



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Обзор организации неотложной помощи и реабилитации при инфаркте и инсульте в Беларуси





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 и инсульте в Беларуси

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

Европейское региональное бюро ВОЗ, 2017 г.

РЕФЕРАТ

Сокращение ожидаемой продолжительности жизни при рождении является одной из основных проблем общественного здравоохранения в Беларуси. В сентябре 2016 г. в рамках исследования преждевременной смертности при поддержке ВОЗ был проведен обзор организации неотложной помощи и реабилитации при инфаркте миокарда и инсульте. Обзор показал, что, хотя система здравоохранения переживает переходный период, уже достигнут значительный прогресс и сделаны инвестиции в инфраструктуру и кадровые ресурсы. Тем не менее, существуют географические диспропорции, и требуется укрепление региональных сетей. Достижения в сфере оказания неотложной помощи могут нивелироваться недостаточным осуществлением мер общественного здравоохранения в отношении борьбы с табаком и алкоголем, а также неоптимальным выявлением факторов сердечно-сосудистого риска и управлением ими. Необходимо обновить клинические руководства и лекарственные формуляры, а также повысить доступность жизненно необходимых лекарств. Своевременность и адекватность помощи следует измерять и улучшать. Более ориентированного на пациента подхода и более эффективного использования ресурсов можно добиться с помощью применения клинических шкал. Участие в международных регистрах могло бы дать Беларуси возможность сопоставительной оценки результатов. Гражданское общество должно быть наделено полномочиями для участия в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и внедрения в систему здравоохранения доказательной медицины. В то время как дорожная карта развития кардиологической службы уже имеется, в будущем необходима разработка комплексной, интегрированной, контролируемой дорожной карты в отношении помощи при инсульте.

Ключевые слова

Acute coronary syndrome

Stroke

Cardiovascular diseases

Critical care

Rehabilitation

Evidence-based practice

Belarus

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 в данной публикации носят иллюстративный характер и не подразумевают одобрения со стороны ВОЗ. Мнения выраженные в этом докладе необязательно отражают официальное мнение донора, Российской Федерации и ВОЗ.

Содержание

Выражение признательности	iv
Список сокращений	v
Резюме	vi
1. Введение	1
2. Методология	2
3. Эпидемиология	3
4. Рамочная основа политики в контексте НИЗ	6
5. Научно обоснованная практика и научно обоснованные вмешательства	7
Клинические руководства	7
Профессиональное обучение	10
6. Контроль качества и управление эффективностью	11
Мониторинг результативности служб помощи при инсульте	12
Мониторинг результативности служб помощи при ОКС	13
7. Клинический протокол ведения пациентов	14
Структура служб	14
Кардиологическая служба	14
Службы помощи при инсульте	15
Догоспитальный этап	16
Стационарное лечение	17
Вторичная профилактика	20
Реабилитация	21
Выводы	22
Приложение 1: Программа миссии	25
Приложение 2: Контрольный перечень показателей эффективности медицинской помощи при инсульте	27
Приложение 3: Контрольный перечень для оценки эффективности системы оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме	30
Библиография	32

Выражение признательности

Авторы хотели бы выразить искреннюю благодарность Министерству здравоохранения Беларуси, 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 комментарии были также получены от Министерства здравоохранения во время консультаций в апреле/мае 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 внес Valiantsin Rusovich 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 Batur Berdyklychev, Официального представителя ВОЗ, Страновой офис ВОЗ, Беларусь, 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 Беларуси в рамках двухгодичного договора о сотрудничестве между Министерством здравоохранения Беларуси и ВОЗ на 2016/2017 гг. Доклад финансировался за счет добровольного взноса Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Список сокращений

в/в	внутривенно
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ЕС	Европейский союз
ИБС	ишемическая болезнь сердца
ИМ	инфаркт миокарда
ИМбпST	инфаркт миокарда без подъема сегмента ST
ИМпST	инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST
ТАП	тканевой активатор плазминогена
КТ	компьютерная томография
Минздрав	Министерство здравоохранения
МРТ	магнитно-резонансная томография
МЦГ ООН	Межучрежденческая целевая группа Организации Объединенных Наций
НИЗ	неинфекционные заболевания
НПО	неправительственная организация
ОИМ	острый инфаркт миокарда
СНГ	Содружество независимых государств
ОИТ	отделение интенсивной терапии
МКБ	Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятый пересмотр
ИТ	информационные технологии
ОКС	острый коронарный синдром
ОПЖ	ожидаемая продолжительность жизни
РНПЦ	республиканский научно-практический центр
ССЗ	сердечно-сосудистые заболевания
ЧКВ	чрескожное коронарное вмешательство
ЭКГ	электрокардиография
CI	доверительный интервал (confidence interval)
EORP	программа EURObservational Research Programme
ESC	Европейское общество кардиологов (European Society of Cardiology)
ESO	Европейская организация по борьбе с инсультом (European Stroke Organisation)
FAST	тест «лицо - рука - речь - время»
FIM	Шкала функциональной независимости (Functional Independence Measurement)
NIH	Национальный институт здравоохранения США (National Institutes of Health)
SITS	Общий регистр безопасного проведения лечения инсульта (Safe Implementation of Treatments in Stroke)
YLL	потерянные годы жизни (years of life lost)

Резюме

Сниженная ожидаемая продолжительность жизни при рождении и, в особенности, преждевременная смертность среди мужчин трудоспособного возраста составляют одну из основных проблем общественного здравоохранения в Беларуси. По просьбе Министерства здравоохранения (Минздрава) Республики Беларусь, а также в рамках исследования причин преждевременной смертности, в сентябре 2016 г. был проведен обзор ВОЗ в отношении организации неотложной помощи и реабилитации при инфаркте миокарда и инсульте. Проект доклада был представлен Минздраву в ходе консультаций в апреле/мае 2017 г., что привело к ряду ценных замечаний.

В Беларуси преждевременная смертность от четырех основных неинфекционных заболеваний (НИЗ) является одной из самых высоких в Европейском регионе ВОЗ. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) выступают одной из основных причин преждевременной смертности, и, хотя число инфарктов миокарда и число инсультов в последние годы снижаются, доля смертности от ССЗ и, в особенности, от острого инфаркта миокарда (ОИМ) увеличилась. Весьма заметны гендерные различия в отношении смертности от ССЗ, поскольку мужчины, например, умирают от ОИМ в двадцать раз чаще, чем женщины. Существуют также различия на уровне «город – село» и различия между областями. Высокая распространенность ССЗ и сокращение смертности от ССЗ приводят к росту численности лиц с инвалидностью. Риск смерти или инвалидизации в течение 5 лет от первого инсульта составляет 80%. Биологические факторы риска, такие как артериальная гипертензия и гиперхолестеринемия определяют 48% смертности от ССЗ, а поведенческие факторы риска, такие как неправильное питание, употребление алкоголя и табака, способствуют 45% смертности.

Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 гг. включает подпрограмму по профилактике и контролю НИЗ. Текущее осуществление эффективных мер политики в отношении профилактики НИЗ по-прежнему имеет нереализованный потенциал, однако предшествующая программа «Кардиология» на 2011-2015 гг. привела к реорганизации медицинской помощи и принесла определённые положительные результаты. Разрабатывается дорожная карта для кардиологических служб, и за время, прошедшее с момента проведения миссии, начата разработка аналогичной дорожной карты применительно к медицинской помощи при инсульте.

Протоколы и руководства по диагностике и ведению инсульта и острого коронарного синдрома (ОКС) имеются. В соответствии с национальным форматом официальные протоколы не являются явно основанными на фактических данных, но их содержание представляется соответствующим международным стандартам. В настоящее время проводится пересмотр клинических рекомендаций применительно к оказанию медицинской помощи при инсульте.

Подготовка специалиста в области неврологии или кардиологии занимает 2 года, что меньше, чем рекомендовано на европейском уровне. Узкая специализация по сердечно-сосудистым заболеваниям или ОКС предполагает подготовку в течение лишь нескольких месяцев или недель, соответственно. Непрерывное медицинское образование врачей существует и стимулируется, но не связано с процессом переаттестации врачей.

Национальных персонализированных регистров популяционного уровня в отношении ОКС и инсульта не имеется. Существует ограниченная система мониторинга и отчетности применительно к оказанию медицинской помощи, но налицо потенциал для дальнейшего развития системы мониторинга и обеспечения качества медицинской помощи. Собираются данные для мониторинга ограниченного набора показателей эффективности медицинской помощи при инсульте и ОКС; эти данные анализируются и докладываются на региональном уровне. Меры в области качества в недостаточной степени доводятся до сведения врачей, профессиональных организаций и регулирующих органов. Меры в области качества в большей степени сфокусированы на проверке соблюдения утверждённых клинических протоколов в отдельных случаях. Каждая специальность имеет собственную систему отчётности, и координация между ними неоптимальна. Несмотря на то, что были продемонстрированы улучшения в сфере охвата и эффективности медицинской помощи, и в ряде регионов страны медицинская помощь достигает стандартов ЕС-15, Беларусь не участвует в международных регистрах или сопоставительном анализе помощи при инсульте или ОКС.

С помощью различных средств коммуникации проводятся кампании по повышению информированности о ССЗ, но их эффективность не оценивается. Информированность населения и работников здравоохранения о связи между высокой распространённостью курения и злоупотребления алкоголем среди мужчин с числом случаев ОИМ все ещё недостаточна. Первичная профилактика ССЗ осложняется отсутствием системы возмещения пациенту расходов

на приобретение гипотензивных препаратов, препаратов, снижающих уровень холестерина, антикоагулянтов (при фибрилляции предсердий) и на никотин-заместительную терапию у пациентов с высоким риском ССЗ. В стране существует сеть экстренной медицинской помощи, ориентированная на скорую помощь, а также доступны специализированные научно обоснованные протоколы применительно к ОКС и инсульту. Доступность специализированных бригад скорой помощи (кардиологических, травматологических или неврологических, включая инсульт) выше в городах, особенно в Минске. Во всех областях Беларуси доступен догоспитальный тромболизис. Широко доступны также иные догоспитальные вмешательства, крайне необходимые при неотложной помощи пациентам с ОКС. Существуют две основные проблемы организации догоспитальной помощи: большое количество необоснованных вызовов скорой медицинской помощи (более 300 вызовов скорой помощи на 1000 населения в год с очень низкой вероятностью госпитализации после прибытия бригады скорой помощи) и относительный дефицит персонала служб скорой помощи. Число работающих в сфере неотложной помощи врачей обратно пропорционально связано со смертностью от ишемической болезни сердца (ИБС).

Система здравоохранения ориентирована на оказание высокоспециализированной третичной помощи и стационарное лечение. В последние годы наблюдается существенный рост в сфере высокоспециализированной помощи. Стандарт оказания помощи при инсульте и ОКС соответствует уровню стандартов в странах ЕС-15 в посещённых нами городских центрах, однако более единообразная доступность такой помощи в целом по стране не является оптимальной. Не везде доступна нейровизуализация, и не все пациенты с ишемическим инсультом могут получить своевременную помощь, в которой нуждаются.

Полностью утверждён клинический протокол ведения больного с инсультом. Налицо все компоненты медицинской помощи при инсульте, хотя наблюдаются различия в осуществлении на географическом уровне: городские районы лучше оборудованы, скоординированы и организованы. При стационарном лечении или реабилитации не в полную силу используются шкалы клинической и функциональной оценки.

Показатель применения тромболизиса у пациентов с острым ишемическим инсультом (6%) отстаёт от среднего показателя по ЕС-15 (20%). Тромболизис остаётся ведущей реперфузионной стратегией для пациентов с ОКС; доступность чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) ограничивается задержками при транспортировке пациентов с инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST (ИМпST). В 2015 г. лишь 29% пациентов с ИМпST были направлены на первичное ЧКВ в сравнении с европейской целью охвата в 60%. Соотношение неотложных и плановых процедур ЧКВ улучшилось в 2011-2015 гг., но в ряде областей доля неотложных ЧКВ остаётся малой. В 2015 г. радиальный доступ при ЧКВ использовался только в 15% случаев в сравнении со средним показателем по ЕС-15, составляющим более 80%.

После выписки пациенты с ОИМ наблюдаются до двух лет в специализированных кардиологических центрах. Сеть клиник позволяет осуществлять реабилитацию амбулаторных пациентов, диспансерное наблюдение и контролируемые вмешательства для вторичной профилактики после ОКС. Аналогичные лечебные учреждения для пациентов с инсультом отсутствуют, или их создание только планируется. После выписки пациенты с инсультом возвращаются в свою поликлинику, где могут наблюдаться у невролога.

Службы медицинской реабилитации доступны во всех областях. Охват реабилитацией составляет 60% пациентов с НИЗ, находящихся в экономически продуктивном возрасте. В последние годы для реабилитации создана сеть реабилитационных центров, и, при необходимости, этот вид помощи предоставляется бесплатно. Доступ к надлежащему лечению в целях вторичной профилактики повторных сердечно-сосудистых событий ограничен по времени. После выписки жизненно важные лекарства (такие как гипотензивные препараты, препараты, понижающие уровень холестерина, антикоагулянты) предоставляются бесплатно лишь в течение 6 месяцев. Кроме того, варианты лекарств для вторичной профилактики ограничены в сравнении со странами Европейского союза (ЕС).

В заключение следует сказать, что системы здравоохранения находятся на переходном этапе, но значительный прогресс служит необходимым импульсом. Инвестиции в инфраструктуру и кадровые ресурсы ведут к созданию критической массы. Однако существуют географические диспропорции, необходимо укрепить региональные сети и расширить охват эффективной медицинской помощью. Необходимо преодолевать барьеры, связанные с контролем сердечно-сосудистых рисков и оказанием медико-санитарной помощи, основанной на фактических данных. Достижения в сфере оказания неотложной помощи нивелируются, в частности, крайне недостаточным

осуществлением мер общественного здравоохранения в отношении борьбы с табаком и алкоголем, а также неоптимальным выявлением факторов сердечно-сосудистого риска и управлением ими. Необходимо обновить клинические руководства и лекарственные формуляры, а также расширить доступность жизненно необходимых лекарственных средств. Следует принять меры для регистрации своевременности и целесообразности оказываемой помощи, особенно в отношении качества помощи при инсульте и ОКС. Более ориентированный на пациента подход, а также оптимальное и целенаправленное использование ресурсов могли бы обеспечиваться посредством персонализации помощи с широким применением клинических и функциональных оценочных шкал. Участие в международных регистрах может дать Беларуси возможность сопоставительной оценки результатов, достигнутых в отношении помощи при инсульте и ОКС, привлечь инвестиции в клинические испытания и научные исследования, а также иностранных студентов-медиков и пациентов. Гражданское общество следует поощрять к участию в профилактике ССЗ, расширяя его права и возможности в целях оказания помощи, основанной на фактических данных. В то время как дорожная карта развития кардиологической службы уже имеется, в будущем необходима доработка комплексной, интегрированной, контролируемой дорожной карты в отношении помощи при инсульте.

1. Введение

Сниженная ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) при рождении и, в особенности, преждевременная смертность среди мужчин трудоспособного возраста составляют одну из основных проблем общественного здравоохранения в Беларуси. Неинфекционные заболевания (НИЗ) служат причиной 89% всех случаев смерти. Преждевременная смертность (определяемая как вероятность умереть в возрасте от 30 до 70 лет от сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, рака или хронических респираторных заболеваний) от НИЗ составляет 26%,¹ т.е. каждый четвёртый житель страны подвергается риску умереть в возрасте до 70 лет, причём смертность среди мужчин выше, чем среди женщин. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) **предопределяют 63% смертности от НИЗ; причём наибольшая доля смертей вызвана ишемической болезнью сердца (ИБС) и инсультом,** которые, начиная с 1990 г., являются, соответственно, первой и второй причинами утраты лет жизни (YLL) в силу преждевременной смерти² (Рис. 1).

