

Документ исследования политики №45

**Качество лечения и профилактики
сердечно-сосудистых заболеваний
в Кыргызской Республике**

Нурдин Акунов
Айбек Ибраимов
Бактыгуль Акказиева
Ольга Панькова
Мелитта Якаб
Канат Кожокеев

Декабрь, 2007

СОДЕРЖАНИЕ

ПРИЗНАТЕЛЬНОСТЬ	3
1. ВВЕДЕНИЕ	4
2. СИТУАЦИЯ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В КЫРГЫЗСТАНЕ	5
3. ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ	11
4. МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	13
4.1 Структура исследования и сбор данны.....	13
4.2 Выборка исследования.....	16
5. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	19
5.1 ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА.....	19
5.1.1 Статистические данные.....	19
5.1.2 Сравнительный анализ клинических руководств (КР).....	21
5.1.3 Портрет пациентов с ОИМ.....	25
5.1.4 Догоспитальный этап.....	27
5.1.5. Госпитальный этап.....	31
5.1.6 Лекарственное обеспечение.....	38
5.1.7 Профилактика и реабилитация.....	38
5.2. ИНСУЛЬТ.....	43
5.2.1 Статистические данные.....	43
5.2.2 Сравнительный анализ клинических руководств (КР) и клинических протоколов (КП), по лечению инсультов.....	45
5.2.3 Портрет пациента с инсультом.....	49
5.2.4 Догоспитальный этап.....	50
5.2.5 Госпитальный этап.....	52
5.2.6 Лекарственное обеспечение:.....	61
5.2.7 Первичная и вторичная профилактика.....	61
6. ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ	66
6.1 Выводы.....	66
6.2 Рекомендации.....	67
6.3 Следующие шаги.....	68
ПРИЛОЖЕНИЯ	69

Признательность

В данном отчете представлены результаты исследования по качеству лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в Кыргызстане, проведенного Отделом анализа политики здравоохранения Центра Развития Здравоохранения (ЦРЗ) при финансовой поддержке Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) и Департамента Международного Развития (DfID). Это исследование было инициировано Министерством Здравоохранения Кыргызской Республики (МЗ КР) и Фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС).

Выражаем глубокую признательность международным консультантам/экспертам – *Рифату Атюну*, из Imperial College, Великобритания и *Оливеур Гроену*, EBPO-ВОЗ, членам рабочей группы, включающей ведущих специалистов из Национального Центра Кардиологии и Терапии (НЦКиТ) и Национального Госпиталя (НГ) МЗ КР за неоценимый вклад в разработке дизайна исследования.

Также хотим поблагодарить Республиканский Медико-информационный центр (РМИЦ), Станцию Скорой Медицинской Помощи г.Бишкек, Ассоциацию Групп Семейных Врачей (АГСВ), Швейцарский Красный Крест в лице Тобиаса Шютта и Институт Научных Технологий и Языка (ИНТЯ) в Кыргызстане в лице Бартона Е. Смита за предоставленные данные и консультативную помощь в исследовании.

Особую благодарность заслуживают все руководители и врачи медицинских учреждений, включенных в данное исследование, а также все опрошенные больные, за их активное содействие в проведении данного исследования.

1. Введение

В последние годы сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются одной из ведущих причин смертности и заболеваемости во многих странах. По данным ВОЗ, (2002)¹ ежегодно в мире от сердечно-сосудистых заболеваний умирает 16,6 млн. человек, при этом 80% смертей падают на долю развивающихся стран. Так, в Кыргызстане показатель смертности от ССЗ растет из года в год. Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний остается высокой и ситуация ухудшается из-за отсутствия действий. ССЗ имеет значимость, как для развитых, так и для развивающихся стран. Острый инфаркт миокарда и инсульт являются основной причиной смертности среди ССЗ. Кыргызстан относится к десяти ведущим странам по коронарным болезням сердца, а по смертности от инсульта Кыргызстан занимает лидирующую позицию.

В национальной программе реформирования здравоохранения «Манас Таалими» (2006-2010), сердечно-сосудистые заболевания являются одной из четырех приоритетных областей в рамках комплексного подхода к укреплению общей системы здравоохранения Кыргызской Республики. Исследование по качеству лечения и профилактики ССЗ в Кыргызстане проведенное отделом анализа политики здравоохранения ЦРЗ вносит вклад в программу «Манас Таалими», и выявило существующие проблемы и способствовало определению дальнейших шагов по сокращению ССЗ в Кыргызской Республике.

Одним из основных путей снижения заболеваемости и смертности от ССЗ является улучшение качества предоставляемых услуг, как в лечении, так и в профилактике. Результаты исследования показали неоднородную картину, где наряду с сильными сторонами предоставления услуг существует и комплекс проблем на всех уровнях предоставления медицинской помощи, требующий решения в ближайшее время.

¹ ВОЗ, 2002 Ежегодный отчет ВОЗ о состоянии здоровья населения “Reducing Risks, Promoting Healthy Life”

2. Ситуация с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Кыргызстане

Сердечно-сосудистые заболевания являются одной из ведущих причин смертности и заболеваемости во многих странах. По данным ВОЗ, (2002)² ежегодно в мире от ССЗ умирает 16,6 млн. человек, что составляет около 30% в структуре причин смертности, при этом 80% смертей приходится на долю развивающихся стран. ССЗ имеет значимость, как для развитых, так и для развивающихся стран. Например, в США, уровень смертности остается также высоким: 2,600 смертельных случаев ежедневно и приблизительно 949 тысяч ежегодно. В результате коронарной болезни сердца (КБС) 250 тысяч смертельных случаев происходят каждый год без госпитализации, причем 50% мужчин и 63% женщин, умерших внезапной смертью от КБС, не имели до этого предшествующей истории болезни по КБС.

Основной причиной смертности среди ССЗ являются **острый инфаркт миокарда (ОИМ) и мозговой инсульт.**

Инфаркт миокарда — (infarct, infarction) - это острое заболевание, проявляющееся различными нарушениями сердечной деятельности и обусловлено отмиранием части или всего органа, вследствие внезапного нарушения артериального кровотока. Является клинической формой коронарной болезни сердца. В большинстве случаев причиной нарушения кровоснабжения является острый тромбоз – закупорка сосуда тромбом, который развивается благодаря холестериновым бляшкам на сосудах. Классическим проявлением острого инфаркта миокарда является болевой синдром: интенсивная боль за грудиной, которая может распространяться в руки, плечи, ключицы, шею, нижнюю челюсть, межлопаточное пространство. Боль носит характер сжимающей, давящей, распирающей или жгучей, достигает максимальной интенсивности в течение нескольких минут. Иногда встречается бессимптомный вариант, когда инфаркт становится случайной находкой врача при обследовании на ЭКГ.

² ВОЗ, 2002 Ежегодный отчет ВОЗ о состоянии здоровья населения “Reducing Risks, Promoting Healthy Life”

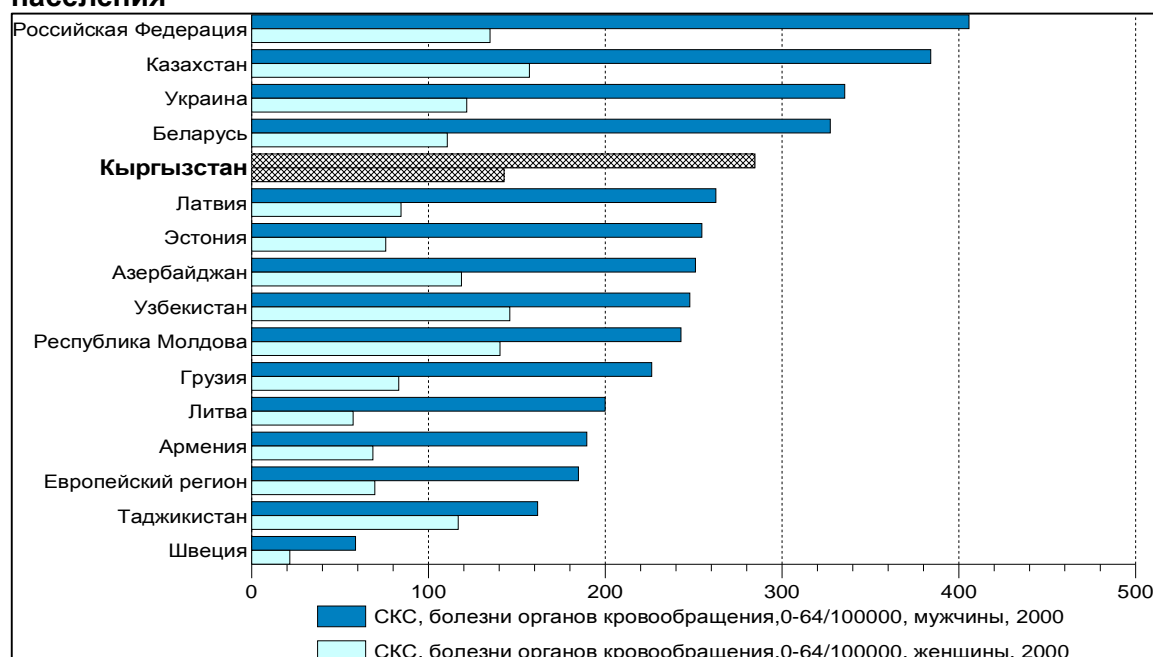
Инсульт (лат. insulto — скачу, впрыгиваю) — острое нарушение мозгового кровообращения (кровоизлияние и др.), вызывающее гибель мозговой ткани. Известно, что головному мозгу для поддержания жизнедеятельности необходим постоянный приток обогащенной кислородом артериальной крови. Клетки мозга очень чувствительны к недостатку кислорода и без него быстро погибают. Обширная сеть мозговых артерий обеспечивает интенсивное кровообращение. При закупорке или разрыве этих сосудов и происходит инсульт, то есть гибель какого-либо участка головного мозга. Существует два основных вида инсульта:

Геморрагический инсульт (гр. haimatos — кровь и rhexnumi — прорываю), или более известное название — кровоизлияние в мозг. Он представляет собой осложнение гипертонической болезни. Причем это наиболее острый вид инсульта, являющийся крайним проявлением вызывающих его заболеваний. Как правило, это случается у людей с повышенным артериальным давлением, чаще всего на фоне гипертонического криза.

Ишемический инсульт (гр. ischo — задерживаю и haimatos — кровь), или инфаркт мозга. Это закупорка тромбом артерий, питающих мозг. Чаще всего возникает при атеросклерозе, но бывает и при гипертонической болезни, а также мерцательной аритмии. В этом случае сосуд сохраняет целостность стенки, но ток крови по нему прекращается из-за спазма или закупорки тромбом.

Показатель смертности от ССЗ в Кыргызстане растет из года в год. Так, если в 1999 году, этот показатель составил 77 случаев на 100 тысяч населения, то к 2003 году вырос до 86 на 100 тыс.³. (ВОЗ, 2004). Так, Кыргызстан входит в пятерку стран среди СНГ, где ССЗ являются основной причиной смертности среди мужчин в возрастной группе от 0-64 лет (рисунок 1).

Рисунок 1. Показатели смертности от ССЗ, возрастная группа 0-64 на 100 тыс. населения

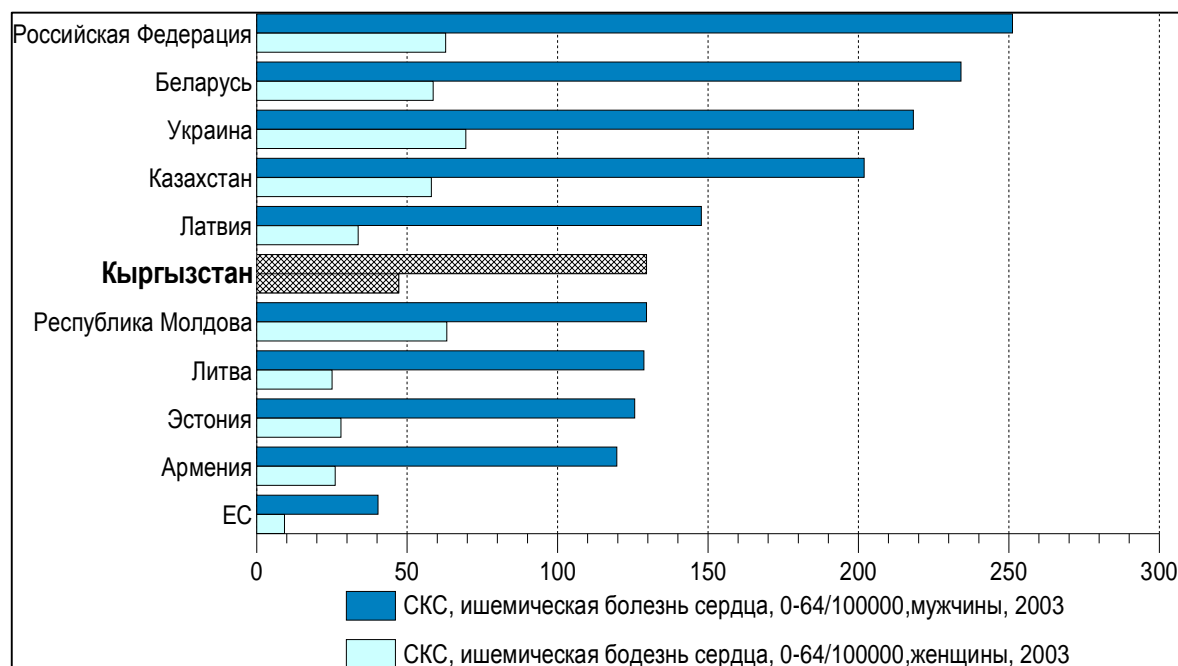


Источник: База данных «Здоровье для всех», ВОЗ 2004

³ ВОЗ, 2004 «Здоровье для Всех»

На рисунке 2 показано, что Кыргызстан относится к десяти ведущим странам по смертности от коронарной болезни сердца среди стран бывшего Советского Союза. Показатель смертности от острого инфаркта миокарда составляет 389 случаев на 100 тысяч населения (ВОЗ 2004).

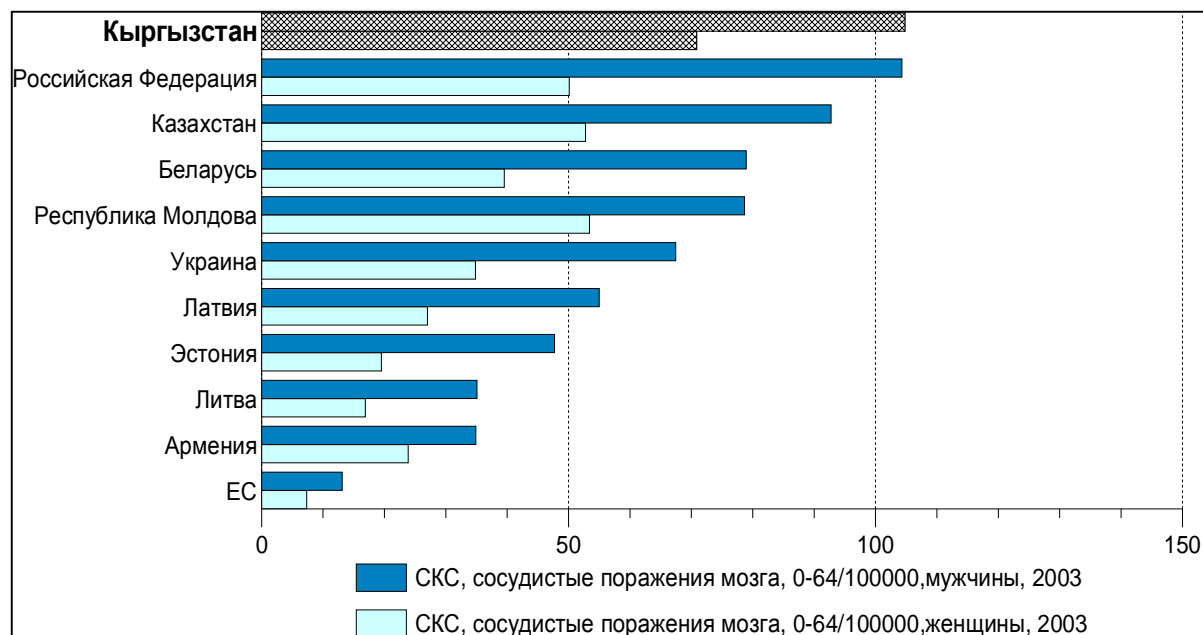
Рисунок 2. Показатели смертности от коронарных заболеваний сердца, возрастная группа 0-64 на 100 тыс. населения



Источник: База данных «Здоровье для всех», ВОЗ 2004

Кыргызстан занимает лидирующую позицию по смертности от инсульта среди стран СНГ. Данный факт подтверждает рисунок 3, где представлены показатели смертности от цереброваскулярных заболеваний, как среди мужчин, так и среди женщин в возрастной категории от 0 до 64 лет на 100 тыс. населения. Показатель смертности от инсульта составляет 261 случаев на 100 тысяч населения (ВОЗ 2004).

Рисунок 3. Показатели смертности от цереброваскулярных заболеваний, возрастная группа 0-64 на 100 тыс. населения



Источник: База данных «Здоровье для Всех», ВОЗ 2004

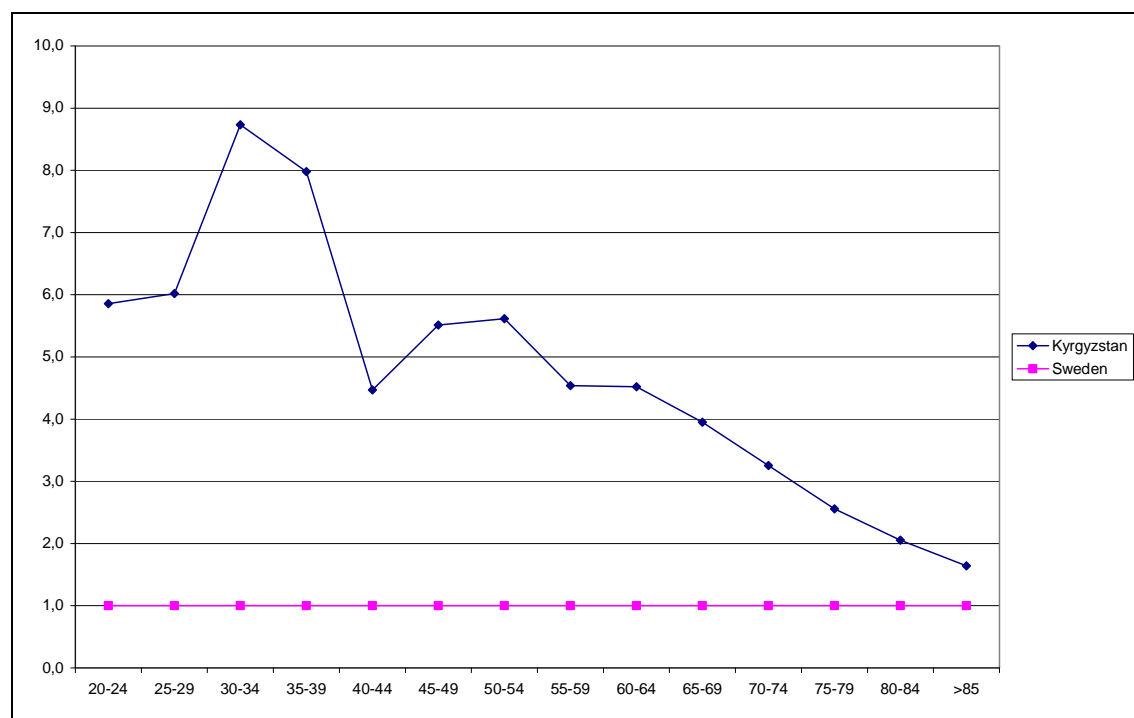
В последней публикации Всемирного Банка (2005)⁴ было приведено сравнение результатов показателей здоровья в странах Восточной Европы и Центральной Азии, а также уроки, которые можно извлечь из достижений классических ЦРТ по здравоохранению, в частности снижения ССЗ до европейских уровней. Таким образом, было рассчитано, что Кыргызстан может выиграть 4,5 лет в средней продолжительности жизни от снижения ССЗ до европейского уровня по сравнению с 3,82 года от снижения детской и материнской смертности (ВБ, 2004). Такой выигрыш в средней продолжительности жизни связан с возрастной структурой заболеваемости ССЗ. В целом, подверженность этим заболеваниям в большинстве присуща взрослым в активном трудоспособном возрасте. Так, если в 1990 году среди лиц в возрасте 30-39 лет смертность от ССЗ составляла 47,4 случая на 100 тыс. населения, то в 2004 году величина этого показателя, достигнув 56,7 случаев на 100 тыс. населения, выросла на 19,6 %.

