию на национальном уровне, которая задействовала бы всех ключевых игроков (т.е. Минздрав, тематическую группу по ССЗ, региональные власти, больницы и врачей-специалистов, а также службы первичной медико-санитарной помощи) и партнеров по развитию. Целевая тематическая группа по ССЗ в рамках программы «Ден соолук» могла бы выполнять роль организатора, разработчика и ответственного за мониторинг. Для этого может потребоваться анализ вопросов членства, функционирования и задач.
- *Концентрация экспертных знаний.* Это связано и с предыдущим разделом, и с планированием новых услуг. Веерная модель, подкрепленная телемедициной, способствовала бы более эффективному использованию ресурсов для достижения охвата в масштабах всей страны и помогла бы более четко направить дальнейшие инвестиции.
- *Развитие культуры неотложной помощи.* Своевременность помощи играет решающую роль при лечении ОКС, инсульта и экстренных состояний, а также для достижения наилучшего исхода. Необходимо усиливать осознание важности этого момента как в обществе, так и среди профессионалов, а измерение временных показателей, мониторинг эффективности и обмен передовыми практиками могли бы этому способствовать.
- *Повышение качества медицинской помощи в ОИТах* и четкое распределение потока пациентов для улучшения исходов.
- *Объединение медицинской помощи при инфаркте миокарда и инсульте.* Если убрать физические и профессиональные барьеры в работе между теми, кто оказывает медицинскую помощь при кардиоваскулярных и цереброваскулярных нарушениях, то это увеличит действенность и эффективность помощи, делая возможным пользование общими ресурсами там, где это осуществимо. В результате могут быть предложены и приняты общие стратегии оказания медицинской помощи, разработанные экспертами в области кардиологии и лечения инсульта, например, стратегия помощи пациентам, перенесшим одновременно инсульт и инфаркт миокарда, или стратегия, помогающая более правильно оценить кардиоваскулярный риск для пациентов с инсультом при ведении инсульта.

3. Демонстрация успеха

- *Идентификация передовых практик и обмен ими, а также расширение их использования.* Примеры передовой практики наблюдаются в системе повсеместно, например, в рамках служб неотложной помощи и инсультных отделений.
- *Поддержание/расширение регистров тромболитизиса.* Регистры и индикаторы следует использовать как возможность для выявления передовых практик, обмена ими и расширения их использования, а также для предоставления обратной связи специалистам и лицам, формирующим политику, для мониторинга результативности и ведения больных с целью улучшения исходов.
- *Сопоставление результативности с международными стандартами.* На международном уровне существуют возможности для сопоставления практик, такие как Общий регистр безопасного проведения лечения при инсульте (SITS), Регистр качества помощи при инсульте (RES-Q) Европейской организации по борьбе с инсультом (ESO) и программа EURObservational Research Programme (EROP), осуществляемая при посредстве Европейского общества кардиологов (ESC) и находящаяся на раннем этапе осуществления.
- *Пересмотр набора показателей* в целях более эффективного мониторинга и управления результативностью для улучшения исходов. Небольшое число тщательно отобранных, хорошо измеренных и мониторируемых показателей может принести большую пользу, чем большее число показателей.

Приложение 1: Программа миссии

6 октября 2016 г., четверг

Дата/Время	Совещания	Место проведения
08.30–09.30	Инструктивное совещание с Jarno Habicht, официальным представителем ВОЗ	Офис ВОЗ
10.00–11.30	Совещание с Saidumar Makhmudkhodjaev, консультантом Минздрава по ССЗ	Дом ООН
14.30–15.30	Совещание с М. Kaliev, директором ФОМС (база данных, госпитализация, страховое покрытие пациентов с острым коронарным синдромом, закупки, оплата)	Фонд обязательного медицинского страхования пр-т Чуй, 122
16.00–17.30	Посещение Национального госпиталя, совещание с заведующим инсультам отделением N. Otorov и заведующим отделением неврологии J. Turgunbaev	Национальный госпиталь
18.00–18.40	Совещание с Ha Thi Hong Nguyen, старшим экономистом по вопросам здравоохранения, здоровья, питания и населения ВБ	Офис Всемирного банка