Рис. 1. Преждевременная смертность в Беларуси. Ведущие причины утраты лет жизни (YLL) в результате преждевременной смертности

	Место в 1990 г.	Место в 2013 г.	Изменения в период с 1990 по 2013 г., %
Ишемическая болезнь сердца	1	1	57%
Цереброваскулярные заболевания	2	2	32%
Дорожно-транспортный травматизм	3	3	70%
Самопричинение вреда	4	4	22%
ХОБЛ	5	5	Минус 6%
Рак легких	6	6	Минус 14%
Рак желудка	7	7	Минус 26%
Врожденные пороки развития	8	8	107%
Утопление	9	9	59%
Инфекции нижних дыхательных путей	10	10	82%
Алкоголизм	12	11	Минус 17%
Падения	16	16	Минус 25%
Кардиомиопатия	18	19	Минус 59%

Рейтинги отражают YLL на 100 000, во всех возрастных группах без стандартизации по возрасту. ХОБЛ: хроническая обструктивная болезнь лёгких
 Источник: Институт измерения показателей здоровья и оценки (ИПОЗ): Беларусь [вебсайт] (<http://www.healthdata.org/belarus>, по состоянию на 12 марта 2017 г.).

В ответ на просьбу Министерства здравоохранения, в период с 26 по 30 сентября 2016 г. **миссия ВОЗ проанализировала вопрос преждевременной смертности, в особенности среди мужчин трудоспособного возраста, вследствие инсульта и острого коронарного синдрома (ОКС) в Беларуси.** Особое внимание в рамках миссии было уделено организации неотложной помощи и реабилитации при инфаркте миокарда и инсульте. Профилактика НИЗ и ССЗ на индивидуальном и популяционном уровнях уже оценивалась, так, например, в июне 2014 г. имела место миссия по оценке системы организации здравоохранения³, затем в июле 2014 г. – совместная миссия Межучрежденческой целевой группы Организации Объединённых Наций (МЦГ ООН) по предупреждению и контролю НИЗ, работа которой была продолжена в мае 2016 г. В сентябре 2015 г. проводился также углублённый анализ ситуации в области борьбы против табака.⁴ Кроме того, финансируемый Европейским союзом (ЕС) проект

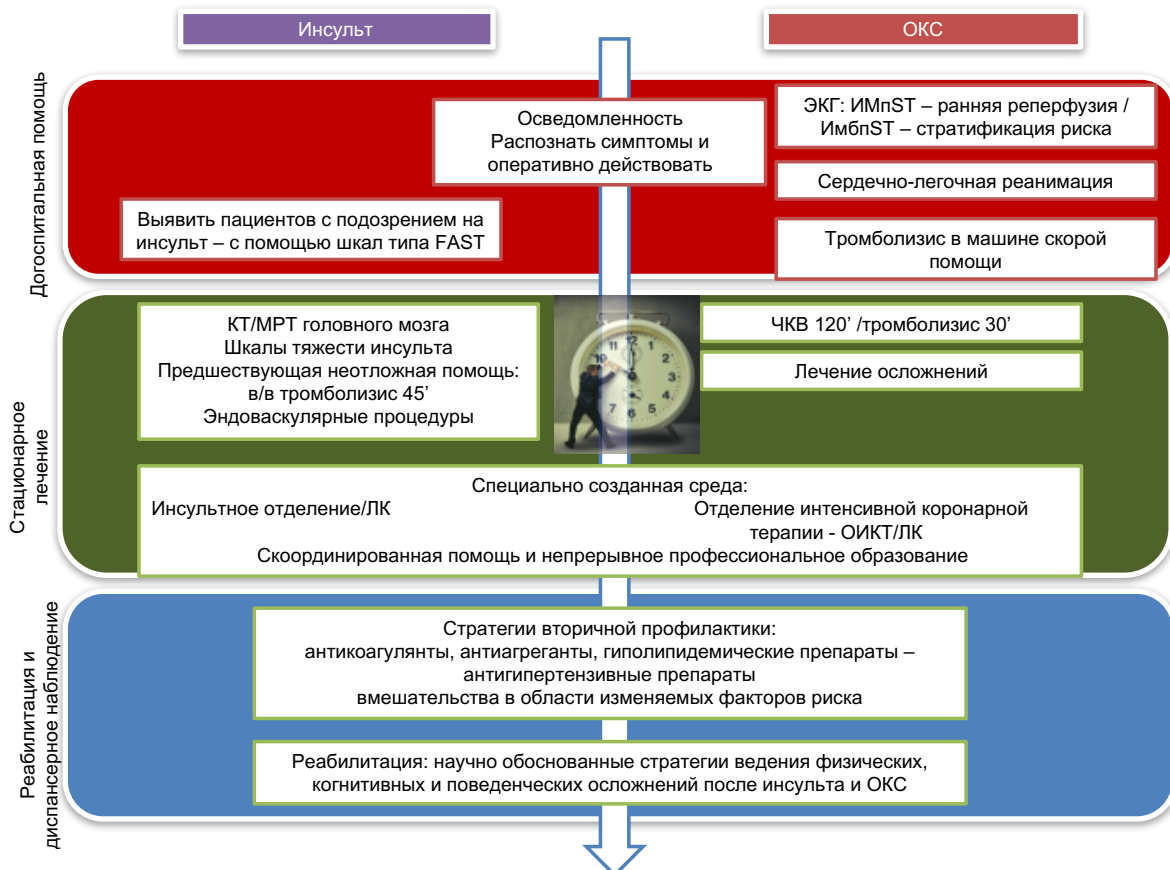
(Belmed) в Беларуси нацелен на укрепление профилактики и контроля НИЗ в целом и на уровне первичного звена медико-санитарной помощи, в частности.

Миссия была организована Страновым офисом ВОЗ в Беларуси и Европейским офисом ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний (НИЗ) и борьбе с ними, базирующимся в Москве, Российская Федерация. Работа осуществлялась в рамках Проекта ВОЗ по НИЗ, финансируемого за счёт гранта Минздрава Российской Федерации. Европейская организация по борьбе с инсультом (European Stroke Organization - ESO) оказала поддержку в поиске 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.

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.

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; ИМнST: инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST

Источник: Авторы

Непосредственно по окончании миссии Минздрав был ознакомлен с предварительными результатами.

3. Эпидемиология

В 2014 г. преждевременная смертность от четырех основных НИЗ в Беларуси была одной из самых высоких в Европе и составляла 605,07 на 100 000 населения в возрасте от 30 до 69 лет.⁵ Смертность от ССЗ была одним из главных факторов преждевременной смертности.

Как и во многих других странах Европейского региона ВОЗ, в последние годы смертность **как от НИЗ, так и от ССЗ в Беларуси сократилась**. Стандартизированная по возрасту смертность от болезней кровообращения (лица в возрасте от 0 до 64 лет) сократилась с 236 на 100 000 населения в 2002 г. до 154 на 100 000 в 2014 г.⁶ **Зафиксировано сокращение показателей смертности как от инсульта, так и от ОИМ**. Согласно национальной статистике, общий показатель смертности от ОИМ сократился с 6,1 на 100 000 населения в 2009 г. до 4,8 на 100 000 в 2013 г., а смертность от инсульта снизилась с 33,9 на 100 000 населения в 2009 г. до 26,0 на 100 000 в 2013 г.³

Общее число случаев смерти от цереброваскулярных заболеваний сократилось примерно на 500 с 2014 по 2015 гг. Показатели смертности от острых цереброваскулярных событий и хронических цереброваскулярных заболеваний слегка снизились в течение 2014–15 гг.: применительно к острым событиям стандартизированный показатель за 2015 г. составил 100,51 на 100 000 человек, что в сравнении с 101,56 на 100 000 в 2014 г. отражает сокращение на 1,05%.⁷ Применительно к хроническим заболеваниям стандартизированный показатель составил 44,19 на 100 000 человек в 2015 г., что в сравнении с 48,48 на 100 000 человек в 2014 г. отражает снижение на 4,29%.⁸

В последние годы вклад ССЗ в смертность от всех причин возрос, особенно заметно увеличение смертности от ОИМ среди трудоспособного населения. Хотя показатели смертности от всех причин и от ССЗ снижаются, доля смертности от ССЗ в статистике общей смертности увеличилась с 52,8% в 2013 г. до 55,4% в 2015 г. Среди трудоспособного населения доля смертности от ССЗ в общей смертности возросла с 32,9% в 2013 г. до 34,4% в 2015 г.⁸ Доля смертности от ОИМ среди трудоспособного населения увеличилась с 1,06% в 2013 г. до 1,46% в 2015 г. Увеличение показателя смертности от ОИМ на 100 000 трудоспособного населения составило таким образом 13,5% в период с 2014 по 2015 гг. и 23% в период с 2013 по 2015 гг.

В 2015 г. хроническая ИБС предопределила 69,1% смертности от ССЗ, в то время как острые формы ИБС обусловили 3,85%.⁹

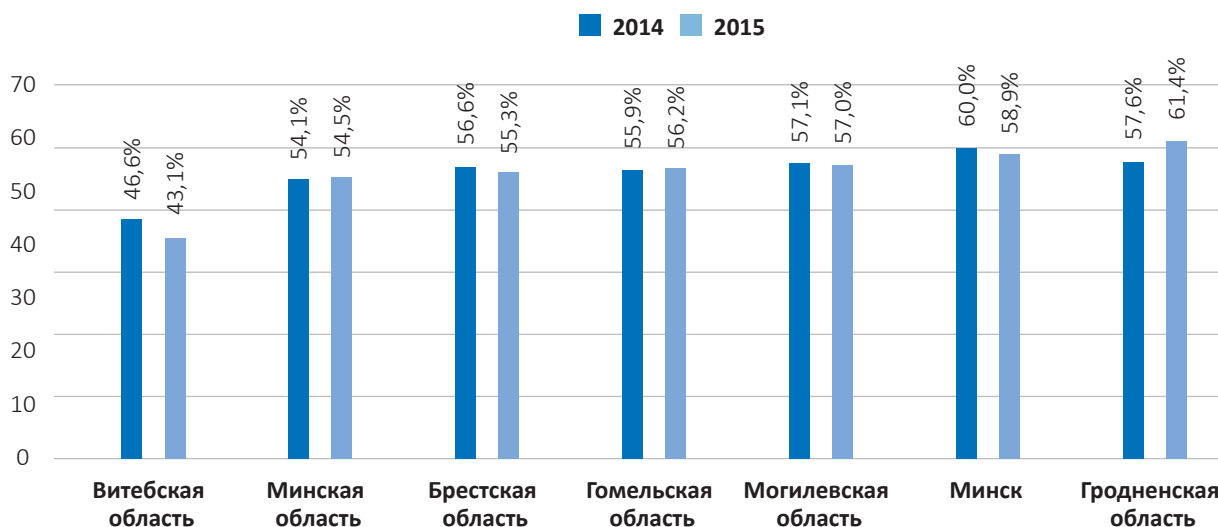
Очень заметны гендерные различия применительно к преждевременной смертности: мужчины умирают от основных НИЗ примерно в два раза чаще, чем женщины.⁹ В 2014 г. ожидаемая продолжительность жизни при рождении для мужчин (67,86 лет) была на более чем 10 лет ниже, чем для женщин (78,65 лет).⁵ Согласно Отчету о развитии человечества (2015 г.), показатель смертности на 1000 человек в три раза выше применительно к мужчинам (299), чем применительно к женщинам (100).¹⁰ Согласно Национальному статистическому комитету Республики Беларусь, смертность от ССЗ в период с 2009 по 2013 гг. сократилась и для женщин и для мужчин – с 50,3 до 43,6 на 100 000 населения для женщин и с 285,8 до 245,3 на 100 000 населения для мужчин, соответственно. В 2013 г. наиболее значимое гендерное различие в отношении смертности было связано с ОИМ – 8,8 на 100 000 населения для мужчин и 0,4 на 100 000 населения для женщин (т.е. для мужчин в 20 раз выше).

Применительно к исходам НИЗ наблюдается сельский/городской градиент, поскольку **сельское население Беларуси характеризуется более низкой продолжительностью жизни и более высокой преждевременной смертностью, чем население городов**. В 2013 г. продолжительность жизни мужчин в сельских районах составляла всего лишь 63,3 года. В 2009 г. показатель преждевременной смертности составлял 11% среди городского населения и 24,2% среди сельского населения. Имеются также географические (региональные) различия в показателях преждевременной смертности, например, она составляет 9,8% для Минска, 16% для Минской области и 16,2% для Витебской области.⁹

Региональные различия наблюдаются также в отношении доли случаев смерти, вызванных ССЗ (Рис. 3).

⁹ Информация из презентации, сделанной 27 сентября 2016 г. Александром Владимировичем Пацевым, заместителем директора Республиканского научно-практического центра «Кардиология» для представителей миссии.

Рис. 3. Доля случаев смерти, вызванных сердечно-сосудистыми заболеваниями в Беларуси, в разбивке по областям, 2014 и 2015 гг. (среднее по стране: 55,2% в 2014 и 2015 гг.)



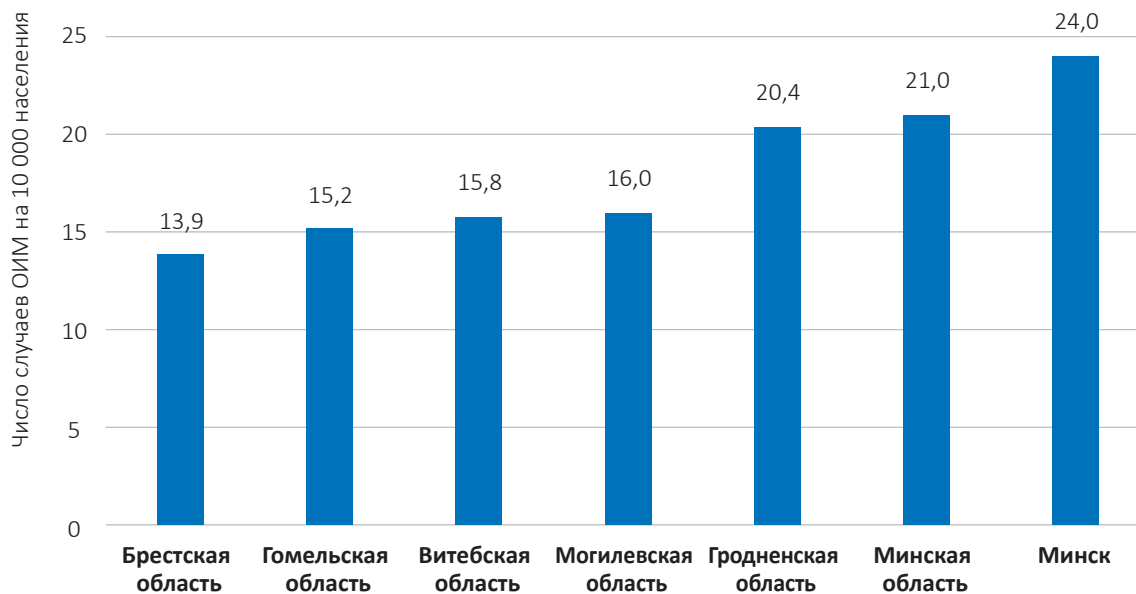
Источник: Национальная статистика, 2014 и 2015 гг.

Высокая распространённость ССЗ и сокращение смертности от ССЗ приводят к росту числе инвалидов в Беларуси, помимо старения населения страны. Статистика Минздрава¹¹ показывает, что в 2011 г. 50 394 человек были впервые признаны инвалидами, что на 7,3% больше, чем в 2010 г. В их числе 47 417 – взрослые (18 лет и старше), что на 7,8% больше, чем в 2010 г. Число впервые признанных инвалидами граждан трудоспособного возраста в 2011 г. составило 21 011 человек, что на 1,7% больше, чем в 2010 г. **Ведущей причиной инвалидности были болезни системы кровообращения (40,3%).**¹¹ Статистика Минздрава также показывает, что в 2015 г. в общей сложности 4609 человек в возрасте 18 лет и старше были признаны инвалидами в результате инсульта; в их числе 1251 человек составили лица трудоспособного возраста. Показатель первичной инвалидности среди лиц в возрасте 18 лет и старше составил 5,99 на 10 000 населения; среди лиц трудоспособного возраста этот показатель составил 2,34 на 10 000 населения.