В Кыргызстане бремя заболеваемости наиболее выражено в молодом трудоспособном возрасте. Это отражено на рисунке 4, где представлена сравнительная характеристика возрастных показателей смертности от ССЗ в Швеции и Кыргызстане. Разница наиболее выражена в молодом трудоспособном возрасте

⁴ ВБ, 2005 «Цели развития тысячелетия по здравоохранению для Восточной Европы и Центральной Азии»

среди тех, кто находится в возрасте 20-50 и достигает почти 9 кратного преобладания показателей в Кыргызстане в возрастной группе от 30 до 35 лет. В более старших возрастных группах показатели смертности становятся ближе к таким же показателям в Швеции.

Рисунок 4. Возрастные показатели смертности от ССЗ в Швеции и Кыргызстане



Источник: Национальный Статистический Комитет (НСК) Кыргызской Республики и Институт Всемирного Банка для Швеции, 2002

Последствия этой проблемы могут быть катастрофическими – домохозяйства теряют кормильца из-за преждевременной смерти от инсульта, или инфаркта миокарда, что в свою очередь влечет за собой большое экономическое бремя из-за потери дохода. В случаях, когда больные выживают, прямые издержки медицинских услуг могут быть очень высокими, что может привести домохозяйство к обеднению.

Международный опыт показывает, что существуют эффективные и экономичные методы профилактики и лечения ССЗ. Такие вмешательства сократили уровень смертности от ССЗ за относительно короткий период во многих развитых странах. Так, в США за 20-летний период удалось добиться снижения смертности населения от мозгового инсульта на 57%, а от коронарной болезни сердца – на 50%, благодаря эффективным мероприятиям, направленным, во-первых, на: поддержание приемлемого уровня артериального давления (АД), снижения избыточного веса, прекращение курения и злоупотребление алкоголем, нормализацию повышенного холестерина и сахара крови, во-вторых на улучшение и внедрение современных медицинских технологий в лечении мозговых инсультов и коронарной болезни сердца. В Японии, благодаря внедрению национальной программы борьбы с

мозговым инсультом за период с 1968 по 1981 годы смертность от острых нарушений мозгового кровообращения удалось снизить на 46%. Большой успех был достигнут также в клинической медицине благодаря развитию вторичной профилактики ССЗ. Например, назначение аспирина и препаратов β - блокаторов в качестве антиагрегантной терапии для выписанных пациентов с ССЗ позволили сократить смертность в течение года после выписки⁵.

Организации вторичного и третичного уровня играют ведущую роль в лечении осложнений ССЗ. Надлежащие врачебные рекомендации пациентам, выписанным из больницы, являются гарантией эффективности вторичной профилактики ССЗ. Однако, при этом нельзя недооценивать роль первичной помощи в контроле сердечно-сосудистой патологии, особенно в преемственности лечения между уровнями оказания медицинской помощи.

В Кыргызстане, за последние пять лет, ранее был проведен ряд исследований, посвященных артериальной гипертонии. Одно из исследований проводилось как часть ежегодного мониторинга качества на первичном уровне с оценкой соответствия лечения клиническим протоколам - в 2003 и 2005 годах. Результаты показали высокий процент соответствия лечения гипертонической болезни клиническому протоколу (77%) в 2003 году после их внедрения на первичном уровне. В 2005 году произошло некоторое снижение (68%), которое указывает на необходимость постоянного внимания в вопросах внедрения и усиления клинических протоколов. Другое исследование по распространенности гипертонической болезни проводилось в двух областях – Нарынской и Таласской областях и результаты показали высокий процент населения, имеющий повышенное артериальное давление - 38 % и 34 % соответственно. Это одни из самых высоких показателей распространенности в мире. Однако, результаты этих исследований не позволяют ответить на вопрос каково качество лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в Кыргызстане в целом.

В национальной программе реформирования здравоохранения КР «Манас Таалими» (2006-2010) проблема ССЗ определена как одна из четырех приоритетных областей в рамках комплексного подхода к укреплению общей системы здравоохранения. Данное исследование позволяет определить и понять проблемы в области контроля ССЗ, разработать стратегии для последующего решения, улучшить качество лечения и профилактики ССЗ в Кыргызстане, что в свою очередь принесет положительный экономический эффект стране в целом.

⁵ ISIS-2 Collaborative Group. Randomized trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both, or neither among 17 187 cases of suspected acute myocardial infarction: ISIS-2. Lancet 1988;2:349—60.

3. ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью исследования является проведение комплексной оценки качества лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в Кыргызстане для определения дальнейших направлений и рекомендаций для стратегии «Манас Таалими» (2006-2010). Основным направлением исследования является проведение ситуационного анализа содержания лечебной практики в отношении ОИМ и инсультов, их профилактики, реабилитации и лекарственного обеспечения на всех уровнях медицинской помощи - первичной, стационарной службы и третичного уровня, где оказывается высокоспециализированная помощь. Для исследования были взяты две наиболее ведущие причины смертности в Кыргызстане – острый инфаркт миокарда и инсульт. Было определено четыре основных вопроса исследования.

1. Каков алгоритм ведения пациентов от начала появления первых симптомов заболевания до поступления в больницу?

Первый вопрос исследования направлен на проведение оценки *догоспитального этапа*, т.е. первые часы от начала заболевания и процесс госпитализации пациентов. Очень важно получить информацию о том, что происходит с пациентом с того времени, как он/а почувствовал/а себя плохо. Был ли пациент доставлен на скорой помощи или же прибыл в больницу сам? Какие диагностические и лечебные мероприятия были оказаны больному до поступления в стационар? Через какое время пациент был госпитализирован после появления первых симптомов заболевания?

2. Соответствуют ли подходы лечения ОИМ и инсульта местным и международным стандартам на вторичном и третичном уровнях?

Данный вопрос позволит оценить содержание лечебной практики на госпитальном этапе, лекарственное обеспечение основными препаратами для лечения ОИМ и инсультов в стационарах вторичного и третичного уровней. Кроме того, необходимо провести сравнительный анализ местных клинических протоколов и руководств с международными, так как подобный анализ не был проведен до настоящего времени.

3. Каков алгоритм ведения пациентов, перенесших ОИМ и инсульт, после выписки из стационара?

Следующим важным этапом в ведении больных с ОИМ и инсультами является вторичная профилактика и реабилитация. Необходимо выяснить, что происходит с

пациентом после выписки из стационара? Проводится ли реабилитация? Ответы на данные вопросы, возможно, получить из качественных данных, посредством бесед с пациентами, перенесшими ОИМ и инсульт.

4. Какова первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в Кыргызстане?

«Болезнь легче предупредить, чем лечить» - в развитых странах система здравоохранения, прежде всего, направлена на профилактику и предупреждение, этих заболеваний вообще⁶. Исходя из этого, было интересно узнать, проводится ли первичная профилактика ССЗ в Кыргызстане и насколько она эффективна?

⁶ de Koning JS., Klazinga NS. «Качество лечения и профилактики инсульта: результаты аудита практикующих врачей» (*“Quality of care in stroke prevention: results of an audit study among general practitioners.”*), «Preventive medicine», глава 38, выпуск 2, 2004

4. МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

В данной части отчета описываются дизайн исследования, включающий инструменты исследования и выборка – процент количества пролеченных случаев, который необходимо исследовать для получения репрезентативности результатов.

4.1 Структура исследования и сбор данных

Для определения методологических подходов и индикаторов исследования, адаптированных к местным особенностям был проведен литературный обзор по данной тематике. Международный опыт показывает, что для подобных исследований применяются данные существующих статистических ресурсов; сравнительный анализ местных и международных клинических руководств/протоколов; ретроспективный анализ историй болезней; опрос пациентов, перенесших ОИМ и инсульт, экономический анализ и т.д. Изучив материал, который был найден в литературном обзоре (см. Приложение № 4) и, принимая во внимание, местный контекст были определены следующие основные направления, отвечающие на вопросы исследования:

- (a) *картирование заболеваемости и смертности от ОИМ и инсульта;*
- (b) *оценка клинических аспектов лечения ССЗ, профилактики и реабилитации;*
- (c) *оценка лекарственного обеспечения;*
- (d) *мнения врачей относительно предоставляемой медицинской помощи больным, перенесшим ОИМ и инсульт;*
- (e) *мнение и удовлетворенность пациентов, перенесших ОИМ и инсульт.*

Основными источниками данных для комплексной оценки качества лечения и профилактики ССЗ являлись истории болезни и амбулаторные карты, а также интервью с врачами и пациентами. Сбор данных осуществлялся при помощи инструментов исследования, которые были разработаны на основе литературного обзора и с помощью международных экспертов, затем в ходе дискуссий в рабочих группах они были адаптированы к местным условиям. Рабочая группа была специально сформирована для данного исследования, куда входили специалисты из Национального Центра Кардиологии и Терапии (НЦКиТ) и из Национального Госпиталя (НГ) МЗ КР.

(a) Картирование заболеваемости и смертности ОИМ и инсульта

Республиканский Медико-Информационный Центр специально рассчитал показатели заболеваемости и смертности от ОИМ и инсульта за 2005-2006 годы в разрезе областей по запросу отдела анализа политики здравоохранения ЦРЗ. Поскольку в официальной статистике предоставляемой РМИЦ для широкого распространения,

представлены агрегированные данные по смертности и заболеваемости от ССЗ в целом.

Для создания карт заболеваемости и смертности от ОИМ и инсультов использовалась программа «DevInfo 5», куда вводились рутинные статистические данные.

(b) Оценка клинических аспектов лечения ССЗ, профилактики и реабилитации

Во-первых, перед оценкой клинических аспектов в медицинских учреждениях, было необходимо провести сравнительный анализ существующих в Кыргызстане стандартов лечения и профилактики ОИМ и инсультов с международными стандартами по методологическому качеству и клиническому содержанию. Для этого был проведен литературный обзор и определены соответствующие документы для сравнения кыргызских клинических руководств и протоколов по ОИМ и инсульту с международными. В приложении 3 прилагается более подробный отчет по сравнительному анализу «Сравнительный анализ клинических руководств» подготовленный отделом анализа политики здравоохранения ЦРЗ в марте 2007 года

Во-вторых, был проведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт в регионах. Для данного анализа были разработаны четыре анкеты: две для больных с ОИМ и инсультом на стационарном уровне (вторичный и третичный), и другие две для больных находящихся на амбулаторном наблюдении после ОИМ и инсульта, (см. приложение 2).

Все четыре анкеты включали основные индикаторы, такие как возраст, пол, социальный статус. Основными блоками содержания **анкет для стационарного уровня** как для ОИМ, так и для инсультных больных являются:

- Общая часть, включающая информацию о пациенте, виды направления и время от начала заболевания до госпитализации
- Ведение пациента на догоспитальном этапе
- Диагностика заболевания на догоспитальном этапе и в стационаре
- Лечение на догоспитальном этапе и в стационаре
- Рекомендации при выписке из стационара
- Рекомендации по вторичной профилактике и реабилитации

Для **первичного уровня** основные блоки содержания анкет включают следующие параметры: диагностику и контроль факторов риска до и после ОИМ/инсульта, оценку вторичной профилактики и реабилитации.

(с) Оценка лекарственного обеспечения

Для оценки лекарственного обеспечения стационаров основными препаратами для лечения ОИМ и инсультов, а также наличия препаратов для лечения ССЗ в близлежащей к медицинскому учреждению аптеке была разработана анкета по лекарственному обеспечению (см. приложение 2).

(d) Мнения врачей относительно предоставляемой медицинской помощи больным, перенесшим ОИМ и инсульт (Фокус группы с врачами)

Для изучения мнений врачей были организованы фокус группы смешанного состава, т.е. в них участвовали специалисты различного профиля как с первичного так и вторичного звена. Было разработано руководство по проведению дискуссий в фокус группах с врачами, включающее следующие компоненты (см. приложение 2):

- Оценка ситуации с первичной профилактики в регионе
- Вопросы и проблемы диагностики ОИМ/мозговых инсультов
- Вопросы и проблемы лечения ОИМ/мозговых инсультов
- Вопросы и проблемы вторичной профилактики и реабилитации

(е) Мнение и удовлетворенность пациентов

Для получения качественных данных (мнение населения о качестве лечения и профилактики ССЗ) были разработаны руководства для проведения полуструктурированных интервью с больными, перенесшими инсульт и руководства для проведения дискуссий в фокус группах с больными, перенесшими острый инфаркт миокарда (см. приложение 2).

Определение индикаторов качества для оценки взгляда пациентов на медицинские услуги является довольно трудной задачей, вследствие многомерного характера понятия качества медицинских услуг. Качество содержит в себе такие аспекты, как достижение лучших исходов заболеваний, финансовая и физическая доступность, эффективность, справедливость, приемлемость, соответствие лечения и возможность выбора у пациентов – все, что вносит вклад в медицинское обслуживание.

Таким образом, основными блоками содержания руководства для проведения **полуструктурированных интервью с больными, перенесшими инсульт**, являлись:

- Факторы риска
- Догоспитальный этап
- Процесс госпитализации и нахождение в стационаре
- Процесс выписки из стационара
- Медицинское лечение после выписки из стационара

- Процесс реабилитации
- Участие семьи

В руководстве по проведению дискуссий в **фокус группах с больными, перенесшими ОИМ**, акцент ставился на первичную профилактику (выявление и контроль факторов риска), диагностику заболевания, пребывание в больнице, вторичную профилактику и реабилитацию.

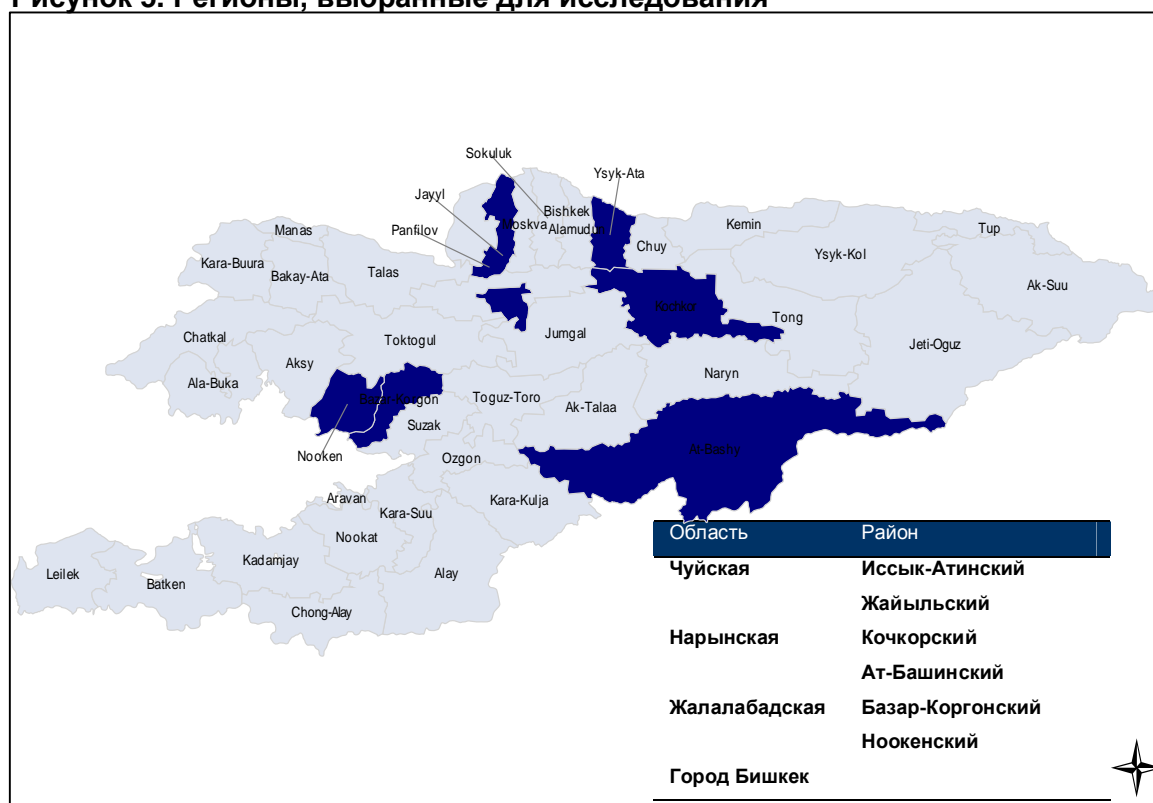
Все инструменты исследования были протестированы в Московском районе в территориальной больнице и районной ЦСМ, и впоследствии доработаны в соответствии с выявленными недочетами.

4.2 Выборка исследования

По данным картирования наиболее высокие показатели смертности от ОИМ за 2005 год наблюдались в Чуйской и Нарынской областях, а также в городе Бишкек. Показатели смертности от мозгового инсульта за 2005 год также были наиболее высокими в Нарынской области (209,2/100 тыс. населения) и в Чуйской области (165,4/100 тыс. населения). Это послужило основанием выбора именно этих регионов для последующего изучения. Было также интересно исследовать содержание лечебной практики и профилактики в областях с низкими показателями смертности. В связи с чем, Жалалабадская область, где смертность от ОИМ и инсульта значительно ниже чем в других областях, была также включена в исследование для сравнения между благоприятными и менее благоприятными регионами. В Приложении 1 приводится подробный отчет по картированию *«Заболеваемость и смертность от мозговых инсультов и острых инфарктов миокарда в Кыргызской Республике»*.

В каждой области было исследовано по два района, которые были отобраны на основе количества пролеченных случаев. На рисунке 5 темно-синим цветом отмечены области и районы, которые были отобраны для данного исследования.

Рисунок 5. Регионы, выбранные для исследования



Источник: РМИЦ КР, 2007 г.

Были исследованы истории болезни по пролеченным случаям ОИМ и инсульта в стационарах за 2006 год. В связи с тем, что в большинстве случаев амбулаторные карты находились на руках у самих пациентов были исследованы все доступные карточки за последние 3 года. В соответствии с нормами статистики с целью получения репрезентативности необходимо отобрать 20 % от общего количества пролеченных случаев. В таблице 1 отражен процент выборки пролеченных случаев по регионам.

Таблица 1. Количество выборки пролеченных случаев необходимое для исследования

Область	К-во пролеченных случаев 2006		Количество выборки		%	
	ОИМ	Инсульт	ОИМ	Инсульт	ОИМ	Инсульт
Чуйская	227	421	52	88	23%	21%
Нарынская	53	104	26	49	49%	47%
Жалалабадская	114	318	36	74	32%	23%
г. Бишкек	790	756	158	160	20%	21%
Всего	1184	1643	272	371	23%	23%

В целом, было исследовано 23% всех историй болезней. В связи с небольшим количеством пролеченных случаев в Нарынской области (53 случая с ОИМ и 104 с инсультом) было решено отобрать половину случаев. Для отбора медицинских карт пациентов был использован метод случайного выбора.