7 октября 2016 г., пятница

Дата/Время	Совещания	Место проведения
09.00–10.00	Совещание с директором Национального центра кардиологии и терапии А. Djumagulova, профессором Dadabaev, Д-р R. Kadyralieva, заместителем директора центра, профессором Beishenov	Национальный центр кардиологии и терапии ул. Тоголок Молдо, 3,
10.15–11.15	Совещание с К. Jooshev, заместителем директора Института хирургии сердца и трансплантации органов; А. Jumakadyrov/ заместителем директора по медицине, Т. Kudaiberdiev, заведующим консультативного отделения; I. Bebezov, заведующим отделением сердечной недостаточности и трансплантации; I. Abdylbaev, заведующим отделением эндоваскулярной хирургии	-/-
11.30–12.30	Посещение центра неотложной медицинской помощи в Бишкеке для наблюдения регистрового исследования острого инфаркта миокарда и инсульта. Глава центра, д-р Isken Shayhmetov	ул. Исанова, 105
14.45–16.00	Посещение Кыргызского института курортологии и восстановительного лечения (село Таш-Дебе), отделения реабилитации больных после инфаркта и инсульта, директор M. Sultanmuratov	с. Таш-Дебе
17.00	Интервью с д-ром Kudabai Koshumbaev, заведующим ангионеврологическим отделением Нарынской областной больницы	Дом ООН
17.30	Интервью с д-ром Jenish Mamyrov, заведующим ангионеврологическим отделением Ошской областной больницы	Дом ООН

8 октября 2016 г., суббота

Дата/Время	Совещания	Место проведения
09.00–10.30	Посещение частной клиники «Бикарб»	ул. Тыныстанова
10.30–11.00	Совещание с ректором Института переподготовки и повышения квалификации Chubakov T.	Комната для совещаний, первый этаж
11.00–11.30	Совещание со специалистом по доказательной медицине В. Barktabasova; В. Kambaralieva, координатором по ПМСП	Комната для совещаний, первый этаж
12.00–13.00	Посещение отделения ангиографии, больница №1, Бишкек	Больница №1

9 октября 2016 г., понедельник

Дата/Время	Совещания	Место проведения
09.00–10.00	Подведение итогов с ОП ВОЗ	Офис ВОЗ
15.15–16.00	Подведение итогов в Минздраве (министр или заместители министра Murzaliev, A. Jumagulova, N. Omorov, R. Jakypova, K. Jooshev, M. Sultanmuratov, ФОМС, R. Kadyralieva, L. Murzakarimova)	Минздрав

Приложение 2: Контрольный перечень показателей эффективности медицинской помощи при инсульте

По представленным ниже показателям ни во время, ни после завершения миссии не было получено цифровых данных.

Показатели эффективности неотложной медицинской помощи		Цифровые данные
Поступление пациентов с инсультом: число поступлений в отделение интенсивной терапии (A&E)	Доля пациентов, у которых в отделении интенсивной терапии был диагностирован инсульт, в общем числе поступлений в отделение интенсивной терапии (A&E)	
в/в ТАП 3,5 ч.	Внутривенный рекомбинантный тканевой активатор плазминогена (в/в ТАП) пациентам, которые поступают не позднее 3,5 часов с начала появления симптомов, и лечение которых начато не позднее 4,5 часов с начала появления симптомов (в/в ТАП 3,5 ч.) (только с ишемическим инсультом)	
Время «от двери до иглы»	Время до начала в/в ТАП	
Время «от двери до КТ»	Время до получения КТ головного мозга	