Поскольку национального регистра не имеется, в 2001 г. в Гродно был создан **субнациональный популяционный регистр инсульта**, призванный определить частоту случаев и процент летальных исходов применительно к инсульту.¹² Результаты первых трёх лет ведения регистра показали, что частота случаев, скорректированная с учётом разработанных ВОЗ европейского и всемирного стандартов населения, составляет 287 на 100 000 (95% доверительный интервал [CI]: 274–301) и 220 на 100 000 (95% CI: 210–231), соответственно. Были отмечены значительные гендерные различия, поскольку среди мужчин вероятность инсульта выше. Пациенты с впервые диагностированным инсультом были моложе, чем отражено в популяционных исследованиях применительно к странам с высоким уровнем доходов. Как показало проведенное в Гродно исследование, коэффициент 28-дневной летальности составил 26,1%, при 3-месячной летальности в 32,2%, 12-месячной летальности в 37,4% и 5-летней летальности в 58,8%. Через 5 лет из 269 выживших 130 (48,3%) были независимы (показатель по модифицированной шкале Рэнкина 0–2), а 139 (51,7%) были инвалидами (показатель по модифицированной шкале Рэнкина ≥ 3). Через 5 лет совокупный риск смерти или инвалидности после впервые перенесенного инсульта составил 80,1%.¹³

Хотя данные доступны через подкомиссии, **формального национального популяционного регистра ОКС не существует.** Согласно национальной статистике, за последние 35 лет заболевания системы кровообращения претерпели почти десятикратное увеличение, и за последние 10 лет на 40% увеличилась заболеваемость ССЗ из-за ИБС. Статистика Минздрава показывает, что в 2015 г. зафиксировано в общей сложности 34 907 случаев ОКС; среди которых 15 659 составили случаи инфаркта миокарда (ИМ) (10 184 с подъемом сегмента ST). Частота случаев ИМ варьируется в зависимости от региона (Рис. 4). В то время как средняя частота случаев ИМ в Беларуси в 2015 г. составляла 18,4 случаев на 10 000 взрослого населения, эти показатели варьировались от 13,9 в Брестской области до 24 на 10 000 взрослого населения в городе Минске.

Рис. 4. Частота случаев острого инфаркта миокарда в Беларуси, в разбивке по областям, 2015 г.

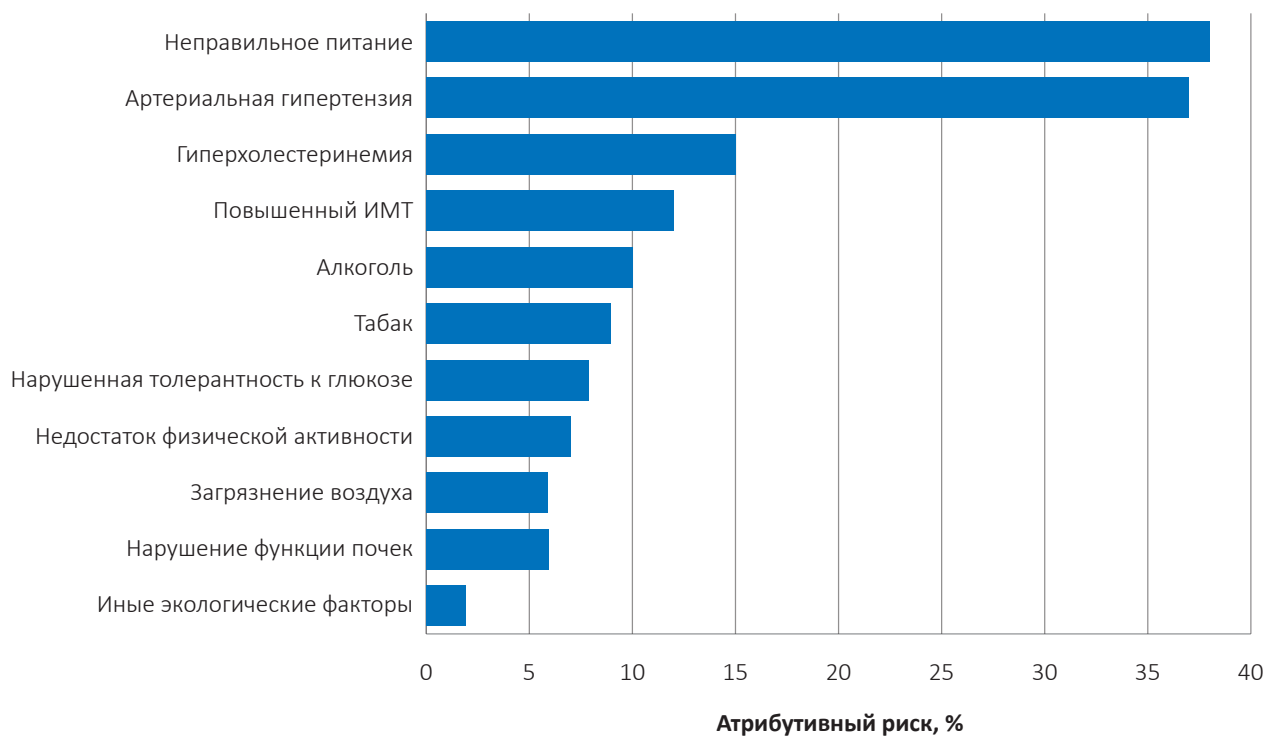


Источник: Национальная статистика, 2015 г.

Согласно гродненскому регистру инсульта,¹² среди факторов риска развития инсульта наиболее распространённым сопутствующим заболеванием была артериальная гипертензия (87,5%), затем активное курение (25,6%), фибрилляция предсердий (23,1%), острый инфаркт миокарда (ОИМ) в анамнезе (19,1%), гиперхолестеринемия (22,1%) и сахарный диабет (14,7%). Примечательно, что в реестре не рассматривалось как потенциальный фактор риска злоупотребление алкоголем.

Согласно данным Института измерения показателей здоровья и оценки, биологические факторы определяют 47,94% смертности, а поведенческие факторы – 45,27% (Рис. 5).

Рис. 5. Факторы риска, влияющие на смертность от ССЗ в Беларуси



ИМТ: индекс массы тела

Источник: Институт измерения показателей здоровья и оценки

Распространённость курения и употребления алкоголя среди мужчин является одной из самых высоких в Европейском регионе ВОЗ и представляется одним из основных факторов, предопределяющих 10-летнее различие в ожидаемой продолжительности жизни в сравнении с женщинами.

В последние годы наблюдается определённое сокращение показателей текущего курения среди мужчин (с 55% в 1998 г. до 51% в 2011 г.), но почти в три раза увеличилось курение среди женщин (3,6% в 1995 г. до 11% в 2011 г.). Употребление алкоголя остаётся значительной проблемой общественного здравоохранения, а среднедушевое потребление среди взрослых (15 лет и старше) в 2008-2010 гг. оценивалось в 27,5 и 9,1 л чистого спирта среди мужчин и женщин, соответственно, в год (в среднем 17,5 л для лиц обоего пола, что составляет один из самых высоких показателей в мире). В Беларуси широко распространена модель эпизодического употребления алкоголя в больших количествах (употребление не менее 60 г чистого спирта по крайней мере однажды в течение последних 30 дней), традиционно считающаяся фактором риска развития инсульта. Эта модель наблюдается у 47,8% мужчин и 7,5% женщин среди населения в целом (2010 г.).¹⁴ Согласно данным недавнего доклада ВОЗ, практически каждая третья (29%) смерть от ССЗ в Беларуси считается связанной с алкоголем (показатель совокупной стандартизированной по возрасту смертности в Беларуси составляет 4183,6 случаев смерти на 1 млн населения, из которых 1214,4 случаев на 1 млн населения – это смертность от ССЗ по причинам, связанным с употреблением алкоголя).¹⁵ Почти каждый четвертый взрослый страдает ожирением.

4. Рамочная основа политики в контексте НИЗ

В марте 2016 г. правительство Беларуси указом №200 Совета министров утвердило государственную программу на 2016-2020 гг., озаглавленную «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь». Эта программа имеет целью улучшение здоровья граждан путём содействия здоровому образу жизни, укрепления семейных ценностей, сокращения совокупных показателей смертности, увеличения ожидаемой продолжительности жизни, а также повышения качества и доступности медицинской помощи.

Программа имеет 7 подпрограмм: семья и детство; профилактика и контроль НИЗ; профилактика и лечение алкоголизма; профилактика и лечение туберкулёза; профилактика и лечение ВИЧ; внутренняя миграция; функционирование белорусской национальной службы здравоохранения. Поскольку одна из этих подпрограмм связана с НИЗ, отдельной национальной стратегии или плана действий по борьбе с НИЗ не имеется.

Меры по борьбе против табака и алкоголя носят смешанный характер.^{3,4} Применительно к борьбе против табака, уровень налогообложения умеренный; соблюдение запретов на все виды рекламы, стимулирование и спонсорство является умеренным; недавно введен запрет на открытую выкладку продукции в местах продаж. Применительно к борьбе с алкоголем, налогообложение и ограничения на рекламу и стимулирование ограничены, ограничения на розничную продажу существуют, но их неукоснительное соблюдение обеспечивается неоптимально. Не проводится вмешательств популяционного уровня по сокращению употребления соли, отсутствует популяционный мониторинг потребления соли, отсутствует нормативно-правовая основа в поддержку устранения трансжиров или свидетельств их сокращения в рационе.

В 2011-2015 гг. осуществлялась Государственная программа по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями¹⁶ (включая инсульт), носившая название «Кардиология» и утверждённая Советом министров (Постановление № 268 от 04.03.2011). Её целями были:

- Профилактика и раннее выявление ССЗ
- Внедрение современных медицинских технологий в практику оказания кардиологической и неврологической помощи пациентам с ОКС и инсультом
- Внедрение современных организационных технологий в практику оказания скорой и неотложной помощи пациентам с ССЗ
- Совершенствование системы оказания аритмологической помощи пациентам с ССЗ

- Совершенствование системы оказания интервенционной помощи пациентам с ССЗ
- Совершенствование системы оказания кардиохирургической помощи пациентам с ССЗ.

Национальная оценка эффективности этой программы выявила сокращение смертности от ССЗ на 9,9% в 2014 г. (701 на 100 000) в сравнении с исходными показателями 2010 г. (778 на 100 000), причём сокращение конкретно для ИБС составило 6,3%, а для ОИМ – 22,8%. На 19,0% сократилась смертность от ССЗ среди трудоспособного населения. Не произошло сокращения заболеваемости применительно к ССЗ в целом, поскольку она выросла на 7,4%, причём рост заболеваемости применительно к артериальной гипертензии составил 12,4%, а к ИБС – 4,7%. Было решено, что это следствие старения населения и повышения ожидаемой продолжительности жизни.

Подготовлена дорожная карта для развития служб кардиологической помощи. Её стратегической целью является обеспечение снижения показателей смертности от ОКС. В числе задач следующие:

- развитие службы эндоваскулярной хирургии для достижения уровня чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ), сопоставимого с европейским стандартом (до 600 процедур ЧКВ при ОКС /1 млн населения в год);
- обеспечение доступности современного лечения ОКС в сельских и отдалённых районах – увеличение в отдалённых от центров интервенционной кардиологии районах объёмов тромболитической терапии с использованием современных тромболитических средств, с последующей транспортировкой пациентов для проведения ЧКВ;
- уход от тромболитической терапии вкупе с увеличением доступности эндоваскулярной хирургии в отдельных районах той или иной области;
- увеличение и уравнивание межрегиональной доступности ЧКВ при инфаркте миокарда без подъёма сегмента ST (ИМбпST) (мелкоочаговый ИМ и нестабильная стенокардия) – профилактика повторного ИМ и внезапной смерти;
- первичная и вторичная профилактика ОКС с помощью государственных программ профилактики;
- подготовка медицинских работников;
- стимулирование пациентов к своевременному обращению за медицинской помощью путём обучения их самопомощи и взаимопомощи.

Со времени проведения миссии началась разработка аналогичной дорожной карты в отношении медицинской помощи при инсульте. Ее основные задачи будут включать создание сети на базе медицинских учреждений межрайонных отделений помощи при инсульте с блоками интенсивной терапии. Такие центры медицинской помощи при инсульте будут оснащены средствами нейровизуализации (такими как компьютерная томография [КТ], магнитно-резонансная томография [МРТ]) и оборудованием для проведения тромболитической терапии. Цель состоит в том, чтобы снизить влияние географических факторов (таких как расстояние) на оказание медицинской помощи при инсульте.

5. Научно обоснованная практика и научно обоснованные вмешательства

Клинические руководства

Имеются протоколы и руководства по диагностике и ведению инсульта и ОКС. В соответствии с национальным форматом официальные протоколы не являются явно основанными на фактических данных, но их содержание представляется соответствующим международным стандартам. В настоящее время проводится пересмотр клинических рекомендаций применительно к оказанию медицинской помощи при инсульте.

В Республике Беларусь приоритет отдается протоколам диагностики и лечения, утвержденным Минздравом по рекомендациям профессиональных ассоциаций. Протоколы диагностики и лечения являются юридически значимыми документами, и их применение является обязательным для медицинских специалистов всех организаций здравоохранения страны. Национальные рекомендации неправительственных медицинских обществ, таких как Белорусское научное общество кардиологов, а также рекомендации других подобных обществ в Республике Беларусь, называются вспомогательными документами и носят вспомогательный характер. Формат протоколов диагностики и лечения, принятый в стране, не включает ссылки на литературу, обоснование фактических данных и т.д. В образовательных целях на сайтах БелМАПО, РНПЦ «Кардиология», Региональных кардиологических центров и т.д. публикуются рекомендации международных кардиологических обществ.

Доступны научно обоснованные протоколы и клинические руководства по инсульту, которые разрабатываются и распространяются Минздравом. Реализация этих руководств контролируется в рамках Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь». Имеется подкомиссия, отвечающая за анализ медицинских свидетельств о смерти вследствие хронических цереброваскулярных заболеваний и острого инсульта; а также за анализ медицинской документации в отношении амбулаторных пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, медицинской документации в отношении стационарных больных, количества и видов тромболизиса, наличия инфраструктуры и доступности таких технологий, как КТ, и т.д. Та же подкомиссия ведет мониторинг мероприятий в отношении здорового образа жизни с участием СМИ. Анализ проводится ежемесячно. Во время работы нашей миссии клиническое руководство по инсульту находилось на пересмотре; тем не менее, у нас была возможность ознакомиться с его проектом. Оно организовано в форме **протокола и, хотя не был представлен уровень его доказательности, содержание соответствовало международным стандартам и было основано на фактических данных**. В ряде стран, входящих в Содружество независимых государств (СНГ), руководства и протоколы по инсульту рекомендуют использование препаратов со слабой доказательной базой, такие как нейропротекторы (например, актовегин, цитиколин), но в Беларуси они не были включены в список процедур, рекомендованных при острых или хронических цереброваскулярных заболеваниях.

Текущий протокол диагностики и лечения ОКС утвержден Минздравом (Приказ Министерства здравоохранения от 30 декабря 2014 г. № 117) и соответствует основным положениям рекомендаций Европейского общества кардиологов для ИМбпST. Основными нормативными документами в сфере диагностики и лечения ОКС являются «Клинический протокол диагностики и лечения инфаркта миокарда и нестабильной стенокардии» и «Дорожная карта медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом на всех уровнях».

Белорусское научное общество кардиологов утвердило рекомендации Европейского общества кардиологов (ESC).¹⁷ Им были подготовлены национальные рекомендации по ОКС,¹⁸ охватывающие диагностику и лечение как ИМпST, так и ИМбпST. Эти рекомендации были разработаны Республиканским научно-практическим центром «Кардиология» и Белорусским научным обществом кардиологов в 2005 г. и пересматривались в 2010 г., но считаются лишь вспомогательными документами.

Четкая ссылка на необходимую научную и основанную на фактических данных информацию может быть полезна для того, чтобы медицинские работники могли принимать обоснованные и правильные решения в повседневной практике.