Таким образом, всего было изучено 863 первичных документов. Из них:

- 643 историй болезни (371 инсульт, 272 ОИМ)
- 220 амбулаторная карточка (155 инсульт, 65 ОИМ)

Необходимо отметить, что в ходе тестирования анкет была выявлена проблема, связанная со сбором данных из амбулаторных карт. Во-первых, в настоящее время большая часть амбулаторных карт находится на руках у пациентов, в связи с этим выборка этого вида документации представляет определенные сложности. Во-вторых, вследствие отсутствия единого формата схожего с форматом историй болезни, отсутствия стандартного стиля заполнения, который отражал бы основные параметры течения заболевания, факторы риска и их контроль, использование амбулаторных карт как источника информации представляется затруднительным.

Также было изучено лекарственное обеспечение препаратами для лечения инсульта и ОИМ в 11 больничных аптеках и 11 близлежащих к ЦСМ аптеках.

В ходе исследования было проведено по одной фокус группе с врачами в каждой области и районе. Кроме того, в целом во всех регионах было проведено 25 полуструктурированных интервью с больными перенесшими инсульт и 13 фокус групп с больными перенесшими ОИМ.

5. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В данной части отчета отражены результаты исследования. Раздел 5.1 посвящен ОИМ, раздел 5.2 – мозговым инсультам. Каждая часть начинается с анализа статистических данных, за ним следует сравнительный анализ клинических руководств, затем раздел завершается анализом клинических аспектов на различных уровнях предоставления медицинской помощи, включая первичную и вторичную профилактику.

5.1 ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

5.1.1 Статистические данные

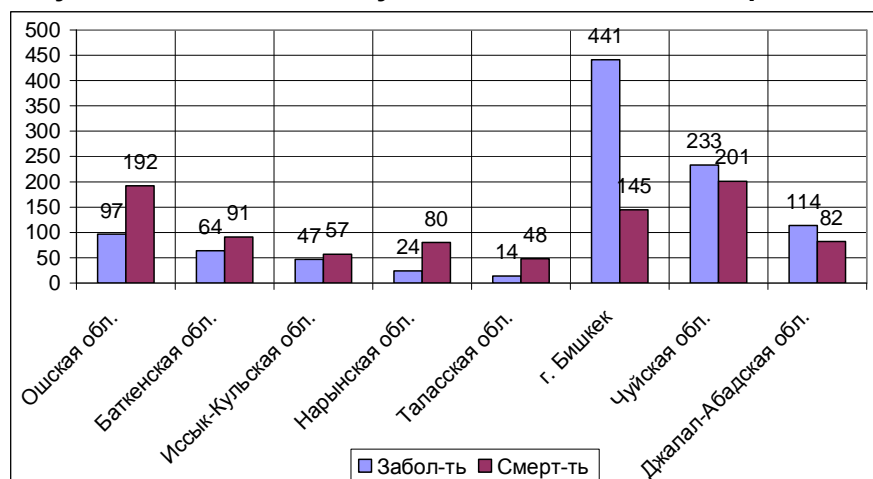
Республиканским Медико-информационным центром были представлены данные по смертности и заболеваемости в разрезе областей (рисунок 6). Как видно, во всех регионах, за исключением Чуйской и Жалалабадской областей, а также города Бишкек, количество смертей превышает количество заболевших. Однако, в соответствии с определением заболеваемости, количество заболевших должно превышать количество смертей или, по крайней мере, быть одинаковым. Поэтому сложившуюся ситуацию со статистическими данными можно расценивать как недоучет случаев заболеваний.

Заболеваемость — медико-статистический показатель, определяющий совокупность случаев заболевания, впервые зарегистрированных за календарный год среди населения, проживающего на какой-то конкретной территории. Является одним из критериев оценки здоровья населения.

Смертность — статистический показатель, оценивающее количество смертей. Рассчитывается как отношение числа умерших от некоторой болезни к средней численности населения.

Источник: Википедия - свободной энциклопедии.

Рисунок 6. Количество случаев заболеваний и смертей от ОИМ, 2005 год



Источник: РМИЦ 2006

В соответствии с приведенным определением был проведен перерасчет показателя заболеваемости по двум сценариям. По первому сценарию было предположено, что уровень заболеваемости никак не может быть ниже уровня смертности, следовательно, уровень предположительной заболеваемости по первому сценарию должен быть равным уровню смертности. Таким образом, заболеваемость ОИМ превышает официальные данные на 21,5% (таблица 2).

Таблица 2. Предположительный уровень заболеваемости ОИМ, количество случаев

Область	Статистические данные		Предположительная заболеваемость	
	Смертность	Заболеваемость	Сценарий-1	Сценарий-2*
Нарынская	80	24	80	147*
Таласская	48	14	48	88*
Ошская	192	97	192	353*
Иссык-Кульская	57	47	57	105*
Баткенская	91	64	91	168*
Жалалабадская	82	114	114	114
Чуйская	201	233	233	233
г. Бишкек	145	441	441	441
Итого	896	1 034	1 256	1 649
Недоучет в стат. данных			21,5%	59,5%

Источник: РМИЦ 2006 г.

*Примечание: $P = \text{mort} / \text{Cfat}$

По второму сценарию предположительная заболеваемость рассчитывалась по формуле $P = \text{mort} / \text{Cfat}$ с использованием коэффициента смертности (Cfat.). Последний являлся отношением данных смертности к данным заболеваемости районов, где вышеуказанные показатели соответствуют друг другу. $\text{Cfat} = \text{mort} / \text{morb}$.

Таким образом, согласно второму сценария, количество случаев ОИМ должно быть выше официальных данных на 59,5%. Объяснить подобное несоответствие можно тем фактом, что в настоящее время в РМИЦ не существуют единой отчетной формы отражающей основные показатели – смертность и заболеваемость.

Выводы:

- Недоучет показателя заболеваемости в официальной статистике не позволяет использовать его для оценки эпидемиологической ситуации по острым инфарктам миокарда.
- Проведение оценки в настоящее время возможно только по показателям смертности.

Рекомендации:

Необходимо пересмотреть и усовершенствовать систему регистрации и формы отчетной документации учреждений здравоохранения по заболеваемости ОИМ.

5.1.2 Сравнительный анализ клинических руководств (КР)

В рамках исследования был проведен сравнительный анализ кыргызских клинических руководств по ОИМ с международными клиническими руководствами. Основной целью этого анализа была оценка соответствия их по методологическому качеству и клиническому содержанию (см. приложение 3). Для сравнения были отобраны следующие Клинические руководства:

- «Клиническое руководство по лечению пациентов с нестабильной стенокардией и инфаркта миокарда без подъема сегмента ST.» Американский кардиологический колледж/Американская Ассоциация сердца 2002 г.
- «Диагностика и лечение боли в груди и острого коронарного синдрома (ОКС)». Институт улучшения клинических систем НПО, 2004 г.
- «Диагностика и лечение острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST на ЭКГ» Ассоциация врачей по внутренней медицине Кыргызской республики. 2005 г.

Сравнение по методологии создания: все сравниваемые между собой Клинические Руководства написаны в соответствии с международной методологией по созданию КР (SIGN – Scottish Intercollegiate Guideline Network- SIGN 50).

Сравнение по клиническому содержанию: для сравнения использовались основные и дополнительные аспекты диагностики и лечения ОКС (таблица 4).

Таблица 3. Основные положения диагностики и лечения ОКС в сравнении

Критерии	«Диагностика и лечение боли в груди и острого коронарного синдрома (ОКС)». Институт улучшения клинических систем НПО, 2004 г.	«Клиническое руководство по лечению пациентов с нестабильной стенокардией и инфаркта миокарда без подъема сегмента ST.» Американский кардиологический колледж/Американская Ассоциация сердца 2002 г.	«Диагностика и лечение острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST на ЭКГ» Ассоциация врачей по внутренней медицине Кыргызской республики. 2005 г.
Диагностика			
ЭКГ	ЭКГ следует сделать сразу после госпитализации (уровень реком. А, С)	ЭКГ в 12 отведениях должно быть проведено в течение 10 минут от начала боли в груди или дискомфорта. (уровень рекомендации С)	ЭКГ в 12 стандартных отведениях должно быть проведено в течение 10 минут от начала боли в груди или дискомфорта. (уровень рекомендации С)
Маркеры повреждения миокарда		Маркеры повреждения миокарда необходимо определить всем пациентам с ОКС. Основным маркером является тропонин. КФК-МВ фракция является основным наиболее доступным маркером повреждения миокарда (уровень С).	Всем пациентам с ОКС следует определять маркеры повреждения миокарда. Основным маркером является тропонин сыворотки крови (по доступности). КФК является основным наиболее доступным маркером повреждения миокарда (уровень рекомендаций С).
Лечение			
Основные группы препаратов	Раннее лечение пациентов с ОКС состоит из назначения аспирина, гепарина или низкомолекулярного гепарина, нитратов, бета блокаторов, морфина и клопидогрела. (уровень рекомендаций А, С, М, R)	Нитроглицерин (НТГ) таблетки сублингвально или спрей после в/в капельного введения. (уровень С) Морфина сульфат назначается в/в для купирования отека легких и/или при наличии выраженного возбуждения. (уровень С) Бета блокаторы назначаются в/в при отсутствии противопоказаний. (уровень В) При наличии противопоказаний к бета блокаторам и повторной ишемии назначаются недигидропиридиновые кальций антагонисты верапамил или дилтиазем при отсутствии дисфункции левого желудочка (уровень В). Антиагрегантная терапия (аспирин) назначается как можно раньше после начала симптомов (уровень А) Клопидогрел назначается при непереносимости аспирина (уровень А) Антикоагулянты следует добавить к антиагрегантной терапии (уровень А) В зависимости от класса тяжести назначаются комбинации приведенных видов терапии	Существуют разные комбинации лечения в зависимости от класса тяжести. Нитроглицерин (НТГ) таблетки сублингвально или спрей после в/в капельного введения. (уровень С) Морфина сульфат назначается в/в для купирования отека легких и/или при наличии выраженного возбуждения. (уровень С) Бета блокаторы назначаются в/в при отсутствии противопоказаний. (уровень В) При наличии противопоказаний к бета блокаторам и повторной ишемии назначаются недигидропиридиновые кальций антагонисты верапамил или дилтиазем при отсутствии дисфункции левого желудочка (уровень В). Антиагрегантная терапия (аспирин) назначается как можно раньше после начала симптомов (уровень А) Клопидогрел назначается при непереносимости аспирина (уровень А) Антикоагулянты следует добавить к антиагрегантной терапии (уровень А)

Источник: Отчет «Сравнительный анализ Клинических руководств и протоколов по инсульту и острому инфаркту миокарда (ОИМ), существующих в Кыргызской Республике с международными клиническими руководствами». (Приложение №3)

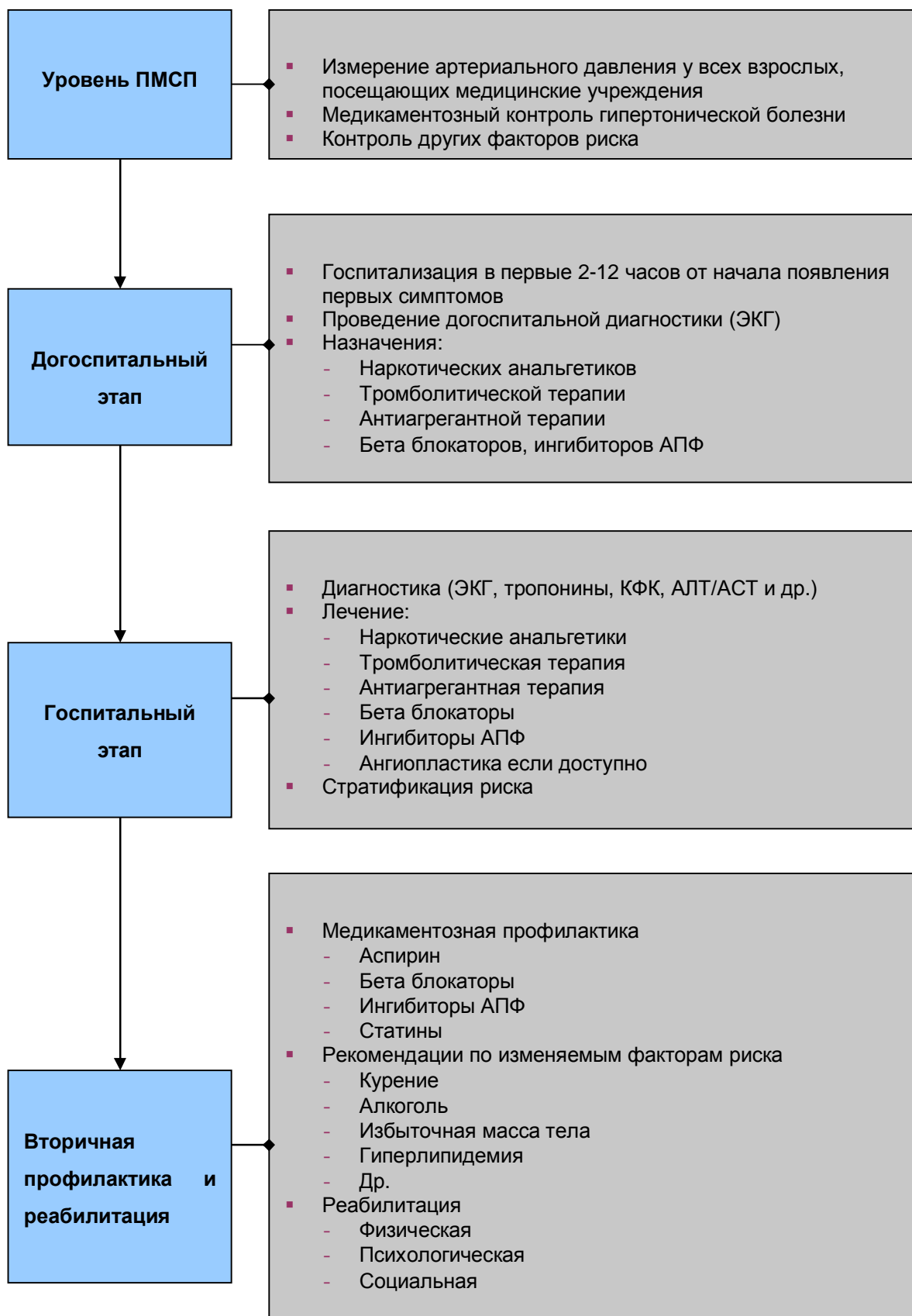
Выводы:

- Клинические руководства по диагностике и лечению соответствуют международным стандартам.
- Различий в подходах к диагностике и лечению не выявлено.
- Клиническое Руководство «Диагностика и лечение острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST на ЭКГ» (Кыргызстан) было адаптировано из «Клинического руководства по лечению пациентов с нестабильной стенокардией и инфаркта миокарда без подъема сегмента ST» Американский кардиологический колледж/Американская Ассоциация сердца 2002 г.

Рекомендации:

Необходимо дальнейшее повсеместное внедрение и использование кыргызского Клинического Руководства по Острому Коронарному Синдрому.

Алгоритм ведения больных с Острым инфарктом миокарда



5.1.3 Портрет пациентов с ОИМ

В рамках исследования было изучено 272 истории болезни и 65 амбулаторных карт больных с ОИМ.

Средний возраст пациентов на госпитальном уровне составил 60,1 лет (от 31 года до 90 лет) и 58,1 лет на амбулаторном уровне (от 33 до 80 лет). По половому признаку доля мужчин составила 66,9% (182 человек) на госпитальном уровне и 75,3% (49 человек) на уровне ПМСП (таблица 4).

Таблица 4. Половозрастные показатели

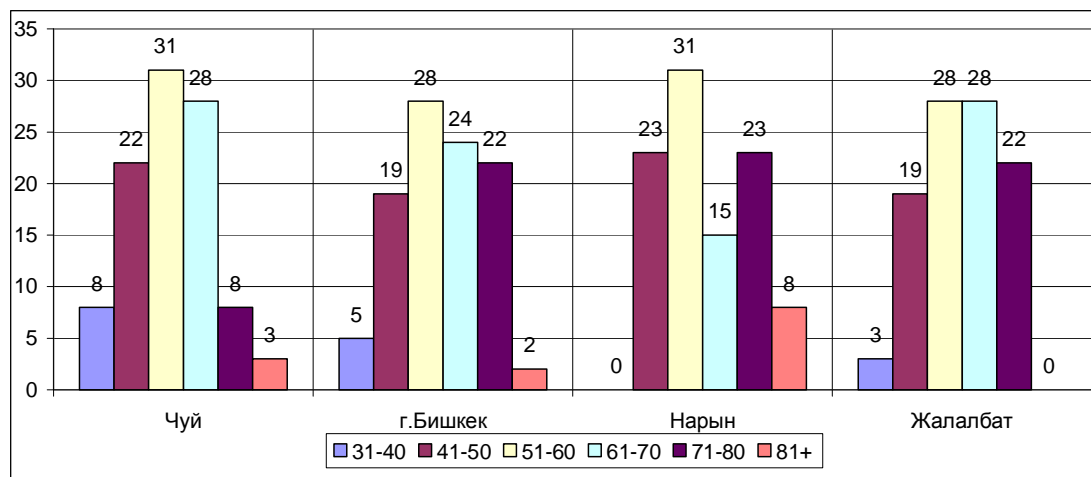
Показатель	ОИМ (N-272)	ОИМ (N-65)
	Стационар	ПМСП
Средний возраст	60.1 (31 - 90)	58.1 (33-80)
Мужчин	182	49
Женщин	90	16

На рисунке 7 отражено распределение пациентов по возрастным группам в разрезе регионов. Как видно, во всех обследованных регионах преобладают пациенты в возрастных группах от 41 до 50 и 51 до 60 лет, которые составляют около 50%. В частности, в Нарынской – 54%, в Чуйской – 53%, в Жалалабадской – 47%, в городе Бишкек – 47%. В целом, по стране более половины больных перенесших ОИМ составляют люди трудоспособного возраста. Данный факт подтверждается международными исследованиями, которые показали, что в развитых странах около 80% смертельных случаев от ССЗ происходит в возрасте старше 60 лет, в то время как в развивающихся странах - 42%⁷.

Интересно, что в Чуйской области одинаковая доля пациентов (8 %) в возрастных группах от 31-40 и 71-80 лет по сравнению с остальными регионами, где доля пожилых пациентов в возрасте от 70 до 80 лет составляет в среднем более 20%. Это связано с тем, что Чуйская область является экономически более развитой по сравнению с другими областями, где соответственно сосредоточено более молодое население страны.

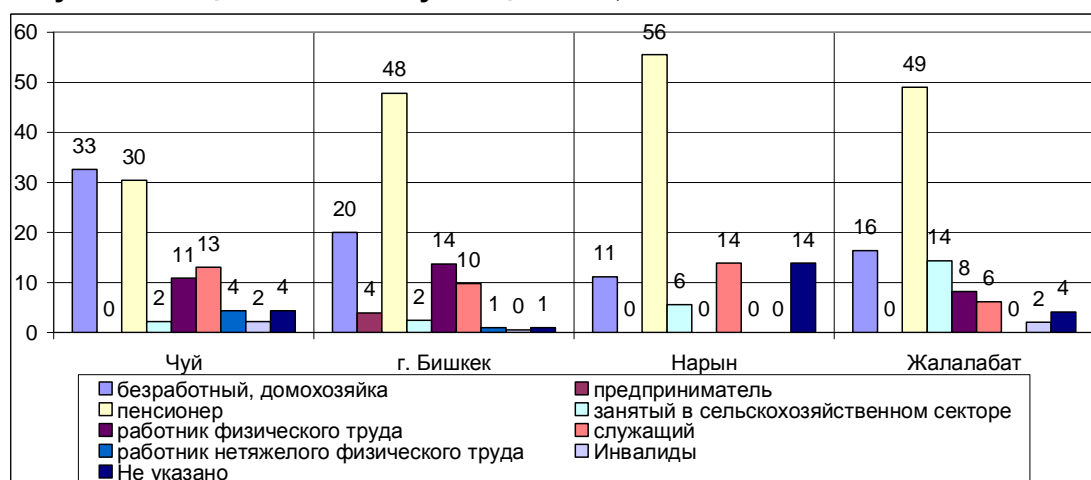
⁷ Thomas A. Gaziano «Reducing The Growing Burden Of Cardiovascular Disease In The Developing World» Health Affairs, January 2007, Volume 26, Number 1, pp. 13-24

Рисунок 7. Распределение по возрасту по регионам, %



По социальному статусу преобладающими категориями во всех регионах были безработные, пенсионеры и служащие (рисунок 8). Подобная картина была отмечена при проведении дискуссий в фокус группах и индивидуальных интервью, где эти категории также преобладали. В Чуйской области доля безработных несколько превышает долю пенсионеров и этим регион отличается от других, где пенсионеры значительно превышают другие категории. Это связано с процессом внутренней миграцией в Чуйскую область, когда люди трудоспособного возраста переезжают в более благоприятный регион в поисках работы.