Показатели эффективности неотложной медицинской помощи		Цифровые данные
Антитромботическая терапия – антиагрегантная терапия в течение 48 часов от начала инсульта	Доля пациентов с ишемическим инсультом или транзиторной ишемической атакой (ТИА), которых лечили антиагрегантными средствами в течение 48 часов от начала инсульта, если было исключено внутрочерепное кровоизлияние, и не было противопоказаний к применению антиагрегантов	
Показатели эффективности ведения пациентов с инсультом в стационаре		
Ранняя реабилитация – логопедия	Доля пациентов, у которых при госпитализации наблюдалась афазия или дизартрия, осмотренных логопедом или получившим логопедическое лечение в течение первых двух дней после госпитализации	
Ранняя реабилитация – физиотерапия/ реабилитационная терапия	Доля пациентов, у которых при госпитализации имелся подтвержденный парез и серьезные функциональные нарушения (по шкале Рэнкина ≥ 3 или по индексу Бартела ≤ 70 в течение первых 24 часов после госпитализации), осмотренных физиотерапевтом или врачом-эрготерапевтом, и получивших соответствующее лечение в течение первых 2 дней после поступления	
Томография головного мозга у пациентов с инсультом	Доля пациентов, которым была произведена томография головного мозга (КТ или МРТ), среди тех, у кого было подозрение на инсульт или ТИА	
Сосудистая визуализация у пациентов с ишемическим инсультом или ТИА	Доля пациентов с инсультом или ТИА, которым во время госпитализации была проведена сосудистая визуализация экстракраниальных артерий	
Скрининговое обследование пациентов с расстройством глотательного рефлекса	Доля пациентов с инсультом, которым был проведен скрининг на дисфагию с использованием стандартного протокола	
Информирование об инсульте	Информирование пациентов с инсультом и/или ухаживающих за ними лиц обо всех пяти компонентах: изменяемых факторах риска, признаках угрозы и симптомах инсульта, о том, как задействовать службы неотложной медицинской помощи, о необходимости дальнейшего наблюдения, о выписанных лекарствах (информирование об инсульте)	
Показатели при выписке пациентов		
Место прибытия после выписки (%)	Доля перенесших инсульт пациентов, выписанных: 1- домой; 2 – в реабилитационный центр; 3 – дом-интернат/учреждение длительного ухода; 4 - умерших	

Показатели эффективности неотложной медицинской помощи		Цифровые данные
Антитромботическая терапия– антиагрегантная терапия при выписке	Доля пациентов, выживших после ишемического инсульта или ТИА, которые при выписке получали лечение антиагрегантами при отсутствии противопоказаний к их применению	
Антикоагулянтная терапия при выписке пациентов с мерцательной аритмией	Доля пациентов с мерцательной аритмией, перенесших ишемический инсульт или ТИА, получающих при выписке антикоагулянтную терапию, которые выписаны домой, в реабилитационный стационар или учреждение длительного ухода	
Курение	Процент вмешательств при выписке, направленных на отказ от курения (консультативная помощь, или лекарства), для лиц, курящих или куривших в недавнем прошлом (все пациенты)	
Алкоголь	Вмешательство при выписке, направленное на отказ от употребления алкоголя (консультативная помощь, или лекарства, или направление в специализированную службу)	
Препараты, снижающие холестерин	Доля пациентов, перенесших ишемический инсульт или ТИА и получающих при выписке лекарственную терапию, снижающую холестерин	
Исход		
Смертность	Смертность в течение 3, 6, 12 месяцев (доля пациентов с инсультом, умерших в течение 90 дней после инсульта, 6 и 12 месяцев после инсульта) зарегистрированная отдельно для больных с ишемическим инсультом и первичным внутримозговым кровоизлиянием	
Инвалидность (измеряемая по модифицированной шкале Рэнкина)	Инвалидность в течение 3, 6, 12 месяцев (степень функциональной независимости пациентов – по модифицированной шкале Рэнкина от 3 до 5 степени через 3, 6 и 12 месяцев после инсульта) зарегистрированная отдельно для больных с ишемическим инсультом и первичным внутримозговым кровоизлиянием	

Приложение 3: Контрольный перечень для оценки эффективности системы оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме

№	Показатель	Цифровое значение
1	Население страны	
2	Городское население	
3	Сельское население	
4	Административное деление	
5	Смертность от всех причин	
6	Уровень смертности от всех причин на 100 000 жителей	
7	Смертность от ССЗ	
8	Уровень смертности от ССЗ на 100 000 жителей	
9	Число зарегистрированных случаев ОКС	
10	Число зарегистрированных случаев ОИМ	
11	Число случаев смерти от ОКС (I20–I22)	
12	Число смертельных исходов ОКС в первые 24 часа с начала заболевания	
13	Число смертельных исходов ОКС в стационарах	
14	Число аутопсий при смертельном исходе ОКС	
15	Число расхождений диагнозов по результатам аутопсии	
16	Число случаев смерти от ОИМ (I21–I22)	
17	Уровень смертности от ОИМ на 100 000 жителей	
18	Число зарегистрированных случаев ОКС с подъемом сегмента ST на ЭКГ	
19	Число бригад скорой помощи	
20	Число бригад скорой помощи, укомплектованных врачами	
21	Число специализированных бригад скорой помощи (реанимационных/интенсивной терапии)	
22	Наличие единого номера для вызова скорой помощи	
23	Система маршрутизации пациентов с ОКС (политика, нормативные документы, диспетчеры)	
24	Доступность ЭКГ в догоспитальных условиях	
25	Возможность удаленной передачи ЭКГ	
26	Доступность тромболитика в догоспитальных условиях	
27	Доступность дефибрилляции в догоспитальных условиях	
28	Доступность антитромботической терапии в догоспитальных условиях	

29	Число случаев проведения тромболизиса в догоспитальных условиях в год	
30	Число больниц, осуществляющих лечение ОКС	
31	Число мониторируемых коек для ведения пациентов с ОКС	
32	Число врачей, оказывающих помощь при лечении ОКС	
33	Число медсестер, оказывающих помощь при лечении ОКС	
34	Число больниц, имеющих возможность проведения тромболизиса, но не имеющих возможность проводить ЧКВ	
35	Число больниц с возможностью проведения ЧКВ на месте в рабочее время	
36	Число больниц с возможностью круглосуточно проводить ЧКВ на месте	
37	Число больниц с возможностью на месте проводить ЧКВ и хирургические вмешательства (операции аортокоронарного шунтирования [АКШ])	
38	Число случаев проведения тромболизиса в условиях стационара в год	
39	Число случаев проведения тромболизиса + ЧКВ в год	
40	Число случаев проведения первичного ЧКВ	
41	Численность населения в районах, где доступно проведение первичного ЧКВ	
42	Число операций АКШ при ОКС в год	
43	Частота использования стентов с лекарственным покрытием при проведении ЧКВ при ОКС	
44	Частота применения радиального доступа при проведении ЧКВ при ОКС	
45	Наличие национального регистра ОКС	
46	Наличие областных регистров ОКС	
47	Система оценки/мониторинга качества помощи, оказываемой при ОКС	
48	Частота случаев осуществления контроля качества в год	
49	Временной период от появления симптомов до вызова скорой помощи	
50	Время доезда скорой помощи	
51	Время «от двери до иглы» для тромболизиса	
52	Время «от двери до баллона» для первичного ЧКВ	
53	Применение двойной антиагрегантной терапии	
54	Применение парентеральных антикоагулянтов в острой фазе ОКС	
55	Использование ингибиторов АПФ	
56	Использование статинов	
57	Доступность программ реабилитации	
58	Наличие программы развития региональной сети для ведения пациентов с ОКС	
59	Наличие программ льготного обеспечения лекарствами	
60	Наличие программ информирования населения о симптомах ОИМ и о раннем начале лечения	

Приложение 4: Достижение показателей по ССЗ при осуществлении программы «Ден соолук»