В Беларуси имеется большое профессиональное сообщество кардиологов и специалистов по неотложной помощи, но профессиональные общества потенциально могли бы взять на себя более центральную роль при разработке клинических руководств, контроле за качеством помощи и проведении образовательных мероприятий.

Различия показателей заболеваемости, смертности и инвалидности при инсульте и ОИМ, наблюдающиеся применительно к европейским странам, могут отражать различия в степени осуществления научно обоснованных вмешательств в области профилактики и ведения ССЗ. Осуществление научно обоснованных вмешательств может проводиться с использованием различных инструментов. В таблице 1 обобщаются инструменты применительно к инсульту и ОКС, использование которых довелось наблюдать во время работы миссии в Беларуси.

Таблица 1. Наличие стратегий осуществления применительно к ОКС и инсульту в Беларуси

Стратегия осуществления ¹⁹	Наличие (Да/Нет)
Лидеры общественного мнения	Да
Многопрофильное сотрудничество	Да
Многосторонние вмешательства	Нет
Ассоциации пациентов с инсультом	Нет
Национальные и региональные стратегии	
● Обязательные	Да
● Необязательные	Нет
Финансовое стимулирование	
● Государственное	Да
● Частное	Нет
Образовательные стратегии	
● Печатные/электронные учебные материалы	Да
● Обучающие совещания и семинары	Да
● Выезды на места с обучающими целями	Да
● Просветительские кампании	Да
● Руководства	Да
Аудиты и обратная связь	Нет
Напоминания	
● Электронные напоминания	Нет
● Письменные напоминания	Да
Автоматизированные системы поддержки принятия решений	Нет

К таблице могут быть даны следующие пояснения:

- Врачам обеспечивается государственное финансовое стимулирование для того, чтобы они проходили курсы повышения квалификации на, по крайней мере, минимально требуемом уровне.
- Некоторые частные стимулы поддерживают такие образовательные стратегии, как встречи, семинары и конференции.
- Результаты анализа случаев смерти от инсульта среди трудоспособного населения не сообщаются клиницистам, а в основном доводятся до сведения лиц на административных и организационных должностях. В этой связи, не удивительно, что индикаторы, выбранные для мониторинга результативности оказания помощи и исходов инсульта отвечают иным потребностям, нежели информирование клиницистов об их промахах или успехах.
- Региональными властями планируются, организуются и мониторируются образовательные кампании с использованием различных средств (телевидения, радио, печатных материалов), но роль неправительственных организаций (НПО), таких как ассоциации пациентов и/или медицинских работников, не ясна, или, по крайней мере, их участие представляется не регулярным, не структурированным и не имеющим последовательного характера. До сих пор не оптимальна информированность общества и работников здравоохранения в отношении связи между курением и злоупотреблением алкоголем среди мужчин с одной стороны и высокой частотой случаев ОИМ и инсульта с другой.
- Службы первичной медико-санитарной помощи используют в рамках посещения врача или между посещениями напоминания для специалистов о необходимости проведения таких мероприятий, как скрининг или иная профилактическая работа, или о необходимости оказания административной поддержки (например, назначения дальнейших посещений в рамках диспансерного наблюдения или маркировки историй болезни); но нет каких-либо особых напоминаний для пациентов с инсультом. Существуют напоминания для пациентов. К ним относятся

письма/открытки/телефонные звонки, напоминающие о назначенном посещении врача; присутствуют также напоминания для пациентов, носящие общий характер, такие как плакаты, особенно на уровне служб первичной медико-санитарной помощи.

Профессиональное обучение

В четырёх медицинских университетах Беларуси проводится базовая медицинская подготовка врачей (в Гродно, Гомеле, Витебске и Белорусском государственном медицинском университете в Минске). Отдельное учреждение, БелМАПО, координирует все последипломное образование, а также непрерывное медицинское образование для врачей и по ряду сестринских специальностей. Медицинский факультет организован в форме восьми основных курсов. До начала специализации необходимо окончить лечебный факультет. Лечебный факультет обеспечивает базовое медицинское образование (шесть лет) для врачей, которые будут лечить взрослых. Медицинские университеты Беларуси также предлагают шестилетнее базовое медицинское образование на английском языке,²⁰ хотя оно дороже, чем русскоязычная версия.²¹

Специализированная клиническая подготовка короче, чем рекомендовано на европейском уровне.

Программа ординатуры для невропатолога предполагает 2 года обучения, в отличие от четырёхлетнего минимума в соответствии с международными рекомендациями,²² а подготовка в рамках дополнительной специализации по сердечно-сосудистым заболеваниям занимает 1–2 месяца. Подготовка специалиста в области кардиологии в Беларуси занимает 2–4 года²³ в сравнении с минимум 4 годами, рекомендованными на европейском уровне.²⁴

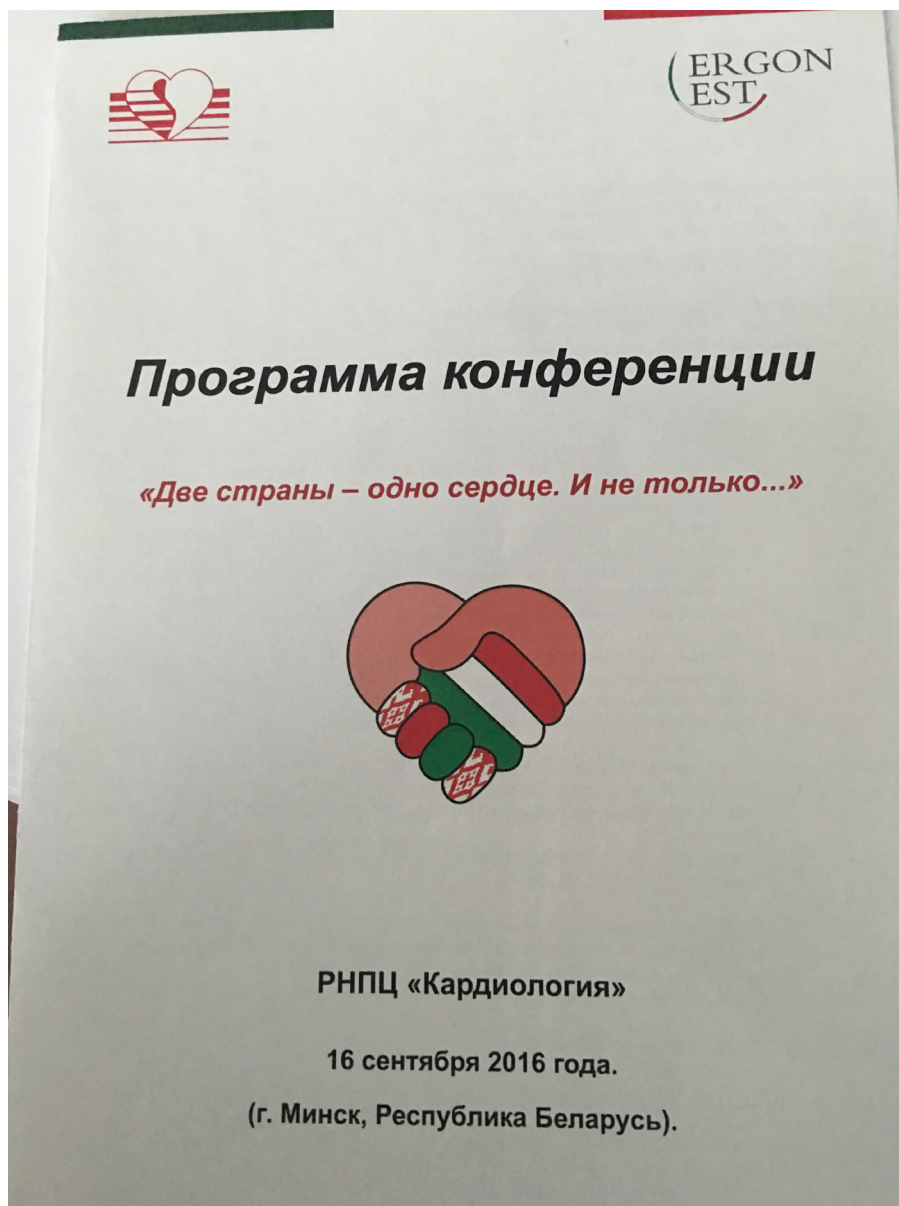
Существуют минимальные стандарты для непрерывного медицинского образования всех практикующих врачей. Врачи обязаны проходить два 14-дневных курса повышения квалификации объемом минимум 80 учебных часов каждый раз в 5 лет. БелМАПО ежегодно проводит обучение или переподготовку около 15 000 клиницистов.

Существуют финансовые стимулы для повышения квалификации, по крайней мере, на минимальном уровне требований. Однако **непрерывное медицинское образование не связано с процессом переекзаменации или сохранения специализации.**

Непрерывное медицинское образование для кардиологов осуществляется Кафедрой кардиологии и ревматологии на базе Городской клинической больницы №1. Кафедра, в том числе, предлагает 12-дневную программу очного обучения “Острый коронарный синдром” для врачей и руководителей отделений интенсивной кардиологической помощи с набором два раза в год по 24 участника согласно годовому учебному плану, утверждённому Минздравом.²⁵ БелМАПО также предлагает услуги дистанционного онлайн-обучения, включая модуль «Острый коронарный синдром с подъёмом сегмента ST».²⁶

Растёт участие в конференциях и мероприятиях международного уровня. Минская больница скорой медицинской помощи установила тесный контакт с эндоваскулярными нейрокардиологами и нейрохирургами из Канады; больница также принимала участие в таких международных исследованиях, как ARTEMIDA,²⁷ CASSIOPEA,²⁸ TIMI 25.²⁹ Республиканский научно-практический центр «Кардиология» также активно участвует в организации и проведении международных встреч и семинаров (Рис. 6).

Рис. 6. Конференция, организованная республиканским центром «Кардиология», Минск. На брошюре – логотип белорусской фирмы «ЭРГОН-ЕСТ», производящей медицинское оборудование с участием итальянского капитала.



6. Контроль качества и управление эффективностью

Следует повысить эффективность использования передовой клинической практики, основанной на фактических данных, путём мониторинга показателей качества (включая показатели эффективности) всех компонентов континуума помощи. В Беларуси за мониторинг функционирования системы здравоохранения отвечает комплексная система отчётности для отдельных лиц и учреждений. **Каждая специальность имеет свою собственную систему отчётности, и координации между системами мало.** Так, например, не скоординирована отчётность между организациями/подкомиссией, занимающимися цереброваскулярными заболеваниями, и теми, кто занимается ССЗ.

Несмотря на очевидные улучшения в охвате и эффективности лечения, Беларусь не участвует в международных регистрах или контрольных сопоставительном анализе помощи при инсульте или ОКС.

Мониторинг результативности служб помощи при инсульте

В ограниченном масштабе имеется система мониторинга и отчетности об оказании медицинской помощи. Минздрав Республики Беларусь мониторирует и обеспечивает качество медицинской помощи при инсульте следующим образом. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения №212 от 04.03.2011, создана и функционирует «Подкомиссия №3 по неврологии и нейрохирургии», имеющая в своем составе высококвалифицированных неврологов и нейрохирургов (персонал Республиканского научно-практического центра неврологии и нейрохирургии, кафедр медицинских университетов). Эта Подкомиссия №3 в рамках государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» является тактической группой, которая осуществляет мониторинг и анализ случаев смерти вследствие травматизма и неврологических состояний. Ежеквартально каждый руководитель/куратор вместе с главным специалистом регионального отдела здравоохранения проводит углубленный анализ информации о заболеваемости и смертности в регионе, определяет оперативную ситуацию в регионе и отправляется в районы, где показатели демонстрируют увеличение.

Подкомиссия отвечает за мониторинг смертности от инсульта и черепно-мозговых травм, анализирует данные о смертности граждан трудоспособного возраста от инсульта и черепно-мозговых травм, а также проведение тромболитической терапии на региональном и местном уровнях. Ведётся сбор следующих данных:

- смертность от острых цереброваскулярных событий
- смертность от хронических цереброваскулярных заболеваний
- число случаев и виды тромболизиса
- доступные технологии (внутрибольничная сеть, число персональных компьютеров, компьютерная томография, системы и аппараты УЗИ)
- доступные ресурсы: койки в инсультных центрах или число неврологических палат/неврологов
- число и виды коммуникационных инициатив (телепередачи, радиопередачи, публикации в областных печатных СМИ), содержание которых связано с вопросами здорового образа жизни, профилактикой инсульта, распознаванием ранних признаков инсульта, а также рекомендации в отношении того, что делать в случае подозрения на инсульт.

Результаты обобщаются в ежемесячном «информационном письме». Местным органам здравоохранения предоставляются конкретные рекомендации по решению возникающих проблем.

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) была принята в 2002 г., и с тех пор является основой для кодирования диагнозов.

Смертность рассматривается с позиций трудоспособного возраста (т.е. 15–64 года для мужчин, 15–60 – для женщин), поскольку это продуктивный компонент демографической структуры. Медицинский надзорный совет Департамента здравоохранения отвечает за анализ свидетельств о смерти граждан трудоспособного возраста вследствие инсульта, а также медицинских записей стационарных и амбулаторных учреждений в отношении медицинской помощи в соответствии с профильной группой пациента (группа инвалидности). Эта оценка позволяет обеспечить соблюдение протокола на основе диагноза и выставляется по 5-балльной шкале. Во время работы нашей миссии протокол по инсульту пересматривался. Использовалась более старая версия, датированная 2005–2006 гг., с изменениями от 2011 и 2014 гг. (перечень основных лекарств).

Эта информация собирается, анализируется и предоставляется по каждой из областей Беларуси. Подкомиссия №3 описывает тенденцию оцениваемых параметров; она учитывает проблемы и возможные причины, а также потенциально возможные корректирующие действия.

Имеется дальнейший потенциал мониторинга и обеспечения качества медицинской помощи в Беларуси. Эпидемиологические и демографические показатели используются для оценки деятельности системы здравоохранения на региональном/местном уровне, тогда как данные о здоровье населения в целом и объёме услуг собираются для оценки реализации государственных программ. Такие показатели, временные параметры

и другие показатели качества, не используются для предоставления обратной связи ни врачам, ни местным профессиональным организациям, ни регулирующим органам.

Отсутствуют аудиты или регистры инсульта, которые могли бы дать информацию об качестве оказываемой местному населению неотложной стационарной помощи или реабилитации; в этой связи, не представляется возможным проводить регулярный сопоставительный анализ качества помощи между центрами на международном, национальном или региональном уровнях.

Хотя в последние годы расширился опыт как эндоваскулярного тромболитика, так и механической тромбэктомии, **центры инсульта в Беларуси не участвуют в международных регистрах**, таких как регистр тромболитика в рамках Общего регистра безопасного проведения лечения инсульта (SITS)³⁰ – ориентированного на научные исследования, независимого международного проекта с участием ЕС-15 и других стран. Не создано персонализированного популяционного регистра инсульта на национальном или региональном уровне, за исключением регистра инсульта в Гродненской области.

Мониторинг результативности служб помощи при ОКС

Главный кардиолог контролирует работу подразделений в различных регионах. Статистические данные в отношении оказания помощи при ОКС за год можно получить по результатам мониторинга по 41 показателю, озаглавленного «Ведомственная отчётность» и утверждённого Минздравом. Этот отчёт содержит только общие данные о числе пациентов в различных группах, времени с начала появления симптомов до госпитализации, виде реперфузионной терапии, числе осуществлённых вмешательств и смертности. Сбор реальных данных, которые позволили бы провести анализ каждого случая оказания помощи (данных регистров), не ведётся даже в отношении ограниченных групп пациентов.

В 2015 г. во всех областях Беларуси было госпитализировано с ОКС в общей сложности 33 970 пациентов. Это число варьируется от 3017 пациентов в Гомельской области до 6712 пациентов в г. Минске. Только у 30% пациентов, госпитализированных с ОКС, был выявлен инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST (ИМпST), и только 28,4% пациентов с ОКС были в трудоспособном возрасте.