Рисунок 8. Социальный статус пациентов, %



Выводы:

- В Кыргызстане основное бремя заболеваемости ОИМ лежит на населении трудоспособного возраста.
- ОИМ наиболее подвержены люди из социально незащищенных групп населения, в частности пенсионеры и безработные.

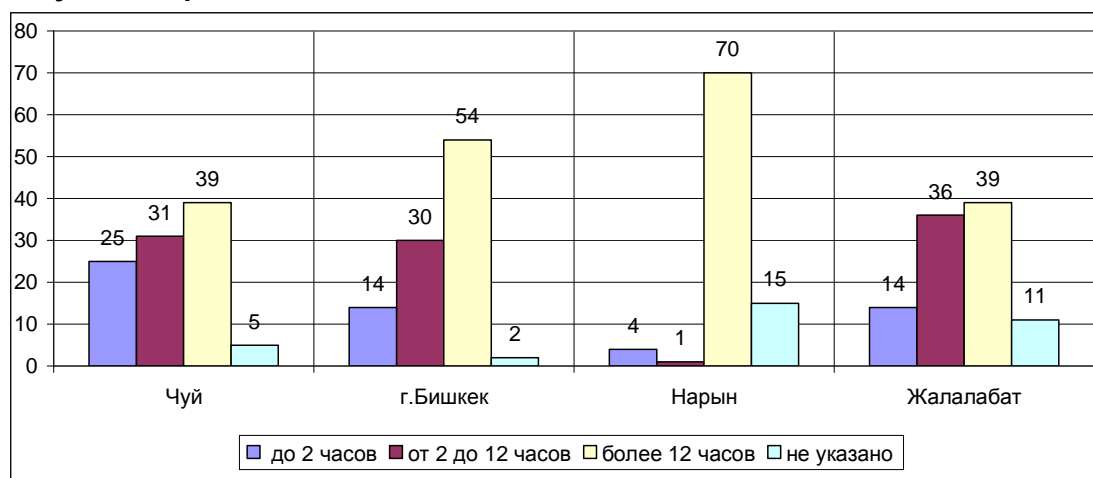
5.1.4 Догоспитальный этап

Госпитализация в первые 12 часов от появления симптомов значительно влияет на прогноз острого инфаркта миокарда, если в течение этого периода были начаты неотложные лечебные мероприятия, такие как назначение тромболитической терапии, наркотических анальгетиков, аспирина и бета-блокаторов. Из этого периода первые 2 часа являются наиболее важными, поскольку назначение тромболитиков именно в этот период является наиболее эффективным и увеличивает выживаемость пациентов с ОИМ. Данная медикаментозная терапия может быть осуществлена в наших условиях только двумя службами: скорой медицинской помощью и стационарами.

Время от появления симптомов до госпитализации

Во всех регионах большинство больных госпитализируются позднее 12 часов, что считается поздней госпитализацией. Причем процент поздних госпитализаций наиболее высок в Нарынской области и г. Бишкек (70 и 54% соответственно) (рисунок 9). А в течение первых 2 часов госпитализируется менее одной четверти пациентов. Данный показатель варьирует от 25% в Чуйской области до 4% в Нарынской.

Рисунок 9. Время от начала болей до госпитализаций, %



Международный опыт ведения больных с ОИМ свидетельствует, что боль присутствует далеко не всегда. Примерно у 15—20 %, а по-видимому, даже и у большего процента больных острый инфаркт миокарда протекает безболезненно, и такие больные могут вообще не обращаться за медицинской помощью. Чаще безболевой инфаркт миокарда регистрируют у больных сахарным диабетом, а также у лиц преклонного возраста. У пожилых больных инфаркт миокарда проявляется внезапно возникшей одышкой, которая может перейти в отек легких. В других случаях инфаркт миокарда, как болевой, так и безболевой, характеризуется внезапной потерей сознания, ощущением резкой слабости, возникновением аритмий или просто

необъяснимым резким понижением артериального давления⁸.

В ходе проведения дискуссий с пациентами было отмечено, что многие из них при появлении болевого симптома пытались вначале справиться с болью самостоятельно, и принимали различные медикаменты. Лишь спустя некоторое время они были вынуждены обратиться за медицинской помощью в связи с ухудшением состояния. Факт поздней обращаемости в стационар был подтвержден также врачами: «...больные самостоятельно пытаются справиться с болями за грудной, принимают анальгетики...».

Другим возможным фактором поздней госпитализации является атипичное проявление ОИМ. В шести фокус группах было по 2-3 человека, которые отмечали наличие не характерных симптомов при ОИМ. Например, один мужчина пятидесяти пяти лет, проживающий в Чуйской области, отметил: «В течение недели меня беспокоили боли в груди... Меня обследовали даже на туберкулез, но в итоге мне сделали ЭКГ и поставили диагноз инфаркт...».

Вывод:

Поздняя госпитализация (более 12 часов) пациентов с болями в груди связана с поздней обращаемостью за медицинской помощью.

Рекомендации:

Необходимо обеспечить население информацией о факторах риска ОИМ, о первых признаках этого заболевания, а также важности своевременного обращения за медицинской помощью. Работа медицинского персонала с населением на уровне ПМСП имеет важное значение, но в то же время средства массовой информации могут быть более эффективными и иметь больший охват.

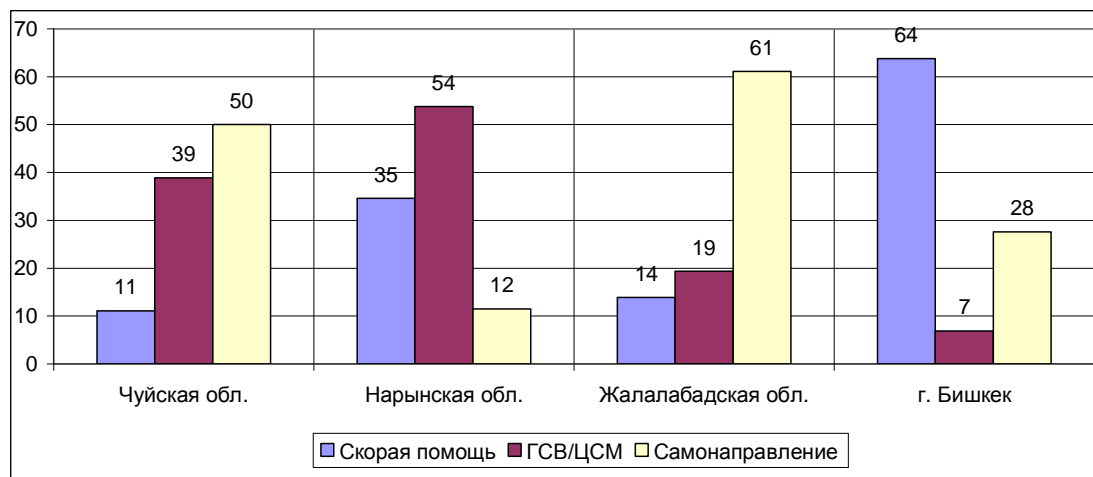
Виды направления

Учитывая, что вмешательства при ОИМ в первые 2 часа влияют на прогноз заболевания, а служба скорой помощи имеет возможности оказывать эти вмешательства она, соответственно и должна быть основным видом направлений.

Основные виды направлений отличаются по регионам. Так, в Бишкеке это скорая помощь (63,8 %), в Нарыне – ГСВ/ЦСМ (53,8%), а в Чуйской и Жалалабадской областях - самонаправление (50 и 61,1% соответственно) (Рисунок 10).

⁸ Richard C. Pasternak, Eugene Braunwald, Joseph S. Alpert, «Болезни, лечение болезней», Глава 190, «Острый инфаркт миокарда», 2006, <http://www.rusmedserver.ru/med/haris/174.html>

Рисунок 10. Виды направлений, %



В некоторых регионах было отмечено, что при ОИМ пациенты напрямую обращаются в стационар, в связи с тем, что сильная боль не позволяет дожидаться приезда скорой: «...легче самому добраться до больницы, чем дожидаться скорую...», или: «...скорая помощь приехала, приблизительно через 30 мин., и без врача, просто с водителем...». В городе Бишкек ситуация со скорой помощью обстоит лучше - пациенты знают, что на скорой могут оказать квалифицированную и своевременную помощь.

В регионах врачами было отмечено, что «в последние годы функции скорой помощи заключаются только в транспортировке больных. Если раньше были кардиобригады, которые оказывали квалифицированную догоспитальную помощь, то сейчас все вызовы обслуживает фельдшер, который если и может сделать ЭКГ, но расшифровать не может».

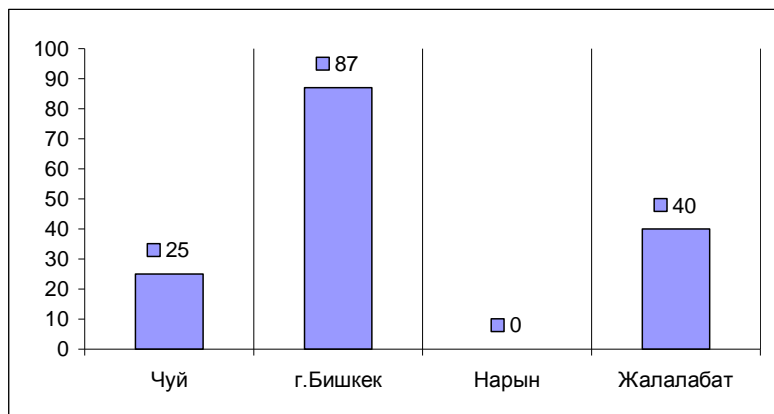
Диагностика на скорой помощи

Основным видом диагностики ОИМ на догоспитальном этапе является ЭКГ. На рисунке 11 отражен процент проведения ЭКГ по скорой помощи, среди госпитализированных пациентов. В Нарынской области из 9 пациентов доставленных в стационар по скорой помощи ни одному не было сделано ЭКГ.

Высокий процент (87%) выполнения ЭКГ в Бишкеке объясняется наличием специализированных кардиобригад в структуре скорой медицинской помощи, оснащенных оборудованием и наличием квалифицированных кадров - врачей кардиологов. Данный показатель может быть и выше в связи с тем, что в некоторых случаях при сборе информации из историй болезней та часть сопроводительных листов скорой помощи, которая вклеивается в истории болезни, не содержала

информации по диагностике и неотложных мероприятиях, проведенных бригадой скорой помощи. Низкие показатели проведения ЭКГ в Чуйской и Жалалабадской областях отражают общее состояние службы скорой медицинской помощи в этих регионах (недостаточное количество машин, их недостаточное оснащение, отсутствие подготовленных кадров и т.д.).

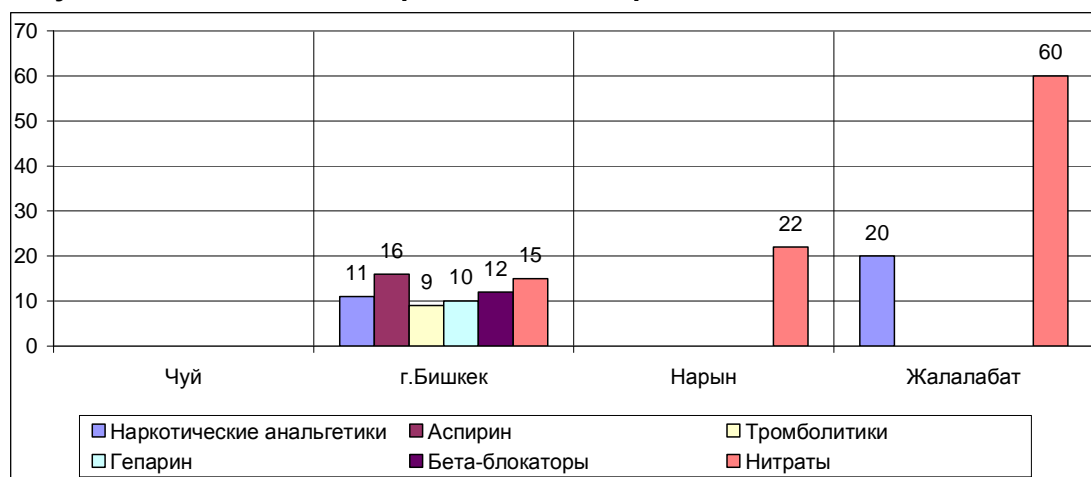
Рисунок 11. ЭКГ на скорой помощи, %



Лечение на скорой помощи

На рисунке 12 показаны основные тенденции по назначению лекарственных препаратов пациентам с ОИМ на скорой помощи. Неотложная помощь, соответствующая международным стандартам на догоспитальном этапе, предоставляется в основном в городе Бишкек. В Жалалабадской и Нарынской областях, в основном применяются препараты из группы нитратов, 60% и 22% соответственно. Следует отметить, что в настоящее время, препараты группы нитратов в международной практике не применяется так широко в связи с появлением других более эффективных препаратов. Однако такие препараты не назначаются в регионах на догоспитальном этапе в должном объеме.

Рисунок 12. Лечение на скорой помощи по регионам, %



Вывод:

Существующие проблемы в системе скорой медицинской помощи (организационные, технические, кадровые и другие) не позволяют оказывать квалифицированную догоспитальную помощь в должном объеме.

Рекомендации:

Усилить службу скорой помощи с целью увеличения охвата населения и объема услуг в диагностике и лечении на догоспитальном этапе.

5.1.5. Госпитальный этап

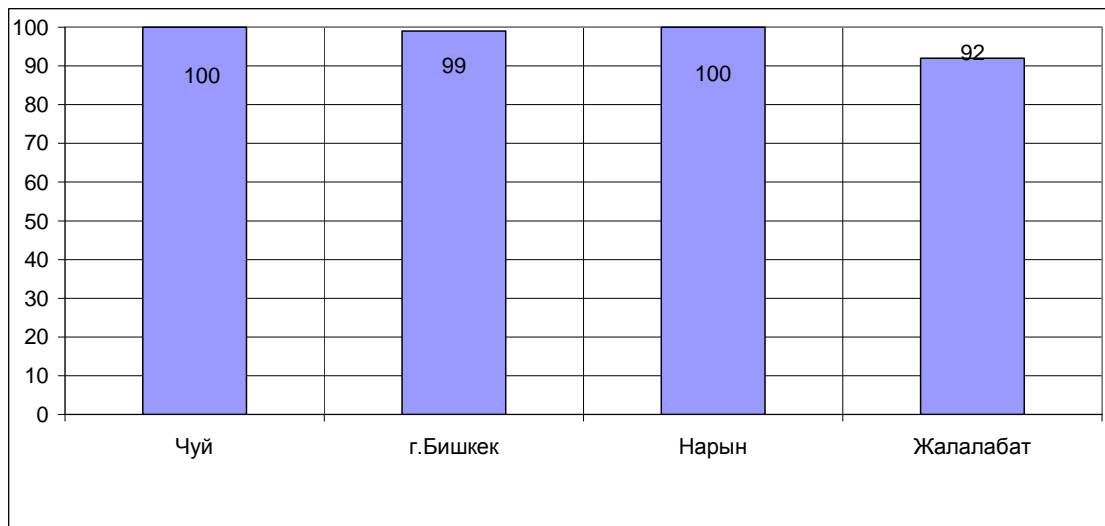
На госпитальном этапе осуществляются основные диагностические и лечебные мероприятия.

Диагностика ОИМ

В соответствии с принципами доказательной медицины используются инструментальные – ЭКГ и лабораторные методы. К последним относятся определение «кардиальных» ферментов сыворотки крови, таких как тропонины, креатинфосфокиназа (КФК) и аминотрансминазы (АЛТ/АСТ) для подтверждения диагноза. Кроме того, для выявления факторов риска необходимо определить уровень сахара и холестерина.

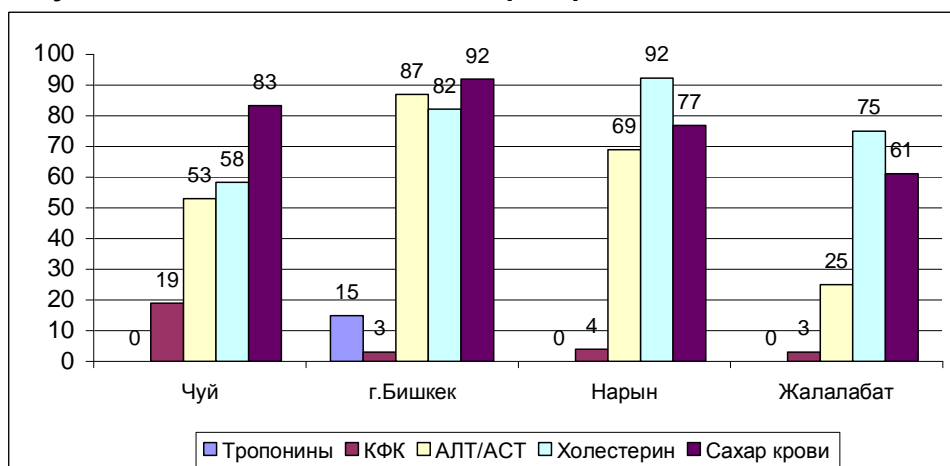
На рисунке 13 видно, что ЭКГ, являющийся основным методом диагностики ОИМ проводится практически в 100 процентах случаев во всех исследуемых регионах.

Рисунок 13. Выполнение ЭКГ при поступлении в стационар, %



Основным диагностическим тестом, проводимым во всех регионах, является определение уровня аминотрансаминаз АЛТ/АСТ (Рисунок 14). Этот показатель варьирует от 25% в Жалалабадская области до 87% в г. Бишкек, Определение КФК проводится в 3-4% случаев, за исключением Чуйской области, где этот показатель составляет 19%. Тест на определение тропонинов сыворотки крови, который является наиболее чувствительным проводится только в городе Бишкек и составляет 15%.

Рисунок 14. Диагностические лабораторные тесты, выполняемые в стационаре



Кроме того, для идентификации факторов риска, таких как сахарный диабет и гиперхолестеринемия проводится два диагностических теста – определение уровня сахара и холестерина в сыворотке крови. Как видно, эти тесты проводятся более чем в 60% случаев. Такие высокие показатели отражают приверженность врачей к выявлению факторов риска, что является положительным аспектом диагностики.

Несмотря на приверженность врачей к проведению диагностических тестов, все же существуют проблемы их выполнения. Врачи объясняли недостаточный процент проведения основных лабораторных тестов тем, что они «...*готовы делать все анализы, но зачастую отсутствуют реактивы...*»

Вывод:

- ЭКГ является основным методом диагностики ОИМ, он проводится повсеместно и во всех случаях;
- Из лабораторных тестов для определения «кардиальных ферментов» в основном используются методы с низкой чувствительностью - АЛТ/АСТ.

Рекомендации:

Необходимо увеличить применение чувствительных методов диагностики, таких как тропонины и КФК повсеместно.