Показатель	Результат
1. Показатель смертности от ССЗ (возраст 30–39 / 40–59 лет, на 100 000 населения) <ul style="list-style-type: none"> ● Показатель смертности от ССЗ, женщины (возраст 30–39 / 40–59 лет, на 100 000 населения) ● Показатель смертности от ССЗ, мужчины (возраст 30–39 / 40–59 лет, на 100 000 населения) 	Цель на 2015 г. ДОСТИГНУТА к 2014 г. Целевой показатель должен быть изменен (от базовых параметров 2014 г.). Ежегодное снижение на 1%.
2. Показатель смертности от инсульта (возраст до 65 лет; 65 лет и старше) <ul style="list-style-type: none"> ● Показатель смертности от инсульта, женщины (возраст до 65 лет; 65 лет и старше) ● Показатель смертности от инсульта, мужчины (возраст до 65 лет; 65 лет и старше) 	Цель 2015 г. НЕ ДОСТИГНУТА Для стабилизации показателя цели остаются неизменными.
3. Показатель эффективности системы здравоохранения в отношении контроля артериальной гипертензии	НЕВОЗМОЖНО ИЗМЕРИТЬ Предлагаем убрать этот показатель
4. Установление случаев курения среди населения в целом (взрослые и подростки в %)	Цель 2015 г. НЕ ДОСТИГНУТА <i>Примечание:</i> по всей видимости, этот показатель измеряют, принимая в расчет случаи, установленные на основе данных системы здравоохранения, а не популяционного исследования распространенности. Предлагается установить, что целью является не сокращение распространенности курения, а повышенный на 2% уровень выявления для улучшения регистрации.
5. Уровень смертности от острого инфаркта миокарда (до 65 лет) на 100 000 населения <ul style="list-style-type: none"> ● Уровень смертности от острого инфаркта миокарда, женщины (до 65 лет) на 100 000 населения ● Уровень смертности от острого инфаркта миокарда, мужчины (до 65 лет) на 100 000 населения 	Цель на 2015 г. ДОСТИГНУТА к 2014 г. Целевой показатель должен быть изменен (от базовых параметров 2014 года). Ежегодное снижение на 1%.
6. Процентное соотношение пациентов с повторным инфарктом миокарда с общим количеством пациентов с инфарктом миокарда	Цель 2015 г. НЕ ДОСТИГНУТА Для стабилизации показателя целевые ориентиры остаются неизменными.
7. Смертность от острого инфаркта миокарда в стационаре (%)	Цель 2015 г. НЕ ДОСТИГНУТА С 2011 г. произошел рост уровня смертности, поэтому цель остается прежней – стабилизация показателя.

Показатель	Результат
8. Частота возникновения инфаркта миокарда у пациентов с диабетом 2 типа (на 100 пациентов)	Цель 2015 года НЕ ДОСТИГНУТА С 2011 г. произошел рост уровня смертности, поэтому цель остается прежней – стабилизация показателя.
9. Частота возникновения инсульта у пациентов с диабетом 2 типа (на 100 пациентов)	Цель 2015 г. НЕ ДОСТИГНУТА С 2011 г. произошел рост уровня смертности, поэтому цель остается прежней – стабилизация показателя.
10. Количество установленных случаев артериальной гипертензии на уровне первичной медико-санитарной помощи <ul style="list-style-type: none"> ● Женщины ● Мужчины 	Цель 2015 г. НЕ ДОСТИГНУТА Для стабилизации показателя целевые ориентиры остаются неизменными.
11. Процентное соотношение пациентов с острым инфарктом миокарда, получивших в больнице стандартный пакет услуг (аспирин, бета-блокатор, гепарин)	ЦЕЛИ НЕ ЗАДАНЫ И ПОКАЗАТЕЛЬ НЕВОЗМОЖНО ИЗМЕРИТЬ Проведено исследование. Существуют сомнения по поводу уместности данного показателя.
12. Уровень акцизных налогов на табачные изделия (%)	ЦЕЛИ НЕ ЗАДАНЫ Изменений нет