Примерно половина (53,6%) пациентов с ИМпST и примерно треть (37,8%) пациентов с ИМбпST были госпитализированы в течение 6 часов с начала появления симптомов, причём различия между ситуацией в регионах незначительные. Наблюдалась тенденция к ранней госпитализации пациентов с ИМпST в Гродненской области (58,9% в течение 6 часов) и к поздней госпитализации в Минской области (49,6% в течение 6 часов).

Результативность диагностики измерялась по доле использования количественного теста на тропонин в соответствии с международными стандартами. Качественная лабораторная диагностика применялась в 99,5% случаев в Минске, но только в 53,6% случаев в Могилеве, 69,2% случаев в Витебске и 72% случаев в Гомеле.

У 40,4% пациентов с ИМпST введение тромболитического препарата было первой реперфузионной стратегией, причём лишь в 24,2% случаев использовались тромболитики третьего поколения (широко применяется лекарственный препарат первого поколения местного производства – стрептокиназа). В Брестской и Гродненской областях, а также в г. Минске, в от 31,2% до 44,5% случаев тромболитические препараты вводились на догоспитальном этапе лечения, но в других областях тромболитические препараты на догоспитальном этапе вводились лишь у порядка 10% пациентов. **Доля пациентов с ИМпST, получивших реперфузионную терапию в 2015 г. – первичное ЧКВ, фармакоинвазивная стратегия или исключительно введение тромболитиков – была высокой** и варьировалась от 58,2% в Гомельской области до 66,2% в Минске.

Что касается двух предыдущих лет, зарегистрированная **внутрибольничная смертность от ИМ в 2015 г. была низкой во всех областях** с небольшими различиями (от 4,40% до 5,82%). При сопоставлении данных Национального статистического комитета³¹ в отношении числа умерших от ИМ в 2015 г. (1327 случаев) с ведомственной статистикой смертности от ИМ в больницах (800 случаев), выяснилось, что 39,7% случаев смерти от ИМ произошли вне специализированных больничных учреждений, что может объяснять низкий уровень госпитальной смертности. Можно предположить, что сокращение смертности от ИМ требует не только повышения качества стационарной помощи, но также и существенного расширения охвата случаев ОИМ госпитальной помощью.

Как можно увидеть выше, различие между областями применительно к частоте случаев ИМ может достигать двукратного размера. Известным фактом является более высокая продолжительность жизни при более высокой частоте случаев ССЗ в больших городах, что принято относить на счёт более широких возможностей имеющихся там систем здравоохранения, но региональный потенциал применительно к раннему выявлению пациентов с ИМ также может влиять на эти показатели. Централизация медико-санитарной помощи может быть проблемой многих постсоветских стран, но налицо признаки того, что эта ситуация меняется; например, с 2010 по 2015 гг. доля процедур (хирургических операций на сердце и аорте), проведённых в регионах, выросла с 56,6% до 84,2%. Данные ведомственного мониторинга за первые 6 месяцев 2016 г. свидетельствуют **о значительной положительной динамике в отношении качества неотложной диагностики и лечения пациентов с ОКС, особенно в отношении количества инвазивных процедур** – применительно к пациентам с ИМпСТ произошло увеличение с 11% в Гомельской области до 175% в Брестской области.

Международные инициативы в области помощи при ОКС, такие как программа «Стент ради жизни» или международные регистры, подобные научно исследовательской программе (EURObservational Research Programme – EORP) Европейского общества кардиологов (ESC), в Беларуси не осуществляются. Эти международные инициативы помогли бы преодолеть барьеры на пути к эффективной медико-санитарной помощи, на данный момент актуальные для Беларуси.

Общенациональный персонализированный популяционный регистр ОКС не создан.

7. Клинический протокол ведения пациентов

Структура служб

Профилактика и контроль НИЗ осуществляются посредством серии мероприятий на множестве уровней при координации со стороны Минздрава. Первичная профилактика ССЗ осложняется отсутствием системы возмещения пациенту расходов на приобретение гипотензивных препаратов, препаратов, снижающих уровень холестерина, и на никотин-заместительную терапию у пациентов с высоким риском ССЗ. Государственная система здравоохранения реализует централизованную модель помощи с чётким соблюдением установленной политики. Система неотложной помощи регионализирована, а услуги первичной медико-санитарной помощи, такие как амбулаторная реабилитация, диспансерное наблюдение и контролируемая вторичная профилактика предоставляются через сеть государственных амбулаторий (поликлиник). Сеть и протоколы ведения больного применительно как к помощи при остром инсульте, так и к помощи при ОКС, включены в систему неотложной помощи (скорой и госпитальной).

Кардиологическая служба

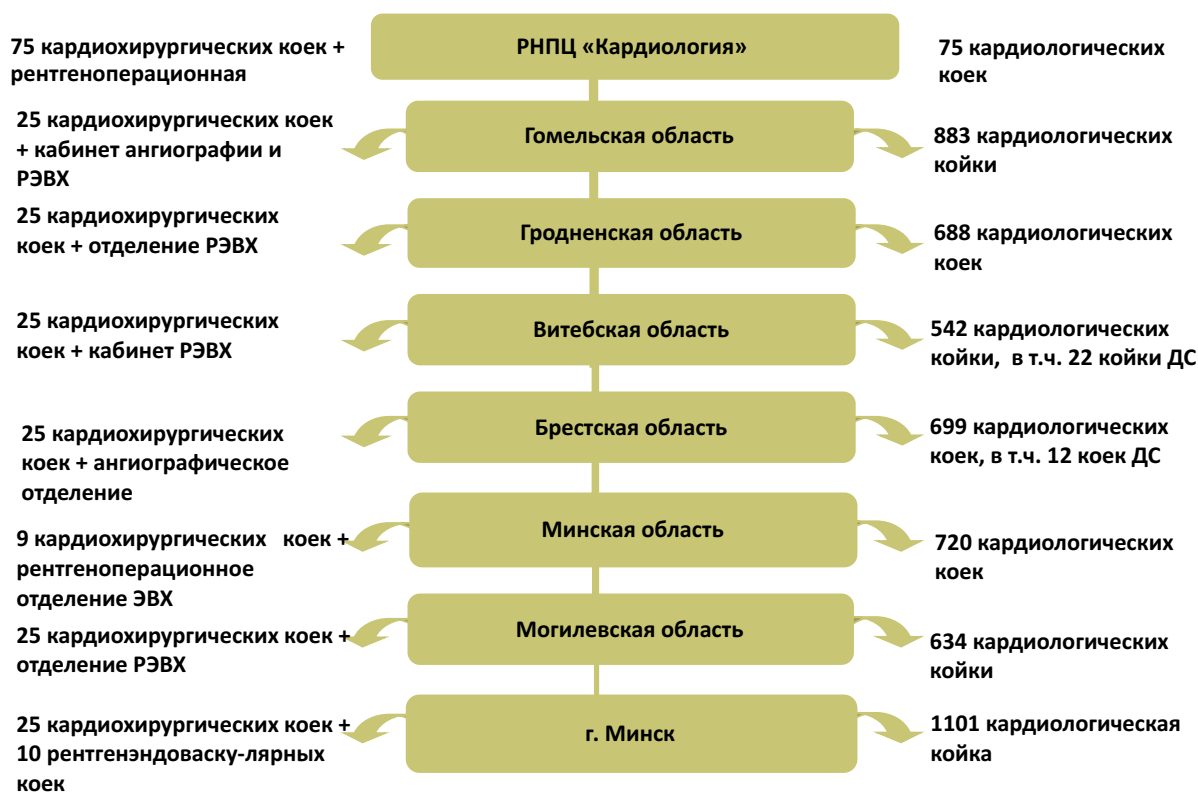
Современный подход к организации эффективной неотложной помощи пациентам с ОКС включает создание региональных сетей, высокую доступность ранней реперфузионной терапии и чрескожных вмешательств, а также медицинскую терапию новыми мощными лекарственными средствами. Он также включает наличие программ реабилитации и эффективных вмешательств в целях вторичной профилактики.^{32,33}

Развитие структуры региональных сетей применительно к ОКС в Беларуси было одной из целей 5-летней государственной программы «Кардиология» (2011–2015 гг). Эта программа позволила обучить медицинский персонал, открыть новые лаборатории катетеризации (5 в разных областях за последние 3 года). **С самого начала программы в 2011 г. все центры ЧКВ работают круглосуточно.**

Оказание помощи и услуг пациентам с ОКС организовано в рамках трехуровневой системы направления к специалистам. Помимо упомянутых выше первых двух уровней, высшим уровнем в системе является РНПЦ «Кардиология». Это высший уровень экспертных знаний, на котором в значительном объёме оказывается клиническая помощь, а также экспертное содействие при разработке руководств и стратегий в области кардиологической помощи. Эквивалента применительно к помощи при инсульте не имеется.

Рис. 7 отражает общие характеристики кардиологической службы.^b Служба включает 224 кардиологических кабинета в городских поликлиниках. В Минске имеется 9 районных кардиологических центров во всех административных районах города. Имеется 79 кардиологических и 10 кардиохирургических отделений в областных и городских больницах, включая 3 кардиологических отделения и 3 кардиохирургических отделения в Республиканском научно-практическом центре (РНПЦ) «Кардиология» и 2 кардиохирургических отделения для детей. Имеется 17 отделений (кабинетов) рентген-эндоваскулярной хирургии.

Рис. 7. Структура кардиологической службы в Республике Беларусь (состояние на 31 декабря 2014 г.)



Число кардиологических коек на 31 декабря 2014 г. составляло 5342 (сокращение на 125 коек с 2013 г.), включая 34 койки дневного стационара. Таким образом, имеется 7,1 койки на 10 000 взрослого населения. В 2015, г. кардиологической службой были пролечены 199 200 пациентов, пребывание которых в стационаре составило в среднем 9,6 дней (в диапазоне от 8,8 до 10,6 дней). На 31 декабря 2014 г. имелось 274 кардиохирургические койки (так же, как и в 2013 г.). В целом, имеется 680 кардиологов (по состоянию на 1 января 2016 г.), т.е. 0,12 кардиохирургов на 10 000 населения (0,12 в 2014 г.) и 0,13 рентген-эндоваскулярных хирургов на 10 000 населения (0,1 в 2014 г.).

Службы помощи при инсульте

С 2000 г. в Беларуси принят поэтапный подход к лечению пациентов с инсультом, т.е. все пациенты с подозрением на инсульт должны быть направлены в специализированные инсультные/неврологические отделения (в крупных городах, т.е. в Минске) или менее крупные неврологические/инсультные центры. **Протокол ведения больного с инсультом полностью утверждён; все компоненты помощи при инсульте присутствуют, хотя уровни реализации различны и наблюдается географический градиент**, поскольку преимущество городских районов состоит в том, что они лучше оснащены, лучше скоординированы и организованы. В Беларуси доступна помощь на уровне инсультных отделений,^{34,35,36} обеспечивающих проведение тромболитической терапии в течение 4,5 часов с момента наступления ишемического инсульта³⁷ и/или внутриартериального тромболизиса, что ведёт к снижению показателей смертности и инвалидности. Доступ к этой помощи обеспечивается **службой скорой помощи, которая приняла протокол по ведению инсульта и внедряет систему предварительного уведомления, которая**

^b Информация из презентации, сделанной 27 сентября 2016 г. Александром Владимировичем Пацевым, заместителем директора Республиканского научно-практического центра «Кардиология».

частично уже создана. Реабилитационная терапия является неотъемлемой частью континуума помощи при инсульте, поскольку включает в себя различные научно обоснованные вмешательства, направленные на то, чтобы дать пациентам с инсультом возможность вернуться к независимой жизни на повседневном уровне.³⁹ Стратегии вторичной профилактики, направленные на то, чтобы избежать повторения инсульта и ОИМ, осуществляются лишь частично; **рецепты на жизнеспасающие препараты отовариваются бесплатно лишь в течение ограниченного периода времени** (6 месяцев после эпизода ОИМ или инсульта) или постоянно (возмещение 90% стоимости), если пациенту присвоена первая или вторая группа инвалидности после инсульта; мониторинг и контроль изменяемых факторов риска, включая употребление табака и алкоголя, осуществляется на уровне служб первичной медико-санитарной помощи. Для пациентов с тяжелыми неврологическими нарушениями доступны услуги помощи на дому и направления в патронатные учреждения.

Догоспитальный этап

Ранняя диагностика инсульта очень важна для обеспечения доступа к наилучшим вариантам лечения, что, в свою очередь, позволяет выиграть годы здоровой жизни и способствует снижению как долгосрочной инвалидности пациентов, так и экономического воздействия на общество. Догоспитальная помощь при инсульте ориентирована на оказание скорой медицинской помощи, а также проведение информационных кампаний, разъясняющих населению, как распознать инсульт и реагировать при появлении симптомов инсульта. Первичная профилактика инсульта осложняется отсутствием системы возмещения пациенту расходов на приобретение гипотензивных препаратов, препаратов, снижающих уровень холестерина, антикоагулянтов (при фибрилляции предсердий) и на никотин-заместительную терапию у пациентов с высоким риском инсульта. (Лишь те, в чьем анамнезе имеется эпизод инсульта, получают бесплатные лекарства в течение 6 месяцев, и те, кому присвоена первая или вторая группа инвалидности, имеют право на возмещение 90% расходов на купленные по рецепту лекарственные препараты).

В Беларуси **существует общенациональная система неотложной помощи, центром которой является служба скорой помощи**, также оказывающая первичную медико-санитарную помощь в неурочное время. Следовательно, охват осуществляется 24 часа в сутки, 365 дней в году. В 2011 г. служба скорой помощи включала 24 станции, 29 подстанций, 117 отделений и 90 пунктов скорой помощи, расположенных по всей стране.⁴⁰ Станции скорой помощи обычно расположены в зданиях, стоящих отдельно от больниц, в крупных городах или связаны с больницами или поликлиниками в менее крупных районных центрах. **Доступны специализированные основанные на фактических данных протоколы для ОИМ и инсульта.** Доступность специализированных бригад скорой помощи (кардиологических, травматологических или неврологических, включая инсультные) выше в городских районах, особенно в Минске, чем в сельских районах.

При подозрении на инсульт на территории Минской области, пациенты направляются в одну из пяти местных больниц, предоставляющих возможность фибринолитической терапии. В соответствии с протоколом оказания неотложной помощи, перед тем, как направить бригаду, диспетчер должен запросить конкретную информацию о том, имеются ли у пациента симптомы инсульта или ОИМ. Кроме того, бригаде скорой помощи следует проинформировать госпитализирующий стационар о том, что будет доставлен пациент с подозрением на инсульт/ОИМ. Специализирующаяся на ОИМ/неотложных состояниях бригада скорой помощи может осуществить теле-ЭКГ и раннее лечение, включая реперфузионную терапию с использованием тромболитических препаратов и/или транспортировку пациента для проведения ЧКВ в оптимальные сроки. Лечебные учреждения амбулаторного типа наделены полномочиями и соответствующим образом оборудованы для оказания первого этапа помощи при ОКС (на случай явки пациента в остром состоянии), и имеют дежурные бригады неотложной помощи для оказания ранней и эффективной помощи.

Существующая общенациональная сеть для оказания помощи при ОКС включает 852 бригады скорой помощи (170 передвижных отделений интенсивной терапии [ОИТов], причём 99 из них с врачом на борту), работающую систему передачи ЭКГ, 63 стационара (19 из которых обеспечивают возможность ЧКВ, и 14 – работают круглосуточно); в 8 больницах имеются кардиохирургические отделения. **Догоспитальный тромболитизис как первая реперфузионная стратегия для пациентов с ИМпST доступен во всех областях Беларуси.** Также широко доступны и другие догоспитальные вмешательства, необходимые для неотложной помощи пациентам с ОКС – дефибрилляция, базовая реанимация, облегчение боли, введение нагрузочных доз антиагрегантов и гепарина. Экстренная помощь при ОКС на догоспитальном этапе подробно разъясняется в утверждённом Минздравом «Клиническом протоколе диагностики и лечения ИМ и нестабильной стенокардии», включая ответственность медицинских

работников, необходимые диагностические процедуры, медицинское лечение с рекомендованным дозированием лекарственных препаратов и порядок госпитализации или транспортировки пациентов с ОКС в стационар.