Лечение ОИМ

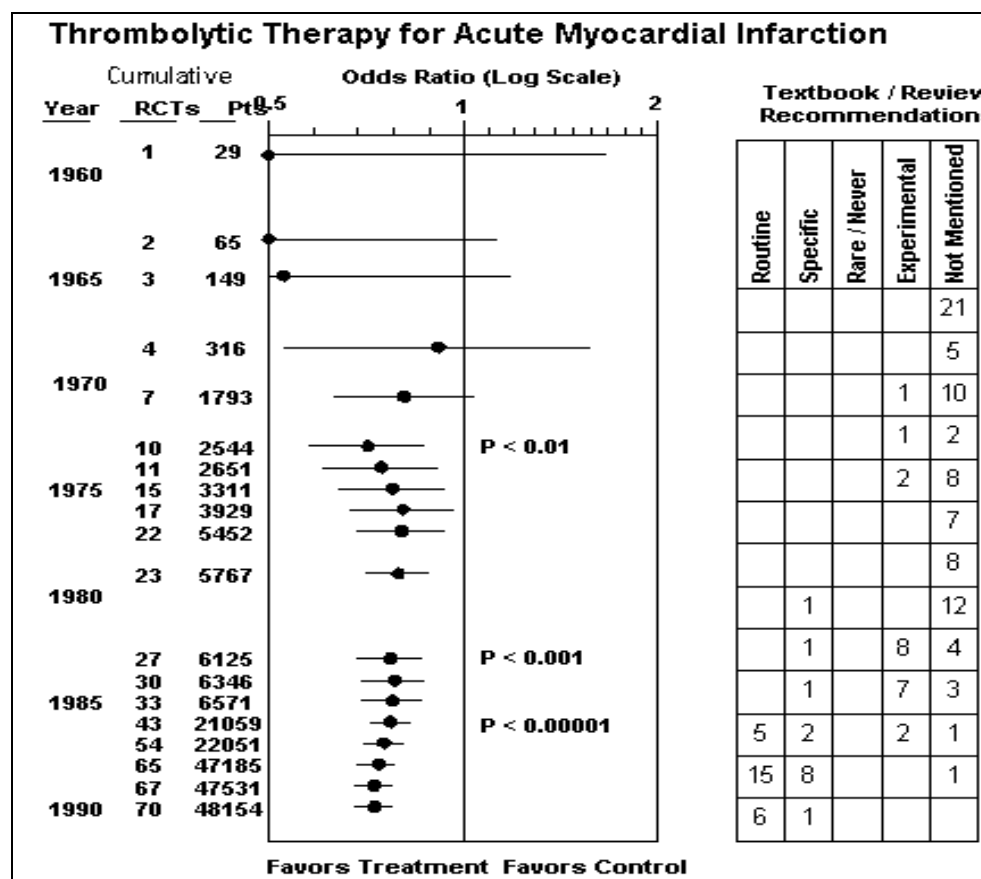
Основываясь на принципах доказательной медицины, при лечении острого инфаркта миокарда необходимо применять следующие группы препаратов:

- Тромболитики
- Антиагреганты
- Антикоагулянты
- Бета – блокаторы
- Ингибиторы АПФ

Одним из самых важных мероприятий является назначение тромболитиков в течение первых часов от начала заболевания. Этот метод лечения является вмешательством с доказанной эффективностью. Об этом свидетельствуют результаты кумулятивного мета-анализа⁹ (Рисунок 15). Данный анализ охватил результаты применения тромболитической терапии у более чем 48 тысяч пациентов с ОИМ, в течение тридцати лет. Полученные данные наглядно указывают на высокую эффективность использования тромболитиков в лечении острого инфаркта миокарда.

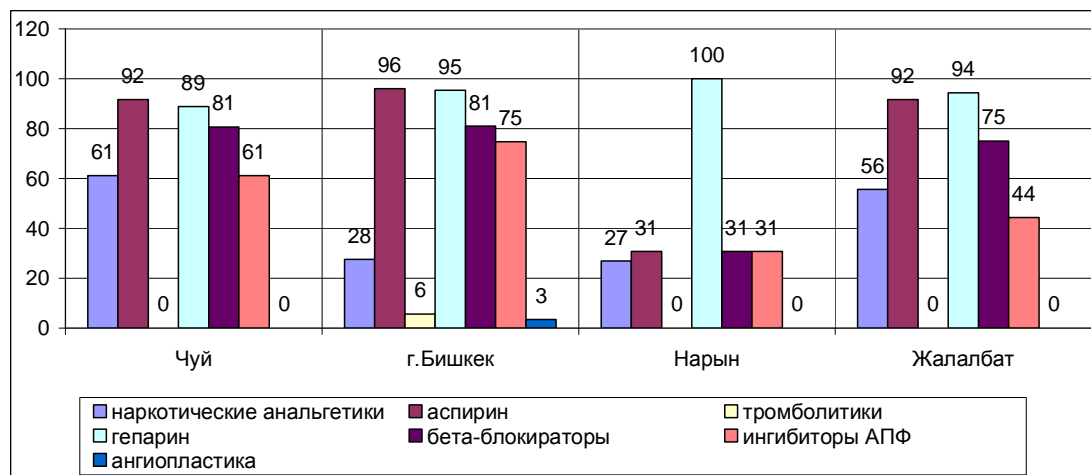
⁹ [J Lau , E M Antman , J Jimenez-Silva , B Kupelnick , F Mosteller , T C Chalmers "Cumulative meta-analysis of therapeutic trials for myocardial infarction." N Engl J Med. 1992 Jul 23;327:248-54 1614465](#)

Рисунок 15. Использование тромболитической терапии при ОИМ



На рисунке 16 показаны основные группы препаратов при лечении ОИМ в Кыргызстане в разрезе регионов. В Кыргызстане применение тромболитиков пока еще не нашло широкого распространения, несмотря на имеющиеся рекомендации в местных клинических руководствах. В настоящее время тромболитическая терапия назначается только в г. Бишкек (6%). Наркотические анальгетики остаются основной группой препаратов для купирования болевого синдрома. Процент назначения наркотических анальгетиков различается по регионам. Наибольший процент отмечается в Чуйской области 61%, и возможно объясняется тем, что наркотические анальгетики не применяются на догоспитальном этапе в этой области, но соответственно больше назначаются на этапе стационарного лечения (Рисунок 16). Врачи отметили, что: «...доступ к наркотическим анальгетикам усложнен как на скорой, так и в отделениях. Нужно разрешение руководства... Тромболитическую терапию мы не назначаем, потому что не имеем опыта использования таких препаратов...».

Рисунок 16. Назначение лекарственных препаратов в стационаре, %



Антиагрегантная терапия (Аспирин) широко применяется во всех регионах, превышая 90%, за исключением Нарынской области, где этот показатель составил 31%. В то же время антикоагулянтная терапия (гепарин) в Нарынской области была проведена во всех случаях. Ситуация в этой области показывает, что врачи привержены к методам, которые были внедрены раньше других, например назначение антикоагулянтной терапии (гепарин), и менее привержены к более современным подходам по ведению пациентов с ОИМ (назначение тромболитиков, аспирина, бета-блокаторов). Одной из причин, названной врачами было недостаточная осведомленность о новых методах лечения: «...в последний раз я была на семинаре в Бишкеке 5 лет назад и то за свой счет. Такое не каждый может себе позволить... Поэтому возможно мы не знаем о новых методах лечения... Врачи на первичке проходят обучение намного чаще, чем мы...».

Современным методом лечения ОИМ является баллонная ангиопластика, которая относительно недавно была внедрена на третичном уровне в Национальном Центре Кардиологии и Терапии. Данный метод был применен в 3% случаев, в г. Бишкек.

Вывод:

- Стандарты лечения ОИМ, отраженные в клиническом руководстве по лечению острого коронарного синдрома, пока не нашли широкого распространения в повседневной практике.
- Существуют значительные различия в лечении между регионами и уровнями предоставления медицинской помощи.

Рекомендации:

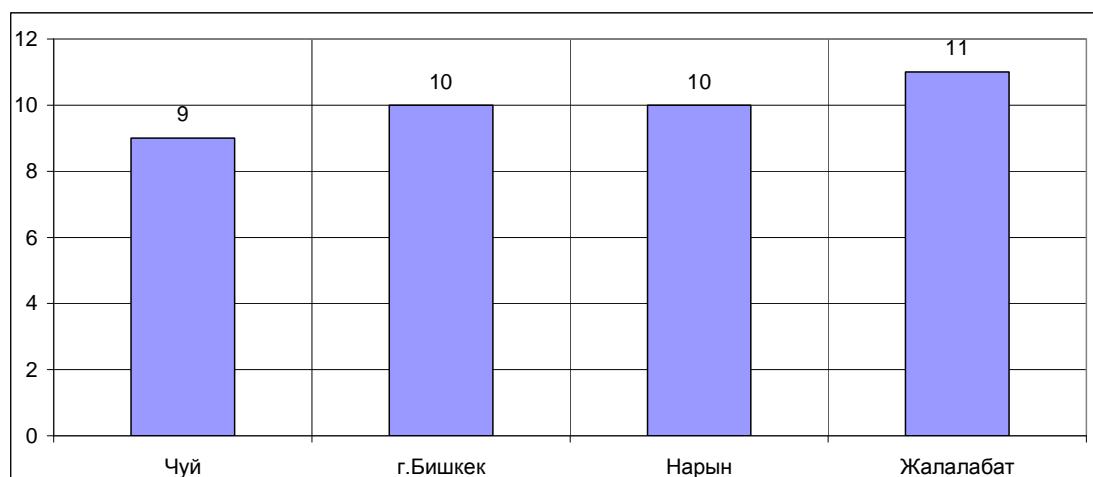
Необходимо сгладить различия в лечении в различных регионах, а также повысить приверженность врачей к следованию клиническим руководствам. Необходимо расширить охват обучения специалистов и проводить регулярный мониторинг на предмет качества лечения и приверженности врачей к клиническим руководствам.

Средняя продолжительность пребывания больного в больнице

В настоящее время в описаниях клинико-затратных групп (КЗГ) и клинических руководствах по лечению ОИМ средняя продолжительность пребывания больного в стационаре не определена четко. Возникает вопрос: влияет ли продолжительность пребывания больного в стационаре на прогноз и течение острого инфаркта миокарда? В существующих клинических руководствах при ОИМ для определения прогноза и дальнейшей тактики лечения отмечена необходимость выполнения диагностических мероприятий, таких как велоэргометрии (ВЭМ) на 14 – 21 сутки и повторное определение тропонинов сыворотки крови на 14 сутки. Возникает другой вопрос, нужно ли проводить данные диагностические тесты именно в условиях стационара? Международный опыт показывает различное отношение к продолжительности лечения в стационаре, которое составляет 7-12 дней при неосложненном инфаркте миокарда. Однако некоторые врачи по-прежнему считают необходимым госпитализацию больных с Q-волновым инфарктом миокарда в течение 3 недель. Больным с тяжелыми формами действительно может потребоваться госпитализация в течение 3 недель и даже более. В целом можно считать, что продолжительность лечения в стационаре должна зависеть от того, как быстро исчезает сердечная недостаточность и какие домашние условия ожидают больного после выписки.

В ходе обзора историй болезней было выявлено, что больной в среднем пребывает в стационаре 10 дней, при этом максимальное количество - 10,8 дней было обнаружено в Жалалабадской области и минимальное – 8,9 дней в Чуйской области (Рисунок 17).

Рисунок 17. Средняя продолжительность пребывания больного ОИМ, койко дней



Эти показатели были также подтверждены врачами: *«В основном больных с ОИМ мы госпитализируем только на 10 -12 суток...»*. Этот факт, можно объяснить тем, что стационары не заинтересованы в длительном пребывании больного, поскольку получают оплату по пролеченному случаю. Однако же врачи отмечают другую причину: *«...мы готовы лечить больных дольше, как в прежние времена, но ФОМС штрафует нас, если наши больные лежат более 15 суток...»*. Складывается впечатление о сохранившемся стереотипе врачей о зависимости прогноза заболевания от длительности лечения больного в стационаре, т.е. чем дольше пациент находится в стационаре, тем лучше исход лечения.

Доля повторных случаев ОИМ

Повторные случаи ОИМ могут быть связаны с недостаточной вторичной профилактикой, вследствие:

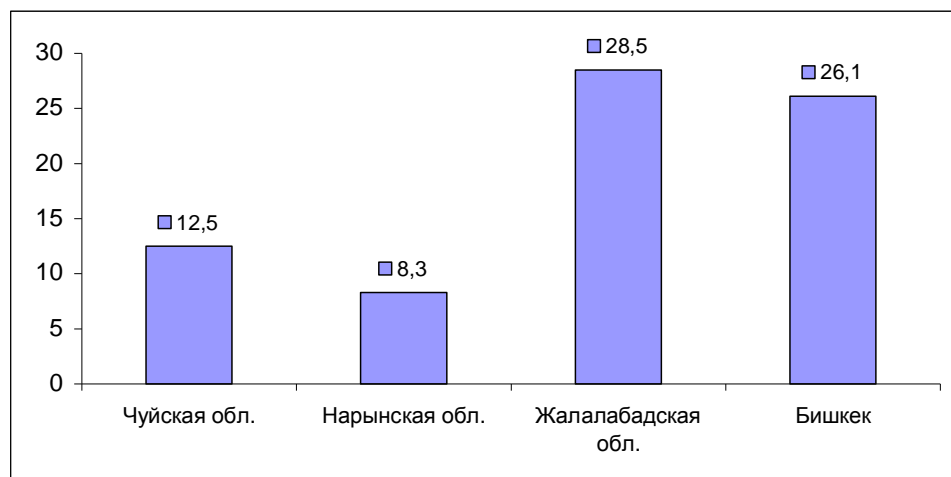
- (1) недостаточной приверженности больных к приему препаратов для лечения основных заболеваний – факторов риска (сахарный диабет, гипертония);
- (2) недостаточной коррекции модифицируемых факторов риска (курение, злоупотребление алкоголем, гиперхолестеринемия и др.).

Это обусловлено экономической недоступности лекарственных средств; низкой приверженности врачей в предписаниях рекомендаций после выписки и на этапе амбулаторного лечения, а также психологических особенностей пациентов, не осознающих важность следования рекомендациям врачей.

На рисунке 18 показан процент повторных случаев ОИМ по регионам. Видно, что наибольшее количество повторных ОИМ в Жалалабадской области 28,5 %. Учитывая географическую удаленность Жалалабадской области от третичного уровня

(г.Бишкек) пациенты с повторным ОИМ получают лечение на месте, в отличие от Нарынской (8,3%) и Чуйской (12,5%) областей, откуда часть таких пациентов направляется в г. Бишкек, соответственно уменьшая процент повторных случаев.

Рисунок 18. Повторные случаи ОИМ, %



Эти факты также были подтверждены врачами в регионах: «...пациенты не очень - то доверяют нам, местным врачам и поэтому стараются при малейшей возможности уехать в Бишкек на лечение...».

5.1.6 Лекарственное обеспечение

Лекарственные препараты, применяемые в лечении ОИМ, которые были определены рабочей группой, соответствуют на 85% перечню жизненно-важных лекарственных средств (ПЖВСЛ) утвержденном постановлением правительства КР в 2006 году.

Кроме того, изучив лекарственное обеспечение, в стационарах было выявлено, что отделения обеспечены основными препаратами для лечения ОИМ на 75%. Обеспеченность лекарственными препаратами аптек, близлежащих к стационарам и ЦСМ, также составило 75 %.

Таким образом, можно сделать заключение, что основные лекарственные препараты для лечения ОИМ в Кыргызстане являются физически доступными, что является положительным фактом.

5.1.7 Профилактика и реабилитация

В данном разделе будет рассмотрена первичная и вторичная профилактика коронарной болезни сердца (ОИМ), которая осуществлялась как на первичном, так и на стационарном уровнях оказания медицинской помощи.

Первичная профилактика

Первичная профилактика направлена на идентификацию факторов риска и их контроль. Как известно, существуют две группы факторов риска коронарной болезни сердца – изменяемые (артериальная гипертензия, сахарный диабет, курение, гиперхолестеринемия, злоупотребление алкоголем) и неизменяемые (пол, возраст, наследственность).

Факторы риска

Ведущим фактором риска, который врачи отмечают в медицинской документации, является гипертоническая болезнь (ГБ), другие из перечисленных выше факторов риска отмечались реже. Так, на госпитальном уровне из 272 историй болезни факторы риска были отмечены в 234 (86,0%) случаях, при этом, основным фактором риска была отмечена ГБ (163/69,7%).

В амбулаторных картах оценивались оба вида профилактики и первичная и вторичная, то есть выявлялись факторы риска до возникновения ОИМ и после него. Оказалось, что и на первичном уровне ГБ являлась основным фактором риска как до, так и после ОИМ, и составила 44,6% и 58,4% соответственно.

Было выявлено, что факторы риска, связанные с образом жизни (питание, контроль массы тела, физические упражнения, курение и потребление алкоголя) остаются без должного внимания. Несмотря на то, что ГБ является основным фактором риска, консультирование и контроль других факторов риска также является важным в профилактике ОИМ.

Вторичная профилактика

Завершающим, и одним из самых важных этапов ведения больных с ОИМ является вторичная профилактика и реабилитация. Вторичная профилактика направлена на предупреждение повторного инфаркта и его осложнений.

Рекомендации при выписке

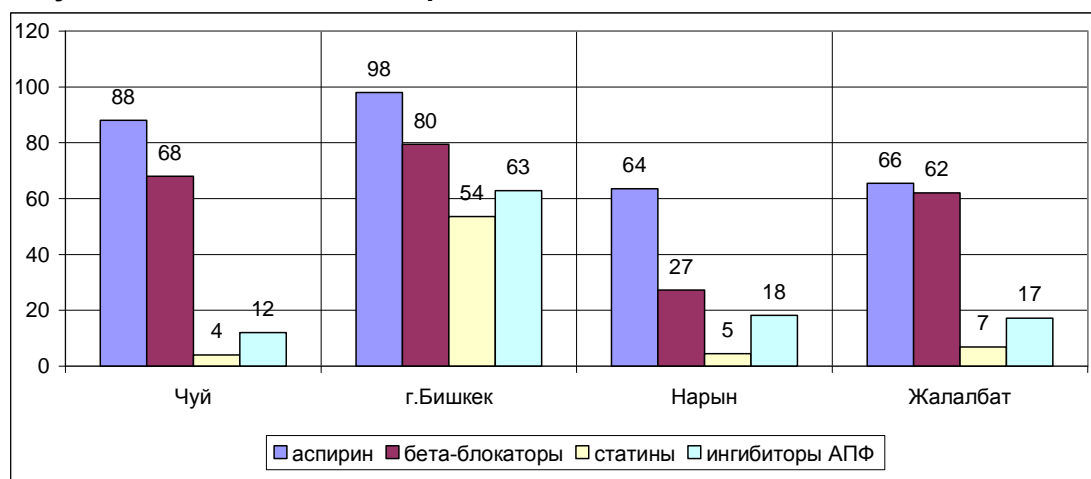
В ходе анализа историй болезни оценивались рекомендации как немедикаментозного характера, так и медикаментозной терапии.

Основные рекомендации по **немедикаментозному лечению** касающиеся следующих аспектов образа жизни пациентов распределились следующим образом в порядке убывания: здоровое питание, физическая активность, отказ от вредных привычек (78,5%, 59,7%, 2,1% соответственно)

После выписки из стационара важное значение имеет изменение поведения пациентов в отношении образа жизни и следование рекомендациям врачей. В ходе дискуссий с больными, перенесшими ОИМ, практически все из них отметили, что их образ жизни после перенесенного инфаркта в той или иной мере изменился. Например, мужчина, 47 лет из Жалалабадской области сказал, что: «...до ОИМ я употреблял спиртное, чтобы снять стресс и курил 1-2 пачки сигарет в день. Однако после инфаркта по рекомендации врача, я прекратил выпивать и курить... Однажды я попробовал выпить 100 грамм, после чего мне стало плохо и я решил больше не экспериментировать и бросил пить совсем...».