Библиография

- 1 Noncommunicable diseases country profiles: Kyrgyzstan. Geneva: World Health Organization; 2014.
- 2 Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME), Kyrgyzstan [website] (<http://www.healthdata.org/kyrgyzstan>, accessed 7 February 2017).
- 3 Convention Secretariat. Needs assessment for implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in the Kyrgyz Republic. August 2012.
- 4 Krasovsky K. Tobacco taxation policy in Kyrgyzstan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
- 5 Jakab M, Hawkins L, Loring B, Tello J, Ergüder T, Kontas M. Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems. Kyrgyzstan country assessment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.
- 6 European Health Information Gateway. In: WHO Regional Office for Europe [website]. Copenhagen: WHO; 2016 (http://gateway.euro.who.int/en/country-profiles/kyrgyzstan/#h2020_target1, accessed 7 February 2017).
- 7 Den Sooluk National Health Reform Program of the Kyrgyz Republic for 2012–2016 [Mid-term review report]. Bishkek: Den Sooluk; 2016.
- 8 Epidemiological data from Demographic Book (national statistical data 2015). Bishkek: Centre for Medical Information; 2015.
- 9 Abdraimova A, Iliasova A, Zurdinova A. Underlying reasons for low levels of seeking medical care in men. Policy research document. Bishkek: Health Policy Analysis Center; 2015.
- 10 Salt and trans-fats assessed in Kyrgyz Republic with WHO support. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/countries/kyrgyzstan/news/news/2016/11/salt-and-trans-fats-assessed-in-kyrgyz-republic-with-who-support>, accessed 11 February 2017).
- 11 Kyrgyzstan STEPS survey 2013: fact sheet. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
- 12 Den Sooluk National Health Reform Program in the Kyrgyz Republic for 2012–2016. Bishkek: Government of Kyrgyzstan; 2011.
- 13 Anderson I, Buga M, Obermann K, Temirov A, Ibragimova G. Independent review of Den Sooluk and project in support of the mid-term review. Oxford: Oxford Policy Management; 2016.
- 14 Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71.
- 15 Kyrgyz Society of Cardiology. In: European Society of Cardiology [website] (<http://www.escardio.org/The-ESC/Member-National-Cardiac-Societies/Kyrgyz-Society-of-Cardiology>, accessed 7 February 2017).
- 16 ESO-EAST “Enhancing and Accelerating Stroke Treatment. In: European Society of Cardiology [website] (<http://eso-stroke.org/eso-east>, accessed 7 February 2017). The project consists of a 5-year collaboration with physicians from Eastern European countries to improve the management of stroke in Europe through medical education to health-care professionals and the lay public, implementation of evidence-based and best practice approaches, and mutual collaboration. Kyrgyzstan joined the ESO-EAST project in 2015.
- 17 Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva: World Health Organization; 2010.
- 18 Kyrgyz State Medical Institute of retraining and advanced training [website] (<http://www.ksmi.kg/do-v-kgmipik.html>, accessed 7 February 2017).
- 19 Boaz A, Baeza J, Fraser A; European Implementation Score Collaborative Group (EIS). Effective implementation of research into practice: an overview of systematic reviews of the health literature. *BMC Res Notes*. 2011;4:212.
- 20 STEPS-Stroke manual (version 1.2). The WHO STEPwise approach to stroke surveillance. Geneva; WHO (http://www.who.int/ncd_surveillance/en/steps_stroke_manual_v1.2.pdf, accessed 7 February 2017).