Сердечно-сосудистые события являются наиболее распространённой причиной вызова скорой помощи в Беларуси (32,6% звонков). Тем не менее, общее количество вызовов скорой помощи слишком велико (более 300 визитов скорой помощи на 1000 жителей в год, т.е. **каждый третий житель страны вызывает скорую помощь не реже одного раза в год** при очень низком уровне госпитализации по прибытии машины скорой помощи). Значительная часть вызовов скорой помощи связана с «повышенным артериальным давлением», но этого можно избежать, если у пациентов будет свободный и непрерывный доступ к гипотензивным препаратам. **Таким образом, основной проблемой организации догоспитальной помощи является относительный дефицит медицинского персонала:** в 2013 г. должности 33,6% врачей и 16,4% фельдшеров были вакантными.⁴¹ Число врачей, занятых оказанием неотложной помощи, обратно пропорционально связано со смертностью от ИБС среди населения Беларуси.⁴²

С помощью различных средств коммуникации проводятся кампании по повышению информированности о ССЗ, но их эффективность не оценивается (Рис. 8). Кампании по повышению осведомлённости о НИЗ организуются национальными и региональными властями на различных уровнях и с помощью различных средств коммуникации:

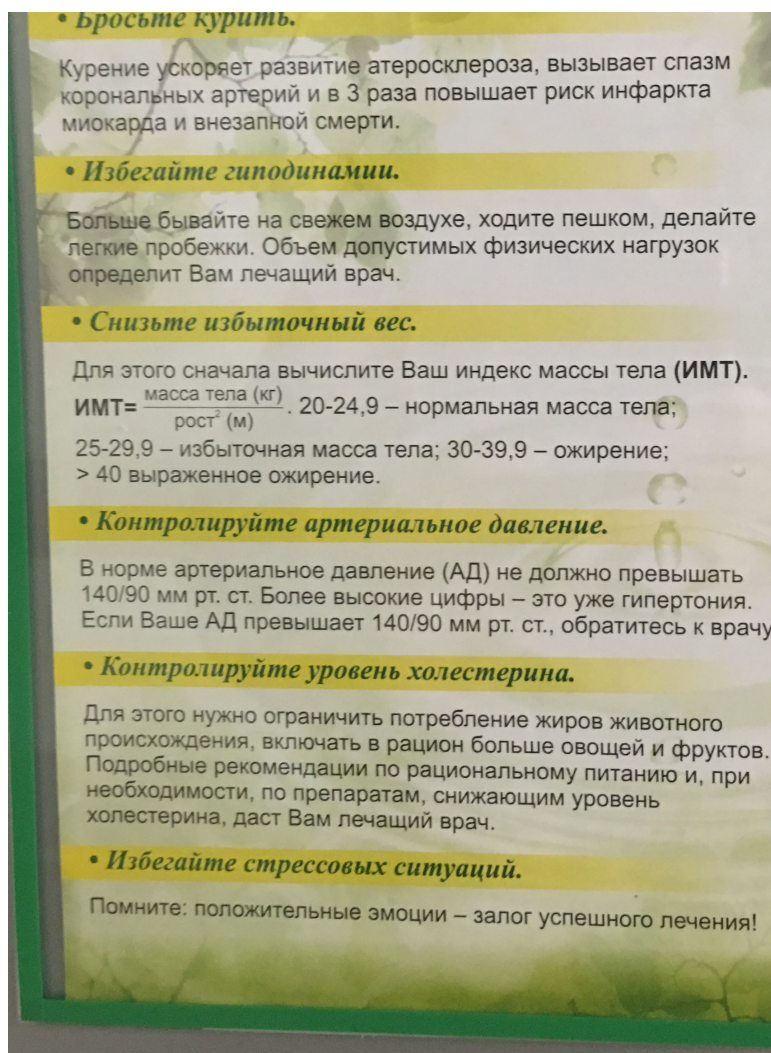
- национальных и региональных телепрограмм
- региональных и местных радио-кампаний
- веб-кампаний (информация доступна на сайтах лечебных учреждений)
- буклетов, журналов
- кампаний скрининга, проводимых в людных местах (например, измерение артериального давления в супермаркетах в День профилактики инсульта)
- дней профилактики инсульта.

Мониторинг этих компаний осуществляется подкомиссиями. Подкомиссия №3 по неврологии и нейрохирургии отвечает за мониторинг и отчётность о типах и количествах инициатив/кампаний, которые затрагивают вопросы здоровья, связанные с инсультом и ОИМ, и в более общем плане – профилактику, диагностику и лечение НИЗ (например, вопросы правильного питания, измерения артериального давления и т.д.). Тем не менее, **неясно, координируются ли просветительские кампании и распространение контента и измеряются ли изменения в отношении населения к этим проблемам в целях оценки их эффективности.** Информированность населения и работников здравоохранения о связи между высокой распространённостью курения и злоупотребления алкоголем среди мужчин с числом случаев ОИМ и инсульта все ещё недостаточна. Первичная профилактика ССЗ осложняется отсутствием системы возмещения пациенту расходов на приобретение гипотензивных препаратов, препаратов, снижающих уровень холестерина, антикоагулянтов (при фибрилляции предсердий) и на никотин-заместительную терапию у пациентов с высоким риском ССЗ. В стране существует сеть экстренной медицинской помощи, ориентированная на скорую помощь, а также доступны специализированные научно обоснованные протоколы применительно к ОКС и инсульту.

Стационарное лечение

Беларусь сохранила государственную систему здравоохранения Семашко, которая организована на территориальной основе и имеет иерархическую структуру. Система здравоохранения ориентирована на оказание высокоспециализированной третичной помощи и стационарной помощи.⁴³ в 2003-2012 гг. ⁴⁴ Беларусь имела 37,6 врачей на 10 000 населения (39,4 в 2013 г.), и 8,9 больничных коек на 1000 человек в 2013 г. Районные больницы оказывают услуги общей вторичной медицинской помощи, областные больницы берут на себя более сложные случаи и предлагают более широкий спектр помощи. В то же время, каждый район и каждая область располагают поликлиниками, оказывающими специализированную помощь пациентам на местах. В последние годы наблюдается значительный рост внедрения высокотехнологичных услуг в системе здравоохранения, что стало результатом определённой политики (Рис.9). Большинство из этих высокотехнологичных процедур проводятся в узкоспециализированных республиканских центрах, где мы встречались с лидерами здравоохранения и оценили новые технологии, инфраструктуру и решения из области информационных технологий (ИТ), используемые на благо пациентов с инсультом и ОИМ. В некоторых областных больницах также имеются высокотехнологичные центры.

Рис. 8. Просветительная кампания, проводимая Министерством здравоохранения в отношении осведомленности о заболеваниях коронарных артерий и борьбе с факторами риска



Стандарт помощи при инсульте, а также технологии и инфраструктура для оказания помощи при ОКС соотносятся с требованиями стран ЕС-15. Однако такая помощь не является равно доступной по всей стране; лечебные учреждения с возможностями диагностической нейровизуализации в среднем располагаются на расстоянии 70 км одно от другого; в стране имеется лишь 80 центров, осуществляющих КТ, причём 18 расположены в республиканских/областных больницах, где имеется инсультный центр или неврологическое отделение. Соответственно, не все пациенты с ишемическим инсультом могут рассчитывать на необходимую им своевременную оценку состояния.

В Минске имеется 6 инсультных центров, 2 из которых расположены в Больнице скорой помощи г. Минска,⁴⁵ оснащённой высокотехнологичным оборудованием для диагностики, лечения и ведения инсульта и ОИМ. Доступно 150 инсультных коек, 12 коек для интенсивной терапии в особо тяжёлых случаях, а также многопрофильные инсультные бригады. Внедрены программы ранней реабилитации и вторичной профилактики, а стандарт стационарной помощи сопоставим со стандартами стран ЕС-15.

Рис. 9. МРТ-аппарат 3.0 Tesla в РНПЦ «Кардиология», Беларусь



Шкалы клинической и функциональной оценки используются не в полную силу. Шкалы клинической оценки, такие как шкала инсульта Национального института здоровья США (NIHSS) используются только в случае применения тромболитика, а не в повседневной клинической практике. Международные показатели исхода, такие как индекс Бартела или модифицированная шкала Рэнкина в настоящее время не приняты. Модифицированная шкала Рэнкина принята в Гродненском регистре. Хотя лечащим инсульт врачам известно и о ней, и о других шкалах инсульта, в настоящее время эти инструменты используются недостаточно. Средняя продолжительность пребывания пациента с инсультом в стационаре составляет 10–15 дней, и эта норма соблюдается в инсультных центрах по всей стране. Платные услуги доступны как белорусским, так и иностранным гражданам,⁴⁵ и полный преискуртант доступен на сайте больницы. Информация на веб-сайте больницы, а также внутрибольничные указатели представлены на английском и русском языках.

Показатели тромболитика применительно к пациентам с острым ишемическим инсультом отстают от средних показателей ЕС-15. Системный тромболитик был впервые внедрён и стал доступным в Беларуси в 2006 г., и с тех пор число пациентов, получающих этот вид лечения, с каждым годом увеличивается. В настоящее время тромболитик проводится только 6% пациентов с ишемическим инсультом. Тем не менее, этот показатель лечения существенно отстаёт от среднего показателя по ЕС-15, составляющего 20%. За первые 2 месяца 2016 г. общее число проведенных в Беларуси тромболитических процедур составило 14.

Тромболитик является ведущей реперфузионной стратегией для пациентов с ОКС. Доступ к первичному ЧКВ осложняется за счет задержек при транспортировке пациентов с ИМпСТ. По всей стране имеются лечебные учреждения, оборудованные для проведения коронарных вмешательств при ОКС. В 2015 г. 19 центров с лабораториями катетеризации выполнили 732 ЧКВ у пациентов с ОКС на 1 млн населения, но задержки при

транспортировке пациентов с ИМпСТ значительны, и основной стратегией реперфузии остаётся тромболизис (41%). Только 29% пациентов с ИМпСТ были направлены на первичное ЧКВ в 2015 г. Это ниже целевых показателей для помощи при ИМпСТ и не соответствует действующему европейскому стандарту, установленному в рамках инициативы «Стент ради жизни», который требует 60%-го охвата пациентов с ИМпСТ первичным ЧКВ и проведение более 600 первичных вмешательств при ИМпСТ на 1 млн населения в год.⁴⁶ С начала осуществления программы «Кардиология» в 2011 г. доля всех ЧКВ, которые были плановыми (для пациентов со стабильной ИБС), и неотложных ЧКВ (для пациентов с ОКС) сместилась и составила 38,1% для плановых и 61,9% для неотложных ЧКВ в 2015 г. Тем не менее, в ряде областей Беларуси доля неотложных ЧКВ среди общего числа ЧКВ остаётся низкой, и большинство регионов чаще выполняют ЧКВ в случае хронической стабильной ИБС. В целом наблюдается некоторая децентрализация услуг. Возрастает доля процедур в регионах: с 56,6% в 2010 г. до 84,2% в 2015 г.

В 2015 г. лучевой доступ при ЧКВ использовался лишь в 15% случаев. Использование лучевого доступа вместо феморального приводит к значительному снижению кровопотери и увеличению выживаемости пациентов. В рамках стандарта ЕС-15 лучевой доступ используется в более чем 80% вмешательств.

Таким образом, план развития региональной сети, представленный в «Дорожной карте медицинского обслуживания пациентов с ОКС на всех уровнях оказания медицинской помощи», одобренной Минздравом, улучшит лечение, главным образом, пациентов с ИМпСТ. Этот план был направлен на разработку системы маршрутизации и открытие новых центров в регионах с более низкой доступностью первичного ЧКВ.

Вторичная профилактика

Доступ к надлежащему лечению в целях вторичной профилактики сердечно-сосудистых событий ограничен по времени и вариантам лекарственных средств. После выписки пациенты с инсультом направляются обратно в поликлинику, где лекарства, включая даже жизненно важные препараты (гипотензивные препараты, препараты, снижающие уровень холестерина, антикоагулянты) предоставляются бесплатно лишь в течение 6 месяцев после сердечно-сосудистого события (см. Вставку 1). Пациенты с высшей категорией инвалидности, т.е. с инвалидностью первой или второй группы (прикованные к постели или не способные работать, соответственно) могут и далее получать рецепты на жизненно важные препараты с 90%-ым возмещением их стоимости; некоторые другие категории пациентов с инвалидностью могут получать некоторые лекарства по рецепту бесплатно. Список бесплатных лекарств регулярно утверждается Минздравом. Большинство лекарств в настоящее время продаются в аптеках по рецепту врача; фармацевты настаивают на обеспечении белорусскими препаратами.

Вставка 1: Клинический случай

В одной из кардиологических палат мы познакомились с женщиной в возрасте 59 лет, восстанавливавшейся после процедуры. В поликлинике у неё диагностировали артериальную гипертензию и гиперхолестеринемия. Ей выписали пять препаратов. Она могла позволить себе покупку лишь трёх из назначенных лекарств, и сама выбрала, что принимать. Ежемесячная стоимость пяти лекарств составила бы порядка 10% среднемесячной зарплаты учителя, если речь идёт о приёме дженериков, и до 25% среднемесячной зарплаты, если иметь в виду патентованные лекарства.

Она была госпитализирована с ИМ. При госпитализации был выявлен также высокий уровень сахара в крови. Изначально был выполнен тромболизис, затем в затем в рентгенооперационной было выполнено ЧКВ с имплантацией трёх стентов.

При выписке больная получит бесплатные лекарства только на 6 месяцев. Проблема не только в том, что этой госпитализации и дорогостоящего набора вмешательств можно было избежать, но и в том, что без адекватной вторичной профилактики, больная подвергается риску рецидива и новой госпитализации.

Диспансерное наблюдение по неврологическому профилю организовано на базе поликлиник, где вся информация о пациенте фиксируется в электронной медицинской карте, но бумажная версия также доступна. Период диспансерного наблюдения продолжается от 6 до 12 месяцев, и в течение этого периода **пациент может при необходимости получать бесплатные услуги реабилитации**. В Беларуси порядка 1200 неврологов, и в

каждой поликлинике имеется 2-3 невролога, работающие с амбулаторными пациентами, включая диспансерное наблюдение за пациентами, перенёвшими инсульт.

После выписки пациенты, перенёвшие ОИМ, наблюдаются в специализированных амбулаторных кардиологических центрах. Такие центры (диспансеры) доступны в каждом из областных центров. В Минске такие районные кардиологические центры были созданы в 2006 г. на базе поликлиник. В настоящее время существует девять кардиологических центров (один из них находится в поликлинике № 32 г. Минска), где пациенты с ОИМ наблюдаются в течение двух лет после события. В регионах диспансерное наблюдение на районном уровне организовано кардиологами центральных районных поликлиник. Сеть государственных амбулаторных клиник облегчает процесс амбулаторной реабилитации, диспансерного наблюдения и контролируемых вмешательств для вторичной профилактики у пациентов, перенёвших ОКС. Подобных учреждений для пациентов с инсультом не имеется, и они вряд ли появятся в ближайшем будущем.

Охват пациентов, перенёвших ОКС, двойной антитромбоцитарной терапией составляет 99% на момент выписки из больницы, но новые и мощные антиагрегантные препараты, такие как прасугрел и тикагрелор, рекомендованные международными руководствами в качестве первой линии терапии, в Беларуси отсутствуют. Новые пероральные антикоагулянты для первичной и вторичной профилактики инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий доступны только при условии оплаты пациентами.

Реабилитация

Реабилитацией охвачено 60% пациентов экономически продуктивного возраста, страдающих от последствий НИЗ. В последние годы Минздрав активно развивает реабилитационные услуги, создавая реабилитационные центры, в которые можно направить пациентов для прохождения курса реабилитации после перенесённых заболеваний. В Беларуси использование больничных коек для социальной и долгосрочной медицинской помощи приобрело официальный статус, и многие сельские больницы теперь превращены в больницы, осуществляющие сестринский уход. Существует 317 отделений медицинской реабилитации:

- 49 из них – стационарные отделения в больницах (45 для взрослых, 4 для детей);
- 36 – стационарные отделения в медицинских реабилитационных центрах (32 для детей и 4 для взрослых)
- 232 – амбулаторные отделения/клиники (187 для взрослых и 45 для детей) в поликлиниках или при сельских службах первичной медико-санитарной помощи.