Относительно рекомендаций по **медикаментозному лечению** после выписки из стационара было выявлено, что принципы лекарственной терапии, рекомендуемые после выписки из стационара сходны с принципами лечения в стационаре. Аспирин и препараты группы бета-блокаторов были рекомендованы большинству пациентов во всех областях, однако существуют значительная разница между регионами. Так, в г. Бишкек 98% пациентов получали аспирин и 80% - бета-блокаторы, в то время как в Нарынской области - 64% и 27% соответственно. Ингибиторы АПФ назначались в небольшом количестве случаев (рисунок 19). Относительно новая группа препаратов для снижения уровня холестерина – статины – рекомендуются при выписке из стационара во всех исследуемых регионах, но приверженность врачей к их назначению в г. Бишкеке выше в сравнении с другими регионами.

Рисунок 19. Рекомендации при выписке, %



Из бесед с пациентами было выяснено, что после выписки из стационара они не всегда принимают медикаменты, выписанные врачами, так как: «...лекарства дорогие, моей пенсии не хватает. Спасибо сыну, который присылает деньги на покупку лекарств...». Другой причиной также отмечали что «...дешевые лекарства не помогают, а дорогие – не по карману...».

Выводы:

- Профилактика коронарной болезни сердца является недостаточно эффективной в связи с:
 - недостаточной приверженностью врачей и пациентов;
 - недостаточным уровнем информированности специалистов в регионах;
- Отсутствует целостный подход к профилактике, т.е. факторы риска не рассматриваются во всей своей совокупности.

Реабилитация

Восстановление трудоспособности больных, перенесших ОИМ - проблема не только медицинская, но и во многом социальная ввиду ее большой общественной значимости, поскольку в большинстве своем это люди трудоспособного возраста, представляющие ценность для государства. Их способность вернуться к работе и получать удовлетворение от жизни имеет огромное значение как для них самих, так и для общества в целом. Медицинская реабилитация больных, перенесших ОИМ, требует специфических диагностических и лечебных действий. Лучше всего, если она проводится в специализированных санаториях и продолжается на амбулаторном этапе. Больные должны поступать в такие учреждения спустя 3-4 недели после перенесенного инфаркта миокарда. В соответствии с различными аспектами реабилитации как комплексной программы, всегда используется комплекс различных методов лечения, таких как лекарственная терапия; кинезиотерапия; психотерапия и психологическая коррекция; физиотерапия; диетотерапия; климатотерапия, и т.д.

В настоящее время реабилитация больных после ОИМ проводится на уровне ПМСП, и в основном в городе Бишкек. Больные после выписки из стационара направляются в центр семейной медицины (ЦСМ) по месту жительства, где врачом кардиологом проводится реабилитация. Однако, доступность такой реабилитации не повсеместна. Так, в г. Бишкек подобная реабилитация проводится только на базе двух ЦСМ. В результате подавляющее большинство таких пациентов может позволить себе только лекарственное лечение, не получая остальные важные методы реабилитации. В регионах реабилитация, предоставляемая медицинскими сотрудниками, практически отсутствует. Санаторно – курортное восстановительное лечение в настоящее время также недоступно большинству граждан по экономическим причинам. Поэтому, пациенты самостоятельно проводят реабилитацию, используя опыт своих родственников, знакомых и других.

Выводы:

- Профилактика в учреждениях первичного уровня сфокусирована на ГБ, и этот фокус оправдан из-за высокой распространенности повышенного артериального давления в Кыргызской Республике, но в то же время другие факторы риска остаются без должного внимания;
- Реабилитация больных перенесших острый инфаркт миокарда проводится не на должном уровне, и представлена фрагментарными услугами.

Рекомендации:

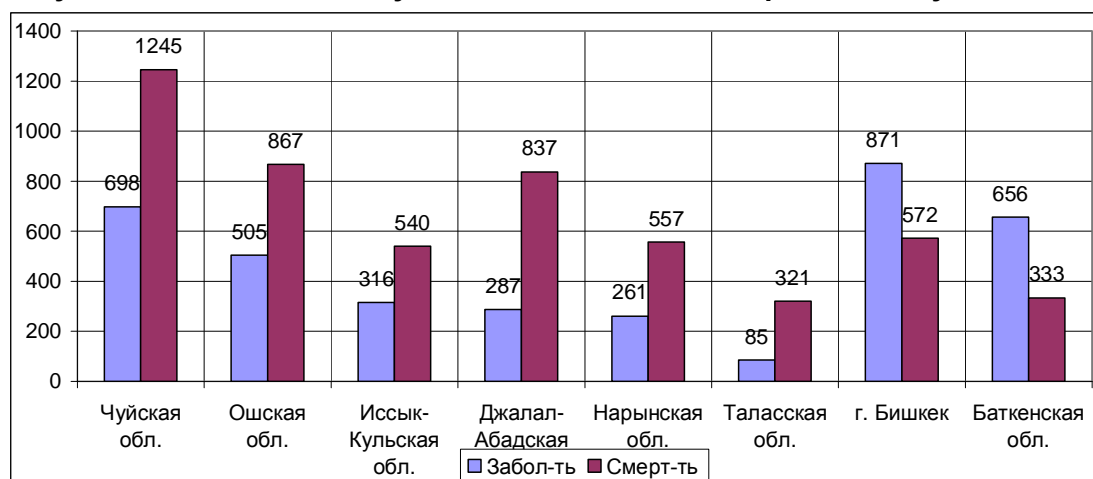
- Усилить первичную профилактику ССЗ включающую разработку стратегий борьбы с факторами риска;
- Разработать систему реабилитации для больных ОИМ включающую физическую, психологическую, и социальную реабилитацию с целью максимально скорого возвращения больного к полноценной жизни.

5.2. Инсульт

5.2.1 Статистические данные

Ситуация со статистическими данными по инсульту аналогична с ситуацией с ОИМ. Как видно из рисунка 20 во всех областях за исключением Баткенской области и города Бишкек количество смертельных случаев от мозговых инсультов превышает количество случаев заболеваний. Однако, как было отмечено ранее, в соответствии с определением термина заболеваемости показатели по заболеваемости должны превышать показатели смертности или, как минимум должны быть одинаковыми. Поэтому и в случае регистрации инсультов, ситуация отражает недоучет статистических данных.

Рисунок 20. Количество случаев заболеваний и смертей от инсульта, 2005 г



Источник: РМИЦ 2006

В соответствии с определением «заболеваемости», по аналогичной методике, описанной выше, в разделе ОИМ, был также проведен перерасчет показателя заболеваемости по двум сценариям.

По первому сценарию было предположено, что уровень заболеваемости никак не может быть ниже уровня смертности, следовательно, уровень предположительной заболеваемости по первому сценарию должен быть равным уровню смертности. Таким образом, заболеваемость инсультом превышает официальные данные на 60,2%. (таблица 5).

Таблица 5. Предположительный уровень заболеваемости мозговым инсультом количество случаев

Область	Статистические данные		Предположительная заболеваемость	
	Смертность	Заболеваемость	Сценарий-1	*Сценарий-2
Нарынская	557	261	557	940
Таласская	321	85	321	542
Ошская	867	505	867	1463
Иссык-Кульская	540	316	540	911
Джалал-Абадская.	837	287	837	1412
Чуйская	1245	698	1245	2100
Баткенская	333	656	656	656
г. Бишкек	572	871	871	871
Всего	5272	3679	5894	8895
Недоучет в стат. данных			60,2%	141,8%

Источник: РМИЦ 2006 г.

*Примечание: $P = \text{mort} / \text{Cfat}$

По второму сценарию предположительная заболеваемость рассчитывалась с использованием той же формулы $P = \text{mort} / \text{Cfat}$, которая также описана в разделе ОИМ с применением коэффициента смертности (Cfat.). Так, согласно второго сценария, предполагаемая заболеваемость инсультом должна быть выше официальных данных на 141,8%.

Выводы:

- Недоучет показателя заболеваемости мозговыми инсультами в официальной статистике не позволяет использовать его для оценки эпидемиологической ситуации по инсультам.
- Проведение оценки эпидемиологической ситуации в настоящее время возможно только по показателям смертности от мозговых инсультов.

Рекомендации:

Необходимо пересмотреть и усовершенствовать систему регистрации и формы отчетной документации учреждений здравоохранения по заболеваемости мозговыми инсультами.

5.2.2 Сравнительный анализ клинических руководств (КР) и клинических протоколов (КП), по лечению инсультов

Для сравнения между собой были отобраны следующие Клинические руководства и протоколы:

1. «Клиническое руководство по раннему ведению пациентов с ишемическим инсультом», 2005 Совет по инсульту Американской ассоциации сердца/Американская инсультная ассоциация
2. «Национальное руководство по инсульту», 2004, Межколлегиальная рабочая группа по инсульту, Королевский врачебный колледж, Лондон
3. Клинический протокол для первичного уровня «Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)»
4. Клинический протокол для вторичного уровня «Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)»

Сравнение по методологии создания

Клинические протоколы по острому нарушению мозгового кровообращения (ОНМК) для первичного и вторичного уровня были разработаны и утверждены Министерством Здравоохранения Кыргызской Республики в 2002 году. Следует отметить, что в то время еще не была принята методология разработки Клинических Руководств, и данные Клинические Протоколы были созданы как первый этап институционализации процесса разработки КР/КП в Кыргызстане. Поскольку методологические подходы в кыргызских клинических протоколах не описаны подробно, сравнение методологии с международными клиническими руководствами можно считать достаточно условным.

Сравнение по клиническому содержанию

Были обнаружены следующие различия в клиническом содержании:

По диагностике инсульта:

- Международные Клинические Руководства рекомендуют использовать «золотой стандарт» диагностики инсульта – компьютерную томографию и/или магнитно-резонансную томографию (КТ/МРТ).
- В Клиническом протоколе для первичного уровня диагностика инсульта основана только на данных физикального обследования.
- В Клиническом протоколе для вторичного уровня КТ/МРТ определены как основные методы диагностики, однако наряду с ними предлагаются альтернативные методы (с более низкой чувствительностью), такие как люмбальная пункция и другие. Объясняется этот факт низкой физической

доступностью к КТ/МРТ исследованию, т.к. в настоящее время функционируют 2 аппарата КТ и один МРТ на всю республику

По лечению:

- Лечение артериальной гипертензии (градация доказательств А): принципиальных различий в тактике лечения нет, но имеются различия в выборе препаратов:
 - Британское КР, Американское КР - тиазидные диуретики (индапамид или бендрофлуазид) или ингибиторы АПФ (периндоприл или рамиприл) или их комбинация
 - Кыргызский КП - β-блокаторы (атенолол) и антагонисты кальция (нифедипин)
- Тромболизис (градация доказательств А): принципиальных различий в тактике лечения нет, но имеются различия в выборе препаратов:
 - Британское КР - алтеплаза
 - Американское КР и Кыргызский КП для вторичного уровня - рекомбинантный тканевой активатор плазминогена, урокиназа
- Ангиокоагулянты: (не рекомендуются - градация доказательств А):
 - Британское КР, Американское КР - не рекомендованы
 - Кыргызский КП для вторичного уровня - рекомендуется фраксипарин (выбор основан на экспертном мнении, а также физической и экономической доступности препарата)
- Нейропротекторы (не рекомендуются - градация доказательств А):
 - Британское КР, Американское КР - не рекомендуются
 - Кыргызский КП для вторичного уровня - рекомендуется токоферол, аскорбиновая кислота, цитохром С (выбор основан на экспертном мнении, а также физической и экономической доступности препаратов).
- Антиагреганты (аспирин) (градация доказательств А): нет различий.
- Хирургическое лечение (градация доказательств В): нет различий.

По профилактике:

В целом, различий в подходах к профилактическим мероприятиям нет, но:

- Британское КР - имеются рекомендации по первичной и вторичной профилактике
- Американское КР – профилактика не описывается т.к. предназначено только для пациентов в острой фазе заболевания
- Кыргызский КП для первичного уровня - имеются рекомендации по вторичной профилактике. (Примечание: первичная профилактика отражена в КП по соответствующим нозологиям, например гипертония, диабет, которые являются факторами риска развития мозгового инсульта).

- Кыргызский КП для вторичного уровня - профилактика не описывается т.к. данный КП предназначен для ведения пациентов на госпитальном уровне

Для сравнения использовались также и дополнительные аспекты диагностики и лечения инсультов. Более детально сравнительный анализ отражен в Приложении 3.

Выводы:

- Клинические протоколы по ОНМК для первичного и вторичного уровня медицинской помощи (Кыргызстан) были созданы без использования международной методологии (не использовался систематический подход).
- Клиническое содержание кыргызских протоколов, в основном, соответствует международным Клиническим Руководствам, за исключением рекомендаций по назначению антикоагулянтной терапии и нейропротекторов, которые не рекомендуются международными КР.

Рекомендации:

- Продолжить использование имеющихся Клинических протоколов по ОНМК для первичного и вторичного уровней медицинской помощи.
- Необходимо параллельно начать разработку Клинического Руководства по ведению пациентов с инсультом на всех уровнях оказания медицинской помощи, в соответствии с международной методологией.

Алгоритм ведения больных с мозговыми инсультами



5.2.3 Портрет пациента с инсультом

В рамках исследования было изучено 371 историй болезни и 155 амбулаторных карточек больных с инсультом.

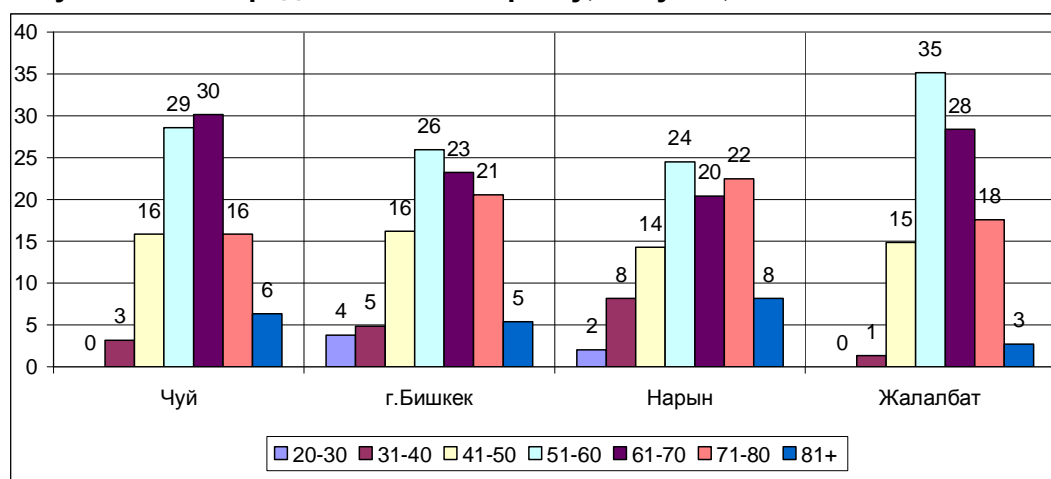
Средний возраст пациентов составил 50 лет на уровне ПМСП (от 25 до 92 лет) и 60,6 лет на госпитальном уровне (от 21 года до 89 лет) (Таблица 7). По половому признаку доля мужчин составила 53,1% (197 человек) на госпитальном уровне и 60,6% (94 человек) на уровне ПМСП.

Таблица 6. Половозрастные показатели

Показатель	Инсульт (N-155) ПМСП	Инсульт (N-371) стационар
Средний возраст	50 (25-92)	60,6 (21-89)
Мужчин	94 (60,6%)	197 (53,1%)
Женщин	61	174

Как видно, у большей части пациентов инсульт развился в возрасте до 60 лет, причем следует отметить, что в г. Бишкек и Нарынской области у части пациентов инсульт наступил в очень молодом возрасте от 20 до 30 лет (4% и 2% соответственно) (Рисунок 21). Это можно расценивать как достаточно тревожный факт, требующий более детального изучения. Врачи в Нарынской области отметили значительное «омоложение» инсультов в их практике в последнее десятилетие.

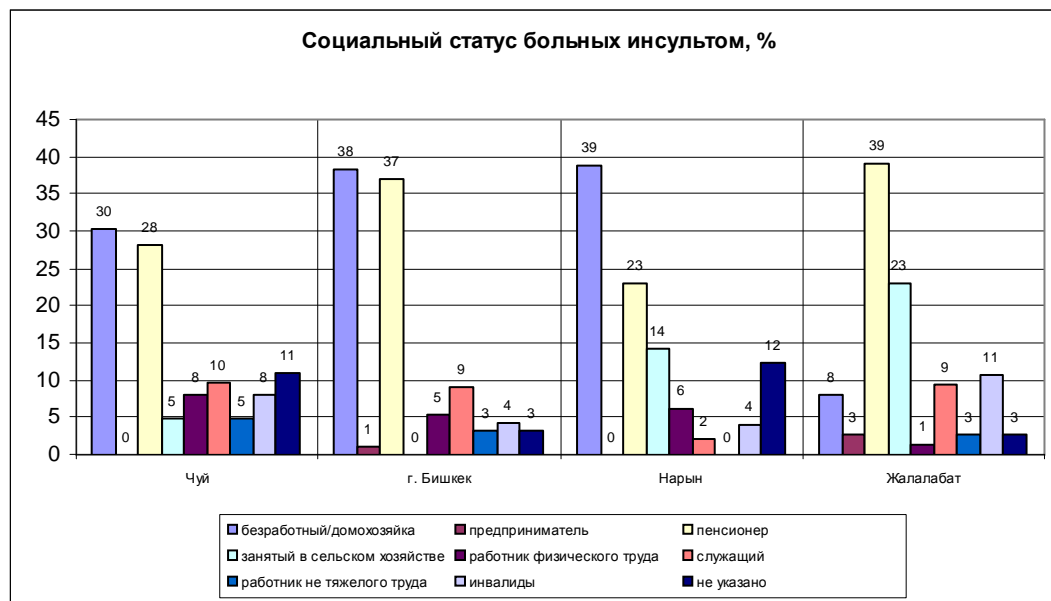
Рисунок 21. Распределение по возрасту, инсульт, %



По социальному статусу во всех исследованных регионах, кроме Жалалабадской области, наибольший процент составляют безработные или домохозяйки и пенсионеры, включая инвалидов по болезни. Это объединяет пациентов из разных регионов и не привязано к их особенностям (город-село, работник сельского

хозяйства - служащий и т.д.). В регионах с преобладанием сельскохозяйственной отрасли (Жалалабадская область) естественно около ¼ из всей выборки составили лица, занятые в сельском хозяйстве (Рисунок 22).

Рисунок 22. Социальный статус больных инсультом, %



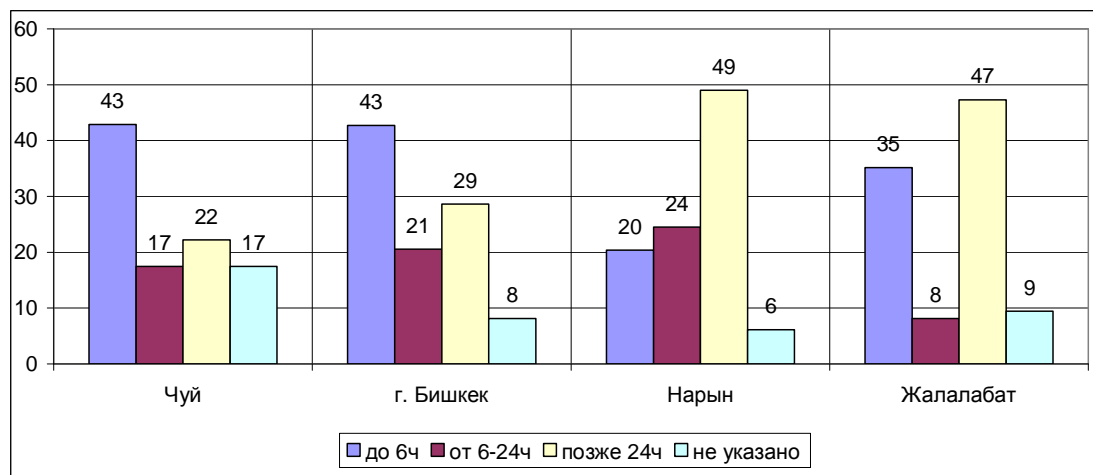
5.2.4 Догоспитальный этап

Госпитализация пациентов с инсультом в первые 6 часов от появления симптомов инсульта значительно влияет на прогноз инсульта, если в течение этого периода были начаты неотложные диагностические и лечебные мероприятия. На догоспитальном этапе необходимо начать неотложные лечебные мероприятия, направленные на поддержание адекватного дыхания и стабильности системной гемодинамики, купирование судорожного синдрома.