- 21 Turgunbayev DD, Artykbayev ASH, Kadyrova N, Abdraimova A, Urmanbetova A. Analysis of stroke diagnosis verification in patients that died at home [Policy Research Paper No. 82]. Bishkek: Health Policy Analysis Centre; 2014.
- 22 SITS – General Stroke (All patients) registry. In: SITS [website]. SITS International, Department of Neurology, Sweden (<http://www.sitsinternational.org/registries/sits-general-stroke-all-patients-registry/>, accessed 8 February 2017).
- 23 Registry of Stroke Care Quality (RES-Q) [website] (<http://www.qualityregistry.eu/index.php/en/>, accessed 8 February 2017).
- 24 Mosley I, Nicol M, Donnan G, Patrick I, Kerr F, Dewey H. The impact of ambulance practice on acute stroke care. *Stroke*. 2007;38:2765–70.
- 25 Oostema JA, Konen J, Chassee T, Nasiri M, Reeves MJ. Clinical predictors of accurate prehospital stroke recognition. *Stroke*. 2015;46(6):1513–7.
- 26 Nor AM, McAllister C, Louw SJ, Dyker AG, Davis M, Jenkinson D. Agreement between ambulance paramedic- and physician-recorded neurological signs with Face Arm Speech Test (FAST) in acute stroke patients. *Stroke*. 2004;35:1355–9.
- 27 Kothari RU, Pancioli A, Liu T. Cincinnati Prehospital Stroke Scale: reproducibility and validity. *Ann Emerg Med*. 1999;33:373–8.
- 28 Studnek JR, Asimos A, Dodds J, Swanson D. Assessing the validity of the Cincinnati prehospital stroke scale and the medic prehospital assessment for code stroke in an urban emergency medical services agency. *Prehosp Emerg Care*. 2013;17:348–5.
- 29 You S, Chung SP, Chung HS, Lee HS, Park JW, Kim HJ et al. Predictive value of the Cincinnati prehospital stroke scale for identifying thrombolytic candidates in acute ischemic stroke. *Am J Emerg Med*. 2013;31:1699–702.
- 30 Abarbanell NR. Is prehospital blood glucose measurement necessary in suspected cerebrovascular accident patients? *Am J Emerg Med*. 2005;23(7):823–7.
- 31 Purrucker JC, Hametner C, Engelbrecht A, Bruckner T, Popp E, Poli S. Comparison of stroke recognition and stroke severity scores for stroke detection in a single cohort. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2015;86(9):1021–8.
- 32 Fothergill RT, Williams J, Edwards MJ, Russell IT, Gompertz P. Does use of the recognition of stroke in the emergency room stroke assessment tool enhance stroke recognition by ambulance clinicians? *Stroke*. 2013; 44(11):3007–12.
- 33 Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, Bruno A, Connors JJ, Demaerschalk BM et al., American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Peripheral Vascular Disease, Council on Clinical Cardiology. 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(3):870–947.
- 34 Powers WJ, Derdeyn CP, Biller J, Coffey CS, Hoh BL, Jauch EC et al.; American Heart Association Stroke Council. 2015 American Heart Association/American Stroke Association focused update of the 2013 Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke regarding endovascular treatment: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2015;46(10):3020–35.
- 35 Mosley I, Nicol M, Donnan G, Patrick I, Kerr F, Dewey H. The impact of ambulance practice on acute stroke care. *Stroke*. 2007;38:2765–70.
- 36 Xian Y, Holloway RG, Chan PS, NoDA K, Shah MN, Ting HH et al. Association between stroke center hospitalization for acute ischemic stroke and mortality. *JAMA*. 2011;305(4):373–80.
- 37 Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC), Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blömstrom-Lundqvist C, Borger MA et al. ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2012;33(20):2569–619.
- 38 Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F et al. 2015 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the

- Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2016;37(3):267–315.
- 39 Perkins GD, Handley AJ, Koster RW, Castrén M, Smyth MA, Olasveengen T et al., on behalf of the Adult basic life support and automated external defibrillation section collaborators. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: section 2. Adult basic life support and automated external defibrillation. *Resuscitation.* 2015;95:81–99.
- 40 <http://www.med.kg/index.php/ru/> - accessed 20 February 2017.
- 41 O’Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey DE, Chung MK, de Lemos JA et al. American College of Emergency Physicians; Society for Cardiovascular Angiography and Interventions. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2013;61(4):e78–140.
- 42 Clinical practice guidelines. In: European Society of Cardiology [website] (<http://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines>, accessed 5 February 2017).
- 43 Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013:65–72 (Appendix 3).
- 44 Akkazieva B, Chisholm D, Akunov N, Jakab M. The health effects and costs of the interventions to control cardiovascular diseases in Kyrgyzstan. Policy Research Paper no. 60. Bishkek: Health Policy Analysis Center; 2009.
- 45 Langhorne P, Fearon P, Ronning OM, Kaste M, Palomaki H, Vemmos K; Stroke Unit Trialists’ Collaboration. Stroke unit care benefits patients with intracerebral hemorrhage: systematic review and meta-analysis. *Stroke.* 2013 Nov;44(11):3044–9.
- 46 Stroke Unit Trialists Collaboration. How do stroke units improve patient outcomes? A collaborative systematic review of the randomized trials. *Stroke.* 1997;28(11):2139–44.
- 47 Stroke Unit Trialists’ Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(9):CD000197.
- 48 Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Dávalos A, Guidetti D et al.; for the ECASS Investigators. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *N Engl J Med.* 2008;359(13):1317–29.
- 49 Lin CB, Peterson ED, Smith EE, Saver JL, Liang L, Xian Y et al. Emergency medical service hospital prenotification is associated with improved evaluation and treatment of acute ischemic stroke. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2012;5(4):514–22.
- 50 Middleton S, Levi C, Ward J, Grimshaw J, Griffiths R, D’Este C et al. Fever, hyperglycaemia and swallowing dysfunction management in acute stroke: a cluster randomised controlled trial of knowledge transfer. *Implement Sci.* 2009; 4:16.
- 51 Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, De Backer G, Rydén L, Jennings C et al.; EUROASPIRE Investigators. EUROASPIRE IV: a European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *Eur J Prev Cardiol.* 2016;23(6):636–48.
- 52 Anderson L, Thompson DR, Oldridge N, Zwisler AD, Rees K, Martin N et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(1):CD001800.
- 53 Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL et al.; Authors/Task Force Members. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: the Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J.* 2016;37(29):2315–81.
- 54 Dobkin BH. Clinical practice. Rehabilitation after stroke. *N Engl J Med.* 2005;352(16):1677–84.
- 55 Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. *Lancet.* 2011; 377(9778):1693–702.
- 56 Di Lauro A, Pellegrino L, Savastano G, Ferraro C, Fusco M, Balzarano F et al. A randomized trial on the efficacy of intensive rehabilitation in the acute phase of ischemic stroke. *J Neurol.* 2003;250(10):1206–8.

- 57 Bernhardt J, Churilov L, Ellery F, Collier J, Chamberlain J, Langhorne P et al., on behalf of the AVERT Collaboration Group, G. Prespecified dose-response analysis for A Very Early Rehabilitation Trial (AVERT). *Neurology*. 2016;86(23):2138–45.
- 58 Kelly-Hayes M, Wolf PA, Kannel WB, Sytkowski P, D'Agostino RB, Gresham GE. Factors influencing survival and need for institutionalisation following stroke: the Framingham study. *Arch Phys Med Rehabil*. 1988;69(6):415–8.
- 59 Pfeffer MM, Reding MJ. Stroke rehabilitation. In: Lazar RB, editor. *Principles of neurological rehabilitation*. New York: McGraw Hill; 1998:105–19.
- 60 Akkazieva B, Jakab M, Temirov A. Long-term trends in the financial burden of health-care seeking in Kyrgyzstan, 2000–2014. *Health Financing Policy Papers*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.
- 61 Abdraimova A, Urmanbetova A, Borchubaeva G, Azizbekova J. Cost-estimation of medicinal treatment of hypertension in the Kyrgyz Republic with the view of creating possible drug supply mechanisms ensuring free-of-charge HTN treatment. *Policy Research Paper no. 83*. Bishkek: Health Policy Analysis Center; 2014.
- 62 Comparative analysis of cardiovascular patient hospitalization by regions. *Policy Research Report no. 86*. Bishkek: Health Policy Analysis Center; 2014.
- 63 World Stroke Organization. World Stroke Day in Kyrgyzstan, 2016 (<https://www.youtube.com/watch?v=ZtwXHF9DQy8>, accessed 8 February 2017).
- 64 Government of Kyrgyzstan. Package of indicators for monitoring the national health care reform program “Den Sooluk”, 2012 (<http://densooluk.med.kg/en/monitoring-and-evaluation-2>, accessed 8 February 2017).
- 65 Pharmaceutical pricing and reimbursement reform in Kyrgyzstan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/325823/Pharmaceutical-pricing-reimbursement-reform-Kyrgyzstan.pdf?ua=1, accessed 8 February 2017).

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
Бывшая югославская Республика Македония
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
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония



Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: contact@euro.who.int Веб-сайт: www.euro.who.int