Всего в стране 4500 больничных коек, предназначенных для реабилитации, из них 2500 коек для взрослых и 2000 для детей.

Ведущим научно-исследовательским институтом в Беларуси, изучающим вопросы реабилитации, является Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации.

Реабилитация пациентов, перенёвших инсульт, проводится в палатах, предназначенных для реабилитации пациентов с неврологическими нарушениями.⁴⁷

По состоянию на 31 декабря 2015 года, в Республике Беларусь было 1111 больничных коек, предназначенных для реабилитации пациентов с неврологическими нарушениями. Длительность медицинской реабилитации пациентов после инсульта составляет 28 дней, а после ОИМ – от 16 до 18 дней. Для посттравматических состояний или ортопедической хирургии реабилитационный цикл может составлять 21–24 дня.⁴⁷

Для того, чтобы измерить медицинские и социальные последствия инсульта и его влияние на повседневную жизнь, оценить клиническое улучшение и степень адаптации в социальной и повседневной жизни, следует использовать следующие шкалы: индекс Бартела, шкалу функциональной независимости (FIM) и шкалу Рэнкина. Но **применение международных шкал или показателей для реабилитации серьёзно отстаёт от Европейских стандартов**, а врачи принимают их неохотно. Лечение, предоставляемое пациентам с инсультом, основано на фактических данных и включает применение логопедии, когнитивной терапии, трудотерапии и физиотерапии; кроме того, в некоторых центрах имеются современные технологии реабилитации с применением робототехники.

По состоянию на 31 декабря 2015 г., общее число пациентов, прошедших медицинскую реабилитацию после инсульта в отделениях медицинской реабилитации для пациентов, перенёсших инсульт, составило 11 057 человек.

В соответствии с Приложением 8 Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 гг., должен быть увеличен охват реабилитацией пациентов экономически продуктивного возраста после ОИМ, острого цереброваскулярного события, других типов НИЗ и послеоперационных вмешательств при злокачественных, нейрохирургических и травматологических заболеваниях, и к 2020 г. он должен достигнуть 80% (в 2015–2016 гг. – 60 %).

В рамках этой миссии мы посетили Республиканскую клиническую больницу медицинской реабилитации в Аксаковщине.⁴⁸ Этот ведущий реабилитационный центр предлагает широкий спектр стационарных реабилитационных услуг, большинство которых основано на фактических данных. Центр предлагает комплексный многопрофильный подход к пациентам с инсультом, которые переведены сюда после острых событий из больниц Минской области. Полный спектр диагностических услуг доступен стационарным пациентам, а также пациентам, направляемым государственными службами. Доступно как стационарное, так и диагностическое обслуживание, а также платные услуги. Прейскурант и полную информацию можно легко получить на сайте Аксаковщины (на русском языке).

В Республике Беларусь услуги медицинской реабилитации предоставляются в стационарных и амбулаторных отделениях на районном, городском, областном и национальном уровнях. В 2012 г. в 48 стационарных отделениях, занимающихся кардиологической и кардиохирургической реабилитацией взрослых, было 590 коек, а также имелось 193 амбулаторных отделения для реабилитации взрослых.⁴⁹

Выводы

Рамки и цель настоящего исследования преждевременной смертности в Беларуси ограничивались обзором организации неотложной помощи и реабилитации при остром коронарном синдроме (ОКС) и инсульте. Ниже представлены выводы и рекомендации.

Выявлено много сильных сторон. **Системы здравоохранения находятся на переходном этапе, но уже достигнут значительный прогресс, и дан необходимый импульс развитию.** Были приняты все рекомендуемые в настоящее время компоненты цикла оказания помощи при ССЗ, хотя они находятся на разных этапах разработки и внедрения. Были осуществлены программы мониторинга факторов риска, включая употребление табака и алкоголя, и были инициированы кампании, в которых основное внимание уделяется преимуществам здорового питания и физической активности. Службы медицинской помощи легко доступны (например, удобное время работы поликлиник, наличие врачей и медсестёр, средств диагностики).

Инвестиции в инфраструктуру и кадровые ресурсы ведут к созданию критической массы. В некоторых областях руководители здравоохранения являются искренне заинтересованными людьми, имеющими хорошую профессиональную подготовку, а стандарты оказания помощи соответствуют уровню стандартов в странах ЕС-15. Начиная с 2000 г., Беларусь инвестирует средства в инфраструктуру и кадровые ресурсы для борьбы с такими острыми состояниями, как инсульт. Достигнут значительный прогресс, особенно в области неотложной помощи, приведший к частичному улучшению исхода у пациентов с инсультом. В рамках программы «Кардиология» на 2011–15 гг. внедрены новые технологии, инфраструктура и ИТ-решения, которые сделали догоспитальный тромболизис доступным во всех областях, а отделения, осуществляющие ЧКВ, работают круглосуточно. Тем не менее, доступность этих услуг в сельских районах, по сравнению с городскими, недостаточна, что отражено в эпидемиологических данных. Региональные сети нуждаются в дальнейшем развитии, а охват эффективной медицинской помощью в областях следует расширять.

Тем не менее, **существуют барьеры, связанные с контролем рисков сердечно-сосудистых/цереброваскулярных заболеваний и оказанием медико-санитарной помощи, основанной на фактических данных, которые необходимо преодолеть. Есть риск, что могут нивелироваться достижения в сфере оказания неотложной**

помощи. Выявлено, что особенно слабым местом является широкое распространение вредного для здоровья поведения и контроль за факторами риска. На различных уровнях были предприняты действия, направленные на сокращение влияния на население сердечно-сосудистых факторов риска. Эти действия предполагали борьбу против табака, проведение кампаний за здоровый образ жизни, выявление случаев артериальной гипертензии и сахарного диабета. Хотя в Беларуси наблюдается некоторый прогресс в области борьбы с алкоголем, она все ещё остаётся в числе стран с самым высоким уровнем употребления алкоголя на душу населения в Европе. Во вмешательствах, направленных на улучшение здоровья населения и уменьшение бремени инсульта, употребление алкоголя оказывается в роли *тихого незваного гостя*. Например, в исследовании Гродно,¹³ он даже не входил в число факторов риска, рассматриваемых в качестве причин первого инсульта. Ясно, что систематические вмешательства, направленные на снижение преждевременной смертности и инвалидности среди мужского населения трудоспособного возраста, должны быть нацелены на борьбу с употреблением алкоголя как с точки зрения основных вмешательств популяционного уровня (таких как повышение налогов и ограниченный доступ к розничным алкогольным напиткам, запреты на рекламу алкоголя), так и отдельных служб. Более того, эффективные меры борьбы против табака, такие как дальнейшее повышение налогов и введение запрета на курение в общественных местах, могут помочь снизить число острых коронарных событий.⁵⁰

Необходимо обновить некоторые клинические руководства и лекарственные формуляры, а также расширить доступность жизненно важных лекарственных средств. Доступ к медицинским услугам для разных пациентов неодинаков, как в отношении первичной медико-санитарной помощи, так и применительно к помощи в условиях стационара; однако, пациенты, которым уже однажды был поставлен диагноз, даже те, кто имеет высокие сердечно-сосудистые риски, могут не иметь полного доступа к соответствующему лечению для профилактики сердечно-сосудистых событий. Отсутствие системы (полной или частичной) компенсации расходов на гипотензивные препараты, препараты, понижающие уровень холестерина, антикоагулянты и заместительную никотиновую терапию является ещё одним серьёзным препятствием для первичной профилактики ОИМ и инсульта, что приводит к более высокой распространённости ОИМ и инсульта, и увеличению расходов на уровне специализированной помощи. В случае, если произошёл острый инсульт и/или ОИМ, лекарства для вторичной профилактики предоставляются бесплатно лишь в течение 6 месяцев, а доступ к новым препаратам, таким как более современные оральные антикоагулянты и антиагреганты, ограничен. Пациенты с тяжёлыми формами инвалидности имеют право на получение 90% субсидии на рецептурные лекарства; лица без инвалидности или с незначительными неврологическими расстройствами имеют ограниченный доступ к бесплатному лечению в целях вторичной профилактики. Пациенты с сосудистыми факторами риска не всегда могут позволить себе адекватную терапию, таким образом, увеличивая для себя цереброваскулярный риск. Кроме того, долгосрочная лекарственная терапия для пациентов с хроническими заболеваниями остаётся очень дорогостоящей и, поэтому, недоступной для большинства населения.

Необходимо оценивать и улучшать своевременность и целесообразность медицинской помощи. В странах, где были созданы национальные госпитальные регистры для контроля качества помощи при инсульте или ОКС, анализ и отчётность по итогам сбора данных привели к повышению качества помощи, улучшению исходов и совершенствованию политики здравоохранения. Например, мониторинг эффективности медицинской помощи при инсульте привёл к улучшению её качества.⁵¹ В Беларуси существует ограниченная общенациональная система мониторинга и отчетности о качестве медицинской помощи при инсульте и имеется потенциал для мониторинга и обеспечения качества. В противном случае, это может негативно повлиять на стратегическое планирование, направленное на оказание эффективной и действенной помощи при инсульте на различных уровнях, например, на координацию между медицинскими учреждениями, своевременный доступ к качественным лекарственным средствам и медицинской помощи, управление системой здравоохранения и создание эффективных моделей предоставления услуг. Нынешний метод оценки качества медицинской помощи при ОКС носит формальный характер, он не основан на рейтинге и не является конкурентоспособным, и, следовательно, не способствует улучшению системы медицинского обслуживания. Исходя из этого, мы предлагаем систему оценки качества медицинской помощи при инсульте и ОКС в качестве неотъемлемой части процесса улучшения качества. Такая система обеспечит глубокое понимание эффективности различных компонентов медицинской помощи, измерений и отчётности по качеству медицинской помощи в отдельных областях, облегчит выявление передовой практики и её внедрение на национальном уровне, и поможет объяснить различия в исходах при оказании медицинской помощи. Более ориентированный на пациента подход, а также оптимальное использование ресурсов могут быть достигнуты за счёт широкого применения клинических оценочных шкал, позволяющих персонализировать медицинскую помощь, а также более эффективно и целенаправленно использовать ресурсы.

Очевидно, что организации в Беларуси заинтересованы в привлечении зарубежных пациентов, студентов и иностранных инвестиций в медицинскую сферу. **Участие в международных регистрах может дать Беларуси возможность сопоставительной оценки результатов, достигнутых в отношении помощи при инсульте и ОКС,** привлечь инвестиции в клинические испытания и научные исследования, а также иностранных студентов-медиков и пациентов (например, для реабилитации после инсульта). В приложении приводится перечень общих показателей, используемых для оценки эффективности медицинской помощи при остром инсульте и ОКС, который может способствовать проведению значимой региональной, национальной и международной сопоставительной оценки качества медицинской помощи.

Гражданское общество должно быть наделено полномочиями для участия в профилактике ССЗ и внедрении в систему здравоохранения доказательной медицины. В Беларуси имеются профессиональные организации; тем не менее, их экспертные знания могли бы использоваться более действенно, например, за счёт участия ключевых лидеров общественного мнения в информационно-пропагандистских кампаниях, разработке и распространении национальных руководств, визитах в сельские больницы и амбулаторные клиники для ведения просветительской работы. Имеется ограниченный опыт создания ассоциаций пациентов, занимающихся проблемами, связанными с инсультами или ССЗ. Зачастую они поддерживаются и управляются работниками здравоохранения, а не пациентами или лицами, осуществляющими уход за пациентами.

В то время как дорожная карта развития кардиологической службы уже имеется, в будущем **необходима разработка комплексной, интегрированной, контролируемой дорожной карты в отношении помощи при инсульте.** Стратегии лечения и профилактики инсульта являются фрагментированными, они не интегрированы и не контролируются. Компоненты клинических протоколов диагностики и лечения инсульта не являются сбалансированными. Значительные инвестиции в оказание помощи в острой фазе, сделанные до настоящего времени, могут быть нивелированы барьерами, которые препятствуют борьбе с факторами риска развития цереброваскулярных заболеваний на разных уровнях.

Приложение 1: Программа миссии

26.09.2016 Понедельник

Время	Мероприятия	Место проведения
11.00 – 19.00	Прибытие в аэропорт, трансфер до гостиницы «Минск»	
15.00 – 17.00	Совещание со специалистами в области кардиологии и неврологии Jill Farrington, Francesca Pezzella, Алексей Яковлев, Оксана Ротарь	Страновой офис ВОЗ, ул. Фабрициуса, 28, каб. 401
17.00 – 19.00	Совещание международных экспертов в страновом офисе ВОЗ. Все международные эксперты	Страновой офис ВОЗ, ул. Фабрициуса, 28, каб. 401

27.09.2016 Вторник

Время	Мероприятия	Место проведения
9.30 – 11.00	Совещание в Министерстве здравоохранения, представление участников миссии, разъяснение программы миссии Участники: все международные эксперты	Минск, ул.Мясникова, 39
11.00 – 13.00	Работа с экспертами отдела анализа, планирования и финансирования Управления экономического анализа и развития здравоохранения, Министерство здравоохранения Участники: Оксана Ротарь, эксперты Министерства здравоохранения	Минск, ул.Мясникова, 39
11.00 – 13.00	Посещение городской поликлиники № 39 г. Минска (профилактика инфарктов миокарда и инсультов) Участники: Jill Farrington, Francesca Pezzella, Алексей Яковлев, эксперты Министерства здравоохранения	Минск, поликлиника № 39
14.00 – 17.00	Посещение Центра медицинских технологий, отдела медицинской статистики и мониторинга здоровья населения Участники: Оксана Ротарь, эксперты Министерства здравоохранения	Ул. П.Бровки, 7а
14.00 – 17.00	Посещение кардиологического центра Участники: Jill Farrington, Francesca Pezzella, Алексей Яковлев, эксперты Министерства здравоохранения	Республиканский научно-практический центр «Кардиология»

28.09.2016 Среда

Время	Мероприятия	Место проведения
10.00 – 13.00	Посещение Национального статистического комитета Участники: Оксана Ротарь, эксперты Министерства здравоохранения, Национального статистического комитета	Национальный статистический комитет
10.00 – 13.00	Посещение Республиканского центра неврологи Участники: Jill Farrington, Francesca Pezzella, Batyr Berdklychev, позже присоединятся: Оксана Ротарь, Валентин Русович, эксперты Министерства здравоохранения	Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии
14.00 – 17.00	Посещение Центра реабилитации (после инфарктов миокарда и инсультов) Участники: Jill Farrington, Francesca Pezzella, Валентин Русович, эксперты Министерства здравоохранения	Медицинский центр реабилитации Аксаковщина, Минская область

29.09.2015 Четверг

Время	Мероприятия	Место проведения
09:30 – 13:00	Посещение межрайонной больницы г. Солигорска Участники: Jill Farrington, Francesca Romana Pezzella, Batyr Berdklychev, Валентин Русович	Солигорск
15:00 – 17:30	Посещение больницы скорой медицинской помощи г. Минска Участники: Jill Farrington, Francesca Romana Pezzella, Batyr Berdklychev, Валентин Русович	Минск

30.09.2015 Пятница

Время	Мероприятия	Место проведения
9.30 – 11.30	Подведение итогов экспертами в Министерстве здравоохранения Республики Беларусь: Участники: все международные эксперты	Минск, ул. Мясникова, 39, тел. (017)222-65-98
12.00 – 13.00	Встреча с агентствами в системе ООН Участники: все международные эксперты	Минск, ул. Кирова, 7
13:00 – 15:00	Отъезд в аэропорт – в разное время	

Приложение 2: Контрольный перечень показателей эффективности медицинской помощи при инсульте

Применительно к приводимым ниже показателям не было получено числовых значений ни в ходе, ни по окончании миссии. Как упоминалось выше, недоступны обобщённые данные в отношении результатов работы врачей/инсультных бригад/палат/отделений/больниц, или в отношении исходов лечения (на основе аудита карт, анализа использования, анализа данных о пациентах и т.д.), за которыми бы следовала обратная связь с клиницистами, включая информацию о результатах их работы или данных о пациентах применительно к инульту. Тем не менее, другие показатели мониторируются и докладываются:

- общее число пациентов, получивших тромболизис за отчётный период времени в каждой из областей
 - вид тромболизиса
- случаи внутрибольничной смерти от инсульта среди работающего населения, анализируемые Подкомиссией в каждой из областей
 - точное следование протоколу (%)
 - выявленные возможные ошибки.