Время от появления симптомов до госпитализации

Среди исследованных регионов только в Чуйской области и г. Бишкек менее половины пациентов (43% пациентов) были госпитализированы в пределах 6 часов. В остальных 2 областях (Нарынской и Жалалабадской) более половины пациентов были госпитализированы позже 24 часов (рисунок 23). Возможной причиной поздней госпитализации является недостаточная осведомленность больных и их родственников о признаках инсульта, так же как и об этом заболевании вообще. Вследствие этого, пациенты не осознают важности принятия срочных мер при появлении таких симптомов, а также как это может в дальнейшем сказаться на прогнозе заболевания.

Рисунок 23. Время от появления симптомов до госпитализации, %



Также среди населения сохраняется стереотип, что при инсульте нельзя двигать больного, и они боятся самостоятельно транспортировать до больницы: «...когда у жены случился инсульт, и она упала в огороде, я даже боялся перенести ее в дом на кровать, потому что раньше слышал что нельзя передвигать больных с параличом...».

Вывод:

Поздняя госпитализация пациентов с инсультом (более 24 часов) связана с поздней обращаемостью за медицинской помощью.

Рекомендации:

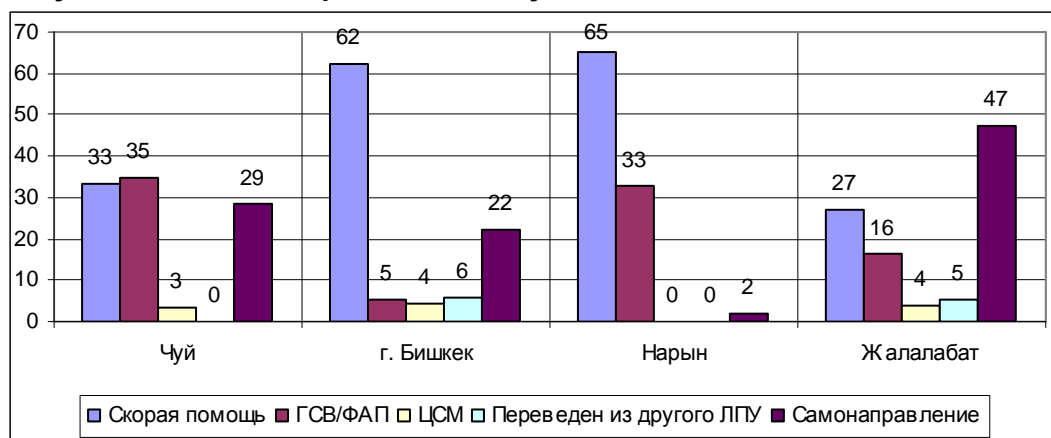
Необходимо обеспечить население информацией о факторах риска инсульта, о первых признаках этого заболевания и важности своевременного обращения за медицинской помощью. Работа персонала с населением на уровне ПМСП имеет важное значение, в то же время средства массовой информации могут быть более эффективными и иметь больший охват.

Виды направлений

Как известно, мероприятием с доказанной эффективностью при инсульте являются госпитализация в специализированные учреждения, причем в возможно ранние сроки (как упоминалось выше - до 6 часов от появления симптомов инсульта), поэтому роль скорой помощи, как метода доставки пациента в стационар является ведущей.

В Чуйской и Жалалабадской областях службой скорой помощи доставлено в стационар только 33% и 27% пациентов с инсультом соответственно (Рисунок 24).

Рисунок 24. Виды направления, инсульт %



Причем ситуация хуже всего обстоит в Жалалабадской области, где на долю самонаправлений приходится 47% и это на фоне поздней госпитализации, когда позже 24 часов поступило 47% больных (Рисунок 23). Нарынская область заметно отличается от других областей, где процент самонаправлений является минимальным по стране 2%, а скорая помощь, как это и должно быть, занимает лидирующее место по видам направлений 65%. Причем, данный показатель является наивысшим по стране в целом. Однако, в то же время, в Нарынской области наивысший по стране уровень поздних госпитализаций - 49% (Рисунок 23). При анализе историй болезни было выяснено, что от времени осмотра врача до госпитализации в среднем проходило не более 1-2 часов. Низкий процент госпитализаций по скорой помощи в некоторых регионах врачи объясняют тем, что в последние годы служба скорой помощи плохо оснащена оборудованием, квалифицированными кадрами, и является в основном средством транспортировки. В связи с этим, проведение неотложного лечения на скорой помощи затруднено и проводится в недостаточном объеме. Поэтому подтверждается вышеуказанный вывод о том, что поздняя госпитализация больных связана с поздним обращением за медицинской помощью.

5.2.5 Госпитальный этап

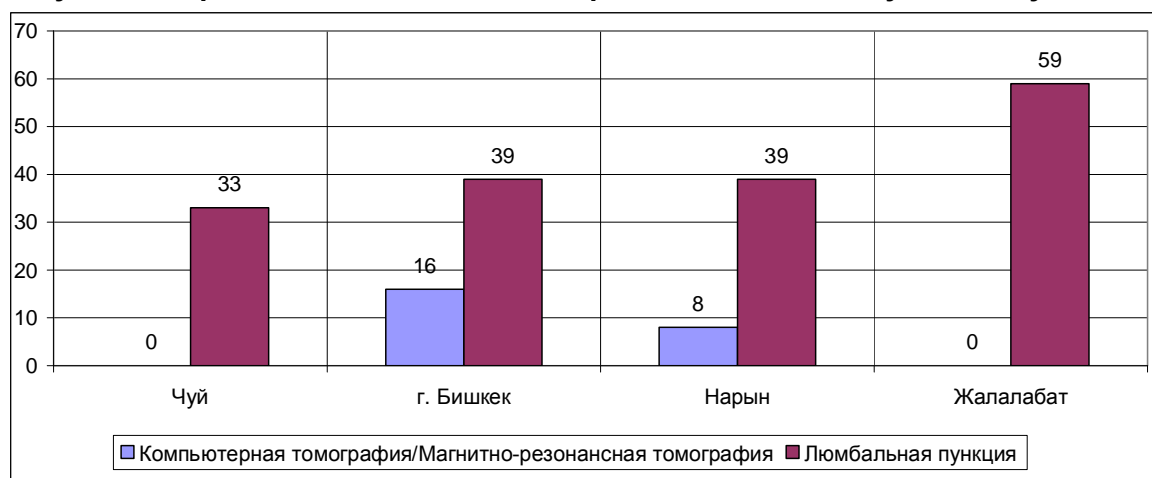
На госпитальном этапе осуществляются основные диагностические и лечебные мероприятия.

Диагностика инсульта

Правильная диагностика инсульта особенно в ранний период, имеет решающее значение для выбора лечебной тактики (тромболитическая терапия, хирургическое лечение и др.), которая в дальнейшем влияет на прогноз заболевания. В соответствии с принципами доказательной медицины основными диагностическими

процедурами при инсульте являются компьютерная и магнитно-резонансная томография (КТ/МРТ) и люмбальная пункция. КТ/МРТ являются «золотым стандартом» диагностики инсульта, с чувствительностью до 98%. Данный метод нашел широкое применение во многих странах мира и проводится как основной метод дифференциальной диагностики видов инсультов. В Кыргызстане, в настоящее время, имеется только один аппарат МРТ и два аппарата КТ. Кроме того, высокая стоимость данного обследования для населения является еще одним барьером в доступности. Исходя из вышесказанного, доступность данного вида диагностики ограничена, несмотря на его высокую чувствительность. Наряду с этим существует другой метод диагностики инсультов, такой как люмбальная пункция. Причем по данным исследований чувствительность данного метода для диагностики субарахноидального кровоизлияния (САК), одного из подтипов геморрагического инсульта, приближается к 100% при условии выполнения манипуляции после 12 часов от появления симптомов. Однако САК составляет только часть от всех геморрагических инсультов, соответственно КТ/МРТ остаются основными методами дифференциальной диагностики видов инсультов. На рисунке 25 отражены результаты использования КТ/МРТ/люмбальной пункции в разрезе регионов.

Рисунок 25. Проведение КТ, МРТ, ЛП по регионам от всех случаев инсульта, %

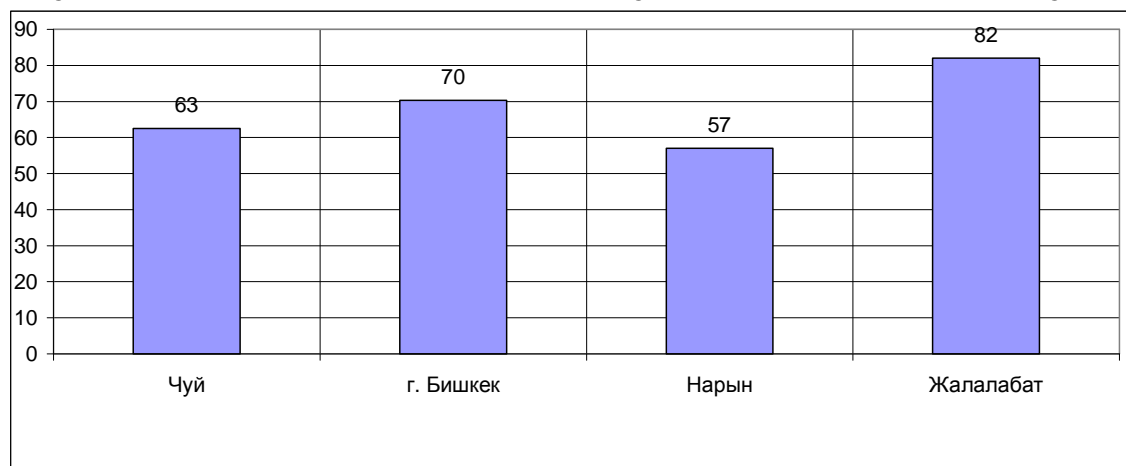


Показатели по выполнению КТ/МРТ для диагностики видов инсульта отражают ситуацию, описанную выше. Практически все пациенты прошедшие КТ/МРТ по выбранным регионам, получали лечение в г. Бишкек, причем доля от всех больных составляет всего 16%. Небольшой процент (8%) пациентов из Нарынской области прошли КТ/МРТ в Бишкеке в более поздние сроки после острого периода инсульта.

Показатель выполнения люмбальной пункции варьирует от 33% в Чуйской области до 59% в пациентов с инсультом. Закономерно возникает вопрос, почему столь

доступный метод диагностики выполняется не во всех случаях? Оказалось, что к данной диагностической методике прибегают в тех случаях, когда присутствует стертая симптоматика и трудно исключить либо подтвердить геморрагический инсульт. В связи с этим было проанализировано количество больных с геморрагическим инсультом, которым была проведена люмбальная пункция (Рисунок 26).

Рисунок 26. Процент выполнения ЛП от случаев геморрагического инсульта

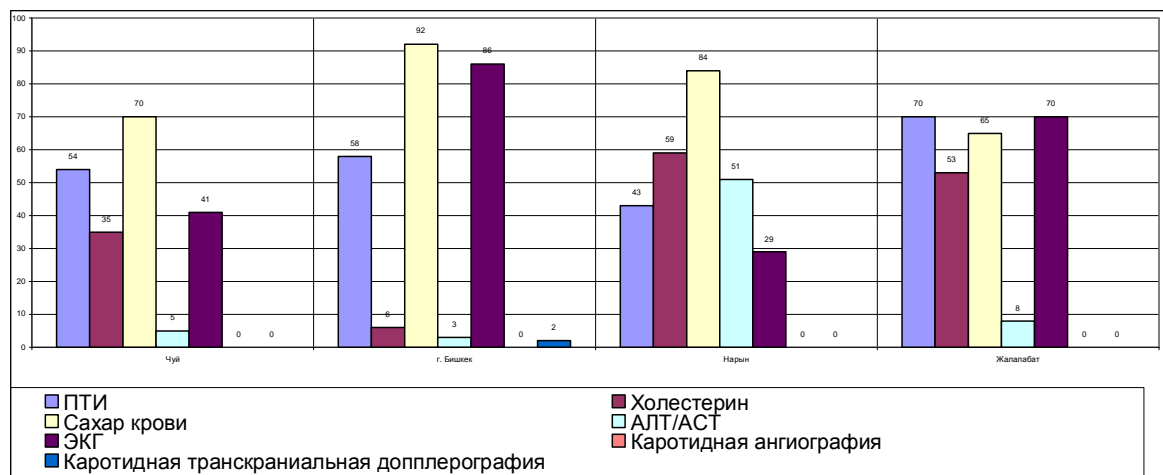


Как видно, процент выполнения люмбальной пункции при геморрагическом инсульте значительно выше, чем при расчете на больных с ишемическим и геморрагическим инсультом вместе взятых. Например, в Жалалабадской области этот процент (82%)-наивысший. Следует отметить, что в некоторых случаях, как это было отмечено специалистами, пациенты, несмотря на объяснения врачей о необходимости пункции отказываются от этой процедуры.

В целом, можно сделать заключение, что диагностика инсульта в настоящее время основана на физикальных методах обследования больных и личном опыте врача. Это подтверждается позицией специалистов, высказанной на интервью по этому поводу: «...диагноз вида инсульта мы устанавливаем на основании симптомов, анамнеза и объективного осмотра. В неясных случаях мы приглашаем невропатолога из ООБ и по показаниям производим люмбальную пункцию...».

Остальные методы исследования применяются для уточнения подтипов инсульта и принятия решений по выбору лечения, включая хирургическое (Рисунок 27).

Рисунок 27. Другие диагностические тесты при инсульте, %



Каротидная транскраниальная доплерография была сделана 1,1% (4 случая), каротидная ангиография не была сделана ни в одном случае, даже в г. Бишкек. Остальные диагностические тесты назначались для выявления факторов риска: ЭКГ в 67,7 % случаев, сахар крови в 81,9%, ПТИ в 57,7% и холестерин в 27,5%.

Выводы:

- Доступность современных методов диагностики инсульта и его подтипов (КТ/МРТ) остается крайне низкой не только в регионах, но и в г. Бишкек
 - «Золотой стандарт» диагностики инсульта – КТ/МРТ выполняется только в 9,2 % случаев по стране, и причем, только в Бишкеке
 - Люмбальная пункция выполняется по показаниям, для дифференциальной диагностики видов инсульта от 57% до 82%
- В настоящее время дифференциальная диагностика отдельных видов инсульта основана только физикальных данных пациентов и личном опыте врача.

Рекомендации:

Необходимо улучшить доступность пациентов с мозговыми инсультами к точной диагностике видов инсульта, какой являются КТ/МРТ.

Лечение инсультов

Лечение геморрагического и ишемического инсульта в острой фазе отличается друг от друга.

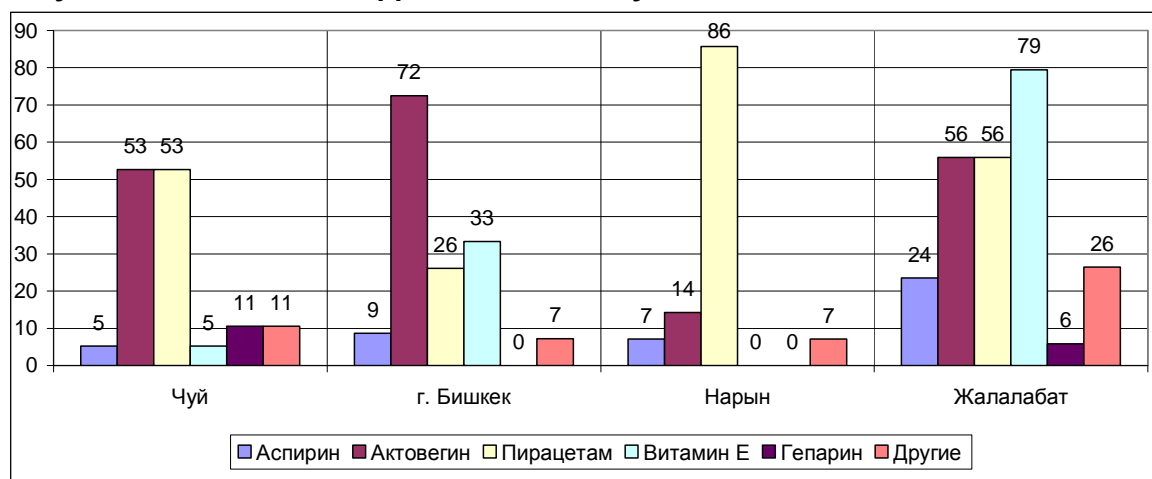
Лечение геморрагического инсульта

По данным международного опыта и доказательной медицины при лечении геморрагического инсульта на первом плане стоят мероприятия направленные на

предотвращение повторного кровотечения и снижение частоты вторичных осложнений в виде церебральной ишемии и отека мозга. Назначают блокаторы кальциевых каналов (нимодипин), в то же время не следует назначать фибринолитики и стероиды.

По результатам исследования (Рисунок 28) в Кыргызстане при лечении геморрагического инсульта применяются нейропротекторы (пирацетам, винпоцетин, витамин Е и др.), причем в Нарынской области препарат этой группы – пирацетам является препаратом выбора (86%). В Жалалабадской области препарат выбора - витамин Е (79%), в то время как в Бишкеке наиболее часто назначается – актовегин (72%), немного меньше этот показатель в Чуйской области (53%). Как видно, подходы к лечению геморрагических инсультов отличаются в различных регионах.

Рисунок 28. Лечение геморрагического инсульта, %



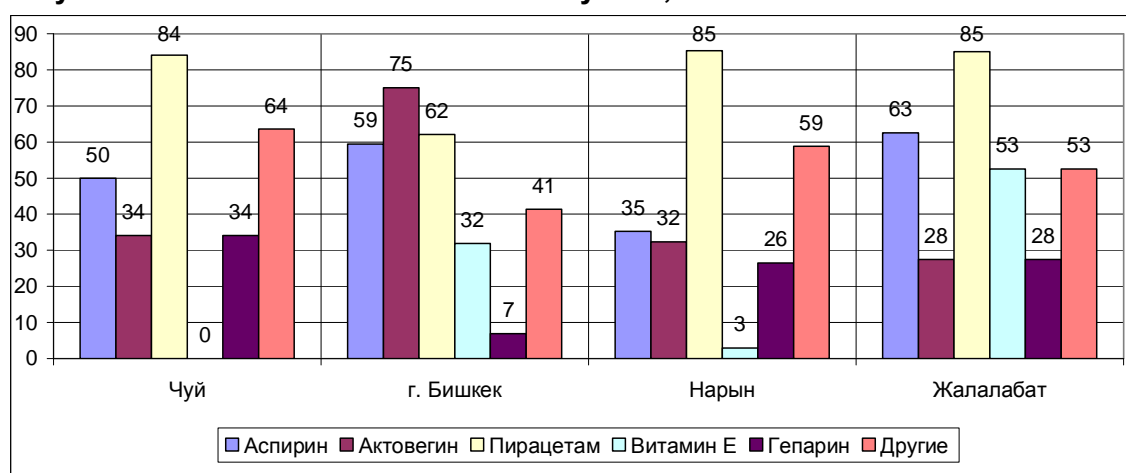
Подобная разница вероятнее всего связана с разной экономической доступностью этих препаратов. Так, актовегин является наиболее дорогим препаратом и, экономически более доступным в столице, в то время как препараты группы нейропротекторов и витамин Е являются относительно дешевыми и более доступными в регионах. Отдельного внимания заслуживают случаи назначения аспирина при геморрагическом инсульте, что является недопустимым назначением, способным усилить кровотечение. Данный показатель варьирует по регионам от 5 % в Чуйской области до 24% в Жалалабадской области. В большинстве случаев это были пациенты с первоначальным диагнозом транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт, которые впоследствии были диагностированы как геморрагический инсульт.