Очевидно, что в Беларуси существует большой интерес к улучшению общего качества помощи при инсульте; своевременность оказания помощи, по-видимому, не измеряется; осуществление политик, протоколов, руководств и стратегий не оценивается с точки зрения эффективности в снижении заболеваемости и последствий инсульта; смертность является наиболее часто используемым показателем результатов.

Несмотря на то, что среди стран ЕС-15 существуют большие различия в мониторинге помощи при инсульте, и ещё не достигнут общеевропейский консенсус в отношении показателей качества помощи при остром инсульте или методологии сбора информации, меры своевременности, шкалы измерения инвалидности и тяжести инсульта, а также иные меры оценки качества стандартизованы.

Оценка качества применительно к своевременности вмешательств при ОКС также отсутствует (см. приводимые ниже таблицы), указывая на то, что помимо уместности медицинской помощи, следует поощрять разработку и осуществление зависящих от времени мер обеспечения качества в учреждениях неотложной медицинской помощи.

Показатели эффективности неотложной медицинской помощи		Значение
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	

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 внутричерепное кровоизлияние, и не было противопоказаний к применению антиагрегантов
Индикаторы 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 подтверждённый парез и серьёзные 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 ишемическим 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 проведён 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
Показатели при выписке пациентов	
Место прибытия после выписки (%)	Доля перенёсших инсульт пациентов, выписанных: 1- домой; 2 – в реабилитационный центр; 3 – дом-интернат/учреждение длительного ухода; 4 - умерших
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 фибрилляцией предсердий	Доля пациентов с фибрилляцией предсердий, перенёвших 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, перенёвших 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	Значение
1	Население страны	9 489 616
2	Городское население	7 347 512
3	Сельское население	2 142 104
4	Административное деление	НП
5	Смертность от всех причин	12 0026
6	Уровень смертности от всех причин на 100 000 жителей	1264,8
7	Смертность от ССЗ	66 456
8	Уровень смертности от ССЗ на 100 000 жителей	700,3
9	Число зарегистрированных случаев ОКС	34 907
10	Число зарегистрированных случаев ОИМ	15 659
11	Число случаев смерти от ОКС (I20–I22)	1327
12	Число смертельных исходов ОКС в первые 24 часа с начала заболевания	7498
13	Число смертельных исходов ОКС в стационарах	803
14	Число аутопсий при смертельном исходе ОКС	НП
15	Число расхождений диагнозов по результатам аутопсии	НП
16	Число случаев смерти от ОИМ (I21–I22)	1327
17	Уровень смертности от ОИМ на 100 000 жителей	14,0
18	Число зарегистрированных случаев ОКС с подъёмом сегмента ST на ЭКГ	10 184
19	Число бригад скорой помощи	852
20	Число бригад скорой помощи, укомплектованных врачами	99
21	Число специализированных бригад скорой помощи (реанимационных/интенсивной терапии)	170
22	Наличие единого номера для вызова скорой помощи	“103”
23	Система маршрутизации пациентов с ОКС (политика, нормативные документы, диспетчеры)	Да
24	Доступность ЭКГ в догоспитальных условиях	Да
25	Возможность удаленной передачи ЭКГ	444
26	Доступность тромболизиса в догоспитальных условиях	Да
27	Доступность дефибрилляции в догоспитальных условиях	Да
28	Доступность антитромботической терапии в догоспитальных условиях	Да
29	Число случаев проведения тромболизиса в догоспитальных условиях в год	891
30	Число больниц, осуществляющих лечение ОКС	63

31	Число мониторируемых коек для ведения пациентов с ОКС	2024
32	Число врачей, оказывающих помощь при лечении ОКС	124
33	Число медсестёр, оказывающих помощь при лечении ОКС	НП
34	Число больниц, имеющих возможность проведения тромболитика, но не имеющих возможность проводить ЧКВ	НП
35	Число больниц с возможностью проведения ЧКВ на месте в рабочее время	19
36	Число больниц с возможностью круглосуточно проводить ЧКВ на месте	14
37	Число больниц с возможностью на месте проводить ЧКВ и хирургические вмешательства (операции аортокоронарного шунтирования [АКШ])	8
38	Число случаев проведения тромболитика в условиях стационара в год	3253
39	Число случаев проведения тромболитика + ЧКВ в год	8427
40	Число случаев проведения первичного ЧКВ	2137
41	Численность населения в районах, где доступно проведение первичного ЧКВ	НП
42	Число операций АКШ при ОКС в год	75
43	Частота использования стентов с лекарственным покрытием при проведении ЧКВ при ОКС	44% (из 6058)
44	Частота применения радиального доступа при проведении ЧКВ при ОКС	15%
45	Наличие национального регистра ОКС	Нет
46	Наличие областных регистров ОКС	Нет
47	Система оценки/мониторинга качества помощи, оказываемой при ОКС	Трёхуровневая система
48	Частота случаев осуществления контроля качества в год	100%
49	Временной период от появления симптомов до вызова скорой помощи	НП
50	Время доезда скорой помощи	15–30'
51	Время «от двери до иглы» для тромболитика	НП
52	Время «от двери до баллона» для первичного ЧКВ	НП
53	Применение двойной антиагрегантной терапии	99%
54	Применение парентеральных антикоагулянтов в острой фазе ОКС	НП
55	Использование ингибиторов АПФ	95%
56	Использование статинов	90%
57	Доступность программ реабилитации	НП
58	Наличие программы развития региональной сети для ведения пациентов с ОКС	Да
59	Наличие программ льготного обеспечения лекарствами	НП
60	Наличие программ информирования населения о симптомах ОИМ и о раннем начале лечения	НП

Бібліографія

- 1 Noncommunicable diseases country profiles 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2014/en/>, accessed 11 February 2017).
- 2 Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME): Belarus [website] (<http://www.healthdata.org/belarus>, accessed 11 February 2017).
- 3 Skarphedinsdottir M, Smith B, Ferrario A, Zues O, Ciobanu A, Țîrdea M et al. Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems: Belarus country assessment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/301181/Better-NCD-outcomes-challenges-opportunities-HSS-Belarus.pdf, accessed 11 February 2017).
- 4 Convention Secretariat. Needs assessment for implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in Belarus. September 2015 (http://www.who.int/fctc/implementation/needs/Belarus_needs_assessment_report.pdf?ua=1, accessed 11 February 2017).
- 5 European Health Information Gateway – country profiles: Belarus. In: WHO Health for all database (online database). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://gateway.euro.who.int/en/country-profiles/belarus/#h2020_target1, accessed 11 February 2017).
- 6 European Health Information Gateway: diseases of the circulatory system (online database). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (http://gateway.euro.who.int/en/visualizations/bar-charts/hfa_98-sdr-diseases-of-circulatory-system-0-64-per-100-000/#table, accessed 11 February 2017).
- 7 Information letter pertaining to the work of the task sub-commission #3 on neurology and neurosurgery within the State Program on Public Health and Demographic Security in the Republic of Belarus, 2016–2020. February 2016.
- 8 National Statistical Committee of the Republic of Belarus (Belstat). Demographic Yearbook of the Republic of Belarus, 2016 [Statistical Data Book]:329 (http://www.belstat.gov.by/en/ofitsialnaya-statistika/publications/statistical-publications-data-books-bulletins/public_compilation/index_5785/, accessed 11 February 2017).
- 9 Noncommunicable diseases (NCD) country profiles: Belarus. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://who.int/nmh/countries/blr_en.pdf?ua=1, accessed 11 February 2017).
- 10 UNDP (2016) Human Development Indicators: Belarus. In: United Nations Development Programme: Human Development Reports [website] (<http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/BLR>, accessed 11 February 2017).
- 11 Ministry of Health of the Republic of Belarus: statistics [website] (http://www.minzdrav.gov.by/en/static/stat_data, accessed 15 February 2017).
- 12 Kulesh SD, Filina NA, Frantava NM, Zhytko NL, Kastsinevich TM, Kliatskova LA et al. Incidence and case-fatality of stroke on the east border of the European union: the Grodno stroke study. *Stroke*. 2010;41(12):2726–30.
- 13 Kulesh SD, Kastsinevich TM, Kliatskova LA, Sauchanka ME, Filina NA, Shumskas MS et al. Long-term outcome after stroke in Belarus. *Stroke*. 2011;42(11):3274–6.
- 14 Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/, accessed 19 February 2017).
- 15 Shield KD, Rylett M, Rehm J. Public health successes and missed opportunities: trends in alcohol consumption and attributable mortality in the WHO European Region, 1990–2014. Copenhagen, Denmark: World Health Organization; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/319122/Public-health-successes-and-missed-opportunities-alcohol-mortality-19902014.pdf?ua=1, accessed 19 February 2017).

- 16 List of state programmes. Ministry of Health of the Republic of Belarus. (http://minzdrav.gov.by/en/static/programmes-of-ministry-of-heal/state_progr, accessed 11 February 2017).
- 17 Belorussian Scientific Society of Cardiologists. In: European Society of Cardiology [website] (<http://www.escardio.org/The-ESC/Member-National-Cardiac-Societies/Belorussian-Scientific-Society-of-Cardiologists>, accessed 11 February 2017).
- 18 National Guidelines. Diagnosis and treatment of acute coronary syndrome with ST-segment elevation and non-ST-segment elevation on the ECG. Minsk: The Ministry of Health of the Republic of Belarus Republican Scientific and Practical Center “Cardiology”. Belarussian Scientific Society of Cardiology; 2010 (<http://www.cardio.by/files/299/nroks.pdf>, accessed 17 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 Study Medicine in Belarus [website] (<http://www.studyinbelarus.ws/study-medicine-in-english>, accessed 11 February 2017).
- 21 Tuition and fees. Grodno State Medical University [website] (http://www.grsmu.by/en/admission/tuition_and_fees/, accessed 12 February 2017).
- 22 European Union of Medical Specialists (UEMS), Section of Neurology. Charter on training of medical specialists in the EU: Requirements on the Specialty of Neurology (http://www.uems-neuroboard.org/ebn//index.php?option=com_wrapper&Itemid=52, accessed 12 February 2017).
- 23 Medial education in the Republic of Belarus. Ministry of Health of the Republic of Belarus; 2011 (<http://minzdrav.gov.by/en/static/information-for-population/education>, accessed 12 February 2017).
- 24 European Union of Medical Specialists. Training requirements for the specialty of cardiology: European Standards of Postgraduate Medical Specialist Training. Brussels: UEMS: 2013 (UEMS 2013/24) (http://www.uems-cardio.eu/jart/prj3/uems/data/uploads/downloads/1_Home___About/UEMS-2013-24-SECTIONS-AND-BOARDS-Cardiology-European-Training-Requirements-2013-10-19.pdf, accessed 12 February 2017).
- 25 BELMAPO [website] (https://belmapo.by/assets/templates/files/perepodgotovka-povyshenie-kvalifikacii/con_plan2017.pdf, accessed 12 February 2017).
- 26 BELMAPO [website] (<http://de.belmapo.by/course/index.php?categoryid=4>, accessed 12 February 2017).
- 27 Efficacy and Safety of Actovegin in Post-stroke Cognitive Impairment (PSCI) (ARTEMIDA). Takeda; 2016 (<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT01582854?sect=X01256>, accessed 19 February 2017).
- 28 Clinical study Assessing SSR126517E Injections Once-weekly in Pulmonary Embolism therapeutic Approach (CASSIOPEA); 2010 (<http://www.anticoagulant-trials.eu/studies-a-z/detail/study/cassiopea.html>, accessed 12 February 2017).
- 29 EXTRACT-TIMI 25. TIMI Study Group (<http://www.timi.org/index.php?page=extract-timi-25>, accessed 12 February 2017).
- 30 SITS – Thrombolysis. In: SITS [website]. Sweden (<http://www.sitsinternational.org/registries/sits-thrombolysis>, accessed 12 February 2017).
- 31 Demographic Yearbook of the Republic of Belarus, 2016. National Statistical Committee; August 2016 (http://www.belstat.gov.by/en/ofitsialnaya-statistika/publications/statistical-publications-data-books-bulletins/public_compilation/index_5785/, accessed 12 February 2017).

- 32 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.
- 33 Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F et al.; Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology. 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.
- 34 Langhorne P, Fearon P, Ronning OM, Kaste M, Palomaki H, Vemmos K et al.; Stroke Unit Trialists' Collaboration. Stroke unit care benefits patients with intracerebral hemorrhage: systematic review and meta-analysis. *Stroke.* 2013;44(11):3044–9.
- 35 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.
- 36 Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(9):CD000197.
- 37 Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Dávalos A, Guidetti D et al., ECASS Investigators. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *N Engl J Med.* 2008;359:1317–29.
- 38 Powers WJ, Derdeyn CP, Biller J, Coffey CS, Hoh BL, Jauch EC et al., for the American Heart Association Stroke Council. 2015 AHA/ASA 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;46:3020–35.
- 39 Dobkin BH. Clinical practice. Rehabilitation after stroke. *N Engl J Med.* 2005;352(16):1677–84.
- 40 Richardson E, Malakhova I, Novik I, Famenka A. Belarus: health system review. *Health Systems in Transition.* 2013;15(5).
- 41 Novikova NP, Avramenko TV. Organization and principles of emergency care in Belarus Republic. In: *New technologies in emergency care. Abstract book of Conference. Moscow, Russia; 21–22 April 2016; p. 21.*
- 42 Kozlov ID, Grakovich AA, Shcharbina OF. Correlation between statistical indicators of population health, organization of medical care and mortality from ischemic heart disease. *Organization and Informatization in Healthcare* 2013;3:59–65 (http://rnpcomt.belcmt.by/index.php?option=com_content&view=article&id=47:2013-3&catid=7:jornal&Itemid=28).
- 43 International Bank for Reconstruction and Development, International Finance Corporation, Country Partnership Strategy for the Republic of Belarus for the period FY14–FY17. 13 June 2013 (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/12/09/000461832_20131209105632/Rendered/PDF/774580CASOP1320C0disclosed060130130.pdf, accessed 12 February 2017).
- 44 Human Development Report 2014. Sustaining human progress: reducing vulnerabilities and building resilience. In: *United Nations Development Programme: Human Development Reports [website]* (<http://hdr.undp.org/en/content/human-development-report-2014>, accessed 12 February 2017).
- 45 Minsk City Emergency Hospital (<http://www.bsmp.by/index.php/home>, accessed 12 February 2017).
- 46 Kristensen SD, Laut KG, Fajadet J, Kaifoszova Z, Kala P, Mario CD et al.; European Association for Percutaneous Cardiovascular Interventions. Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction 2010/2011: current status in 37 ESC countries. *Eur Heart J.* 2014;35(29):1957–70.

- 47 Order of the Ministry of Health of the Republic of Belarus of 10.12.2014 # 1300 "On the procedure for medical rehabilitation in outpatient and inpatient facilities, day-care units and outside of the healthcare institutions".
- 48 Republican Clinical Hospital of Medical Rehabilitation (<http://www.aksakovschina.by>, accessed 12 February 2017).
- 49 Smychek VB, Leschinskaya TM, Kopytok AV, Valchuk EE, Glinskaya TN, Chapko IY et al. Organisational setting of medical rehabilitation of patient in the Republic of Belarus. *Medical News (Belarus)* 2012;11:36–41.
- 50 World Economic Forum, World Health Organization. From burden to "best buys ": reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries. Geneva: World Economic Forum; 2011 (http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary.pdf, accessed 19 February 2017).
- 51 Hillmann S, Wiedmann S, Fraser A, Baeza J, Rudd A, Norrving B et al. Temporal changes in the quality of acute stroke care in five national audits across Europe. *Biomed Res Int.* 2015;2015:432497.

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