Лечение ишемического инсульта

При лечении ишемического инсульта в острой фазе заболевания необходимо назначать тромболитическую (стрептокиназа) и антиагрегантную терапию (аспирин, клопидогрел или дипиридамо́л). Подобная тактика, в частности, отражена в национальном британском клиническом руководстве который был взят для сравнения в данном исследовании.

Картина лечения ишемического инсульта в Кыргызстане сходна с принципами лечения геморрагического инсульта по некоторым критериям (рисунок 29).

Рисунок 29. Лечение ишемического инсульта, %



Как видно, препараты с недоказанной эффективностью (нейропротекторы – актовегин, пирацетам и др.), назначаются чаще чем препараты с доказанной эффективностью, причем пирацетам назначается в среднем в 80% случаев и является «лидером» среди других лекарственных препаратов назначенных во всех регионах. В г. Бишкек основным препаратом для лечения ишемического инсульта, так же как и геморрагического остается актовегин 75%.

Как известно, аспирин является доступным препаратом доказавшим свою эффективность и относится к проверенным методам лечения ишемического инсульта начиная с ранних этапов медицинской помощи. Однако аспирин назначался в большинстве регионов в менее половине случаев, причем в регионе с наличием учреждения третичного уровня (г. Бишкек) данный показатель не является высоким 59%, в Нарынской области процент назначения аспирина – самый низкий 35%.

Наконец, тромболитическая терапия не была проведена ни одному пациенту с ишемическим инсультом. Это можно объяснить тем фактом, когда при отсутствии возможности точно дифференцировать виды инсультов нельзя назначать

тромболитическую терапию в то время как последняя может быть начата только после исключения кровотечения.

Лечение инсульта на дому

В отличие от больных с острым инфарктом миокарда часть пациентов с мозговыми инсультами не госпитализируются и получают лечение в домашних условиях. Это является серьезной проблемой, особенно в городе Бишкек, где по данным Регистра инсульта по г. Бишкек только 39% (!) всех больных инсультом госпитализируются в стационар. Это подтверждается данными из интервью с больными. Так, 10 из 25 пациентов с инсультом, с которыми было проведено интервью, не были госпитализированы. Одной из причин называлось нежелание самих пациентов: «...у нас уже был опыт, когда моя мама лежала в больнице мы сами полностью ухаживали за ней. Поэтому когда инсульт случился с моей свекровью, мы решили оставить ее дома и ухаживать сами под наблюдением врача. Мы думаем, что так она быстрее поправится...». Другой причиной также отмечалось отсутствие мест в палатах: «...когда мы привезли отца, оказалось, что в отделении нет мест и нам предложили место в коридоре. Мы отказались и привезли обратно домой...».

Всего было изучено 62 случаев лечения инсульта на дому, которые распределились по видам инсульта следующим образом: геморрагический (12,9%), ишемический (75,8%) и неуточненный (11,3%) (Таблица 7). Анализ в разрезе регионов не проводился, учитывая небольшое количество выборки. Целью данного блока исследования была оценка общих тенденций в лечении инсульта на дому и выявление отличий от стационарного ведения больных инсультом.

Таблица 7. Лечение инсультов на дому, %

Лечение	Геморр. 12,9%	Ишемич. 75,8%	Неуточн. 11,3%
Циннаризин		6,4%	14,3%
Винпоцетин		25,5%	
Пирацетам	12,5%	40,4%	28,6%
Актовегин	12,5%	25,5%	
Витамин Е		4,3%	
Аспирин	12,5%	40,4%	28,6%

Как видно, препараты группы нейропротекторов (пирацетам, винпоцетин, циннаризин, актовегин) являются основными препаратами и при лечении инсульта на дому. В то же время процент назначения аспирина при ишемическом инсульте является низким (40,4%), т.е. картина является сходной с назначениями в стационаре.

В связи с этим было интересно узнать мнения врачей в отношении допустимости лечения больных с инсультом в острый период на дому. Одни мнения были в пользу лечения в стационаре: «...конечно же лучше, когда больной с инсультом находится в отделении, где налажен круглосуточный пост и все назначения выполняются вовремя...». Другие говорили о допустимости лечения на дому: «...я считаю, что лечение на дому лучше, потому что он получает те же лекарства что и в больнице...Дома и стены помогают...».

Выводы:

- Лечение инсультов отличается по регионам;
- При лечении инсульта до сих пор применяются препараты с недоказанной эффективностью (пираретам, винпоцетин, актовегин и др.);
- Препараты с доказанной эффективностью применяются недостаточно широко:
 - низкая приверженность врачей к назначению аспирина больным с ишемическим инсультом;
 - тромболитическая терапия при ишемическом инсульте не получила своего применения в Кыргызстане;
- В настоящее время далеко не все пациенты с инсультом госпитализируются в стационар. Так, в Бишкеке госпитализируются только 39% больных инсультом.

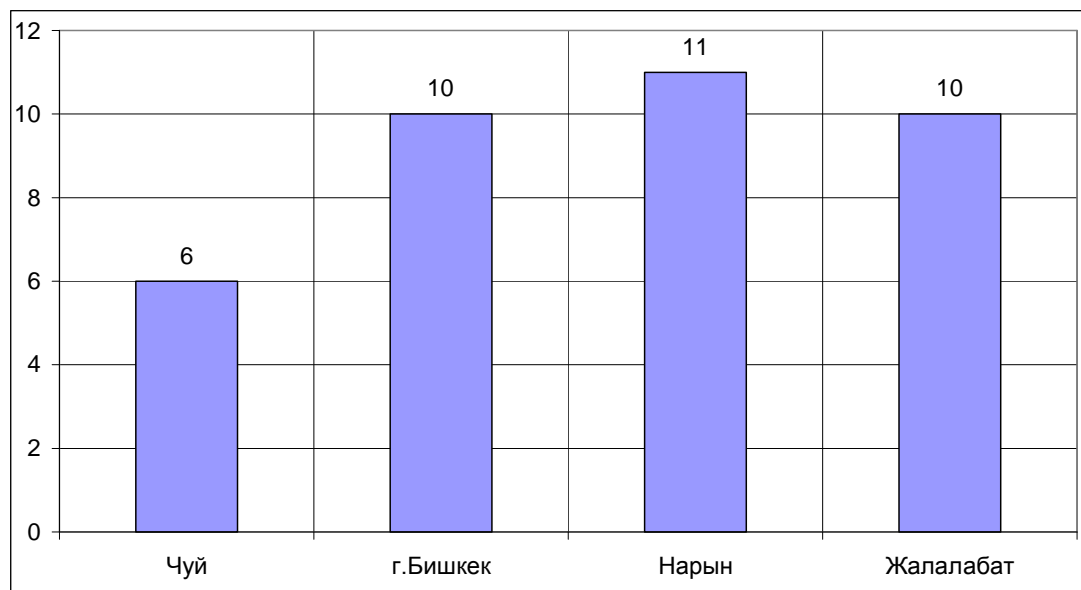
Рекомендации:

Необходимо сгладить различия в лечении в различных регионах, а также повысить приверженность врачей к следованию клиническим руководствам. Необходимо расширить охват обучения специалистов и проводить регулярный мониторинг на предмет качества лечения и приверженности врачей к клиническим руководствам.

Средняя продолжительность пребывания больного в больнице

В ходе обзора историй болезней было выявлено, что больной в среднем пребывает в стационаре 9,3 дней, при этом максимальное количество - 11 дней было обнаружено в Нарынской области и минимальное – 6 дней в Чуйской области (Рисунок 30). Ситуация в отношении средней продолжительности пребывания больного в стационаре схожа с таковой при ОИМ и врачи также выписывают больных с инсультом на дальнейшее амбулаторное наблюдение после проведения 10 дневного курса лечения в стационаре. По этому поводу многие врачи высказывали свои мнения о том, что такой срок госпитализации является недостаточным и может привести к повторному инсульту.

Рисунок 30. Средняя продолжительность пребывания больного, койко дни



Доля повторных инсультов

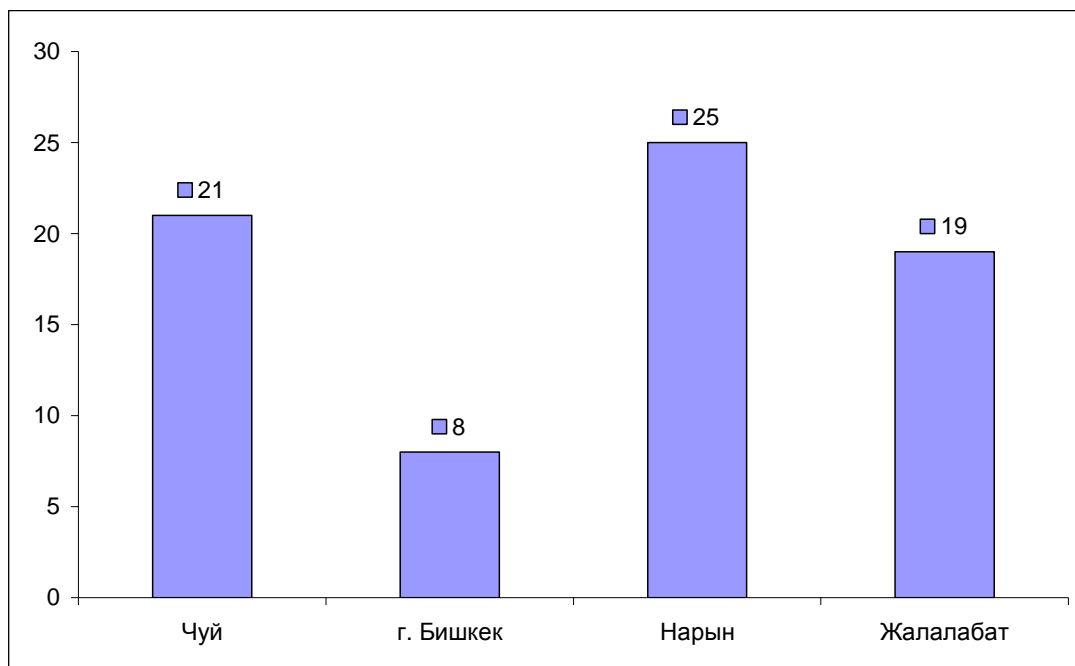
Как и при ОИМ случаи повторных инсультов связаны, прежде всего, с недостаточной вторичной профилактикой, вследствие:

- (1) недостаточной приверженности больных к приему препаратов для лечения основных заболеваний – факторов риска (сахарный диабет, гипертония);
- (2) недостаточной коррекции модифицируемых факторов риска

Это обусловлено экономической недоступности лекарственных средств; низкой приверженности врачей в предписаниях рекомендаций после выписки и на этапе амбулаторного лечения, а также психологических особенностей пациентов, не осознающих важность следования рекомендациям врачей.

На рисунке 31 показан процент повторных инсультов по регионам. Высокий процент повторных инсультов можно объяснить недостаточной вторичной профилактикой особенно в регионах. Обращает внимание, что наименьший процент повторных случаев отмечается в г. Бишкек (11%), наибольший - в Нарынской области (34%). В отличие от ситуации с ОИМ, когда пациенты с повторными случаями из близлежащих регионов (Чуйская, Нарынская) направляются в г. Бишкек, при повторных инсультах транспортировка на дальние расстояния считается нежелательной, поэтому большинство таких пациентов остаются на лечение на местах.

Рисунок 31. Доля повторных инсультов, %



5.2.6 Лекарственное обеспечение:

Лекарственные препараты, применяемые при лечении мозговых инсультов, которые были определены рабочей группой по ССЗ, соответствуют на 80% перечню жизненно-важных лекарственных средств (ПЖВСЛ) утвержденном постановлением правительства КР в 2006 году.

Изучив лекарственное обеспечение, в стационарах было выявлено, что отделения обеспечены основными препаратами для лечения инсультов на 75%. Обеспечение лекарственными препаратами аптек, близлежащих к стационарам и ЦСМ, также составило 75 %.

Таким образом, можно сделать заключение, что основные лекарственные препараты для лечения мозговых инсультов в Кыргызстане являются физически доступными, что является положительным фактом.

5.2.7 Первичная и вторичная профилактика

В данном разделе будет рассмотрена первичная и вторичная профилактика мозговых инсультов, которая осуществляется как на первичном, так и на стационарном уровнях оказания медицинской помощи.

Первичная профилактика

Первичная профилактика инсультов направлена на выявление факторов риска и их контроль.

Факторы риска

На госпитальном уровне факторы риска были диагностированы в 86,3% случаев, причем из них в 87,8% отмечена ГБ. На уровне ПМСП факторы риска были диагностированы в 50,3% до инсульта, из них ГБ отмечена в 96% случаев. После инсульта данные показатели составили 61,3% и 98% соответственно. Таким образом, как и в случаях ведения больных с острым инфарктом миокарда, у больных мозговыми инсультами ведущим фактором риска, который отмечают врачи, является гипертоническая болезнь, в то время как значимость других факторов риска занижена.

В свою очередь, в результате интервью было выяснено, что больные, перенесшие инсульт также как больные после ОИМ отметили стресс в качестве основного фактора риска. В частности, один из респондентов отметил: *«...постоянные переживания о будущем моей семьи, нестабильный заработок и необходимость оплаты за учебу моих детей сопровождали меня последние годы... Это все привело к длительному стрессу и в итоге я получил инсульт...»*.

Больные также отмечали другие факторы риска, такие как повышенное давление, курение, алкоголь, наследственность и др., однако они упоминались эпизодически. Кроме того, 12 пациентов с инсультом из 25 отметили о недостаточной первичной профилактике: *«...если бы врач сделал акцент на важности принятия лекарств при повышенном давлении, я бы постоянно принимал прописанные лекарства и возможно избежал бы инсульта...»*.

Вторичная профилактика

Как было указано выше, вторичная профилактика направлена на предупреждение повторного инсульта. Поэтому было важно узнать, насколько адекватными являются рекомендации врачей при выписке из стационара.

Рекомендации при выписке

В ходе анализа историй болезней были оценены рекомендации как немедикаментозного характера, так и медикаментозная терапия.

В большинстве случаев врачи отмечают рекомендации по диете и лечению сопутствующих заболеваний. Врачи отмечают в историях болезни следующие

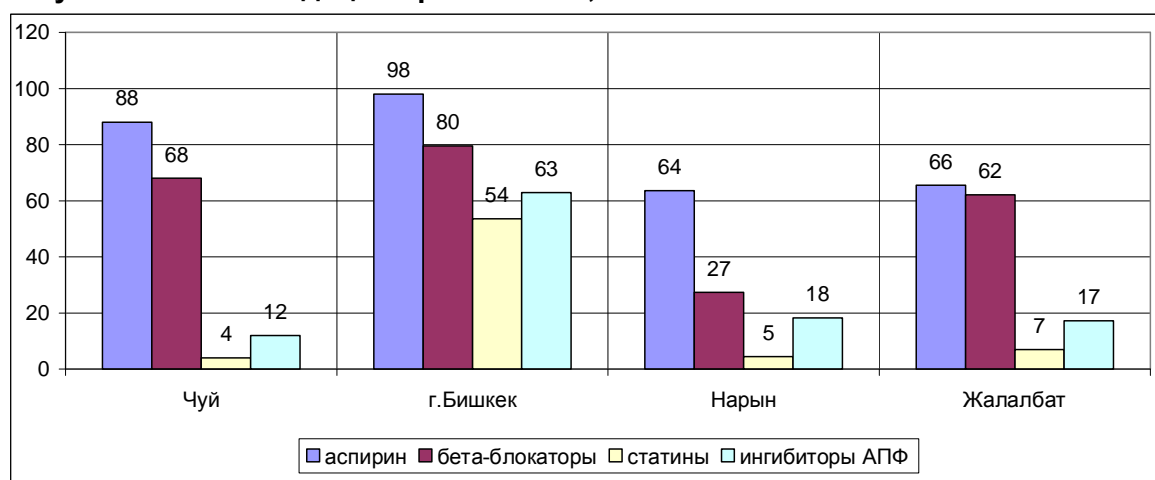
рекомендации по **немедикаментозному лечению**:

- Прекращение курения – 0%
- Адекватные физические нагрузки – 10%
- Диета – 39%

Рекомендации по **медикаментозному лечению** после выписки из стационара, отражают принципы, схожие с лечением в стационаре. Например, в Нарынской области как это отмечалось выше, некоторые группы препаратов (бета-блокаторы, ингибиторы АПФ) назначались в небольшом проценте случаев (Рисунок 32). В других регионах ситуация обстоит лучше, особенно по таким препаратам как аспирин и бета-блокаторы, которые были рекомендованы большинству пациентов в г. Бишкек и Чуйской области.

Относительно новая группа препаратов для контроля гиперхолестеринемии – статины присутствуют в рекомендациях врачей во всех исследуемых регионах, но приверженность врачей к их назначению в г. Бишкеке выше по сравнению с регионами.

Рисунок 32. Рекомендации при выписке, %



Больные, перенесшие инсульт отметили, что при выписке из стационара им всем были предписаны лекарства. Однако в силу финансовых причин, небрежности, боязни привыкания и др. больные не следовали данным рекомендациям: «...хотя врач и дал рекомендации, которым я должен следовать дома, но я принимаю лекарства нерегулярно. Причиной этого, является моя собственная небрежность. Болезнь миновала, и я надеюсь, что она не повторится...».

Жизнь после инсульта

Перенесенный инсульт значительно снижает качество жизни больных, приводя к

инвалидности. Во время беседы с пациентами были заданы вопросы о том, как складывается их жизнь после перенесенного инсульта. Признаки депрессии, выраженные в разной степени, были отмечены у всех опрошенных больных:

«...Я не хочу ни с кем общаться...» Женщина 50 лет, Чуйская область

«...Я стал обузой для семьи...» Мужчина 40 лет, Чуйская область

«...Меня даже не радуют внуки...» Женщина 70 лет, Нарынская область

«...Зачем такая жизнь, если я даже не могу сам сходить в туалет...» Мужчина 62 лет, Жалалабадская область

Реабилитация

Важность реабилитации после мозгового инсульта трудно переоценить. Реабилитационные мероприятия, начатые в течение первых 7 дней от наступления инсульта, влияют на исход инсульта. Однако следует отметить, что если реабилитация больных, перенесших ОИМ способна вернуть их к полноценной жизни, то в случае инсульта даже успешная комплексная реабилитация может лишь в той или иной мере вернуть утраченные функции, оставляя пациентов инвалидами до конца жизни.

Основные принципы реабилитации заключаются в ее раннем начале и поэтапном построении системы реабилитации. Опыт передовых стран, когда команда, состоящая из врача – кинезиолога, логопеда и психолога с самых первых дней госпитализации подключаются к основному лечению и начинают реабилитационные мероприятия, показывает высокую эффективность. Реабилитация больных с двигательными нарушениями включает кинезиотерапию, лечебный массаж, физиотерапию, биоуправление с обратной связью, протезно-ортопедические приспособления, трудотерапию, восстановительное обучение больных с нарушением речи, чтения и письма и психотерапию.

В Кыргызстане реабилитация после инсульта начинается после выписки из стационара. При выписке больным наряду с лекарственной терапией, в качестве вторичной профилактики, рекомендуют проводить физическую реабилитацию на дому. Это, в основном массаж и физические упражнения, направленные на восстановление утраченных функций. Психологическая реабилитация практически не проводится. Определение инвалидности после перенесенного инсульта является частью социальной реабилитации. Но в более широком смысле социальная реабилитация не проводится.

Выводы:

- Профилактика инсульта является недостаточно эффективной в связи с:
 - недостаточной приверженностью врачей и пациентов;
 - недостаточным уровнем информированности специалистов в регионах;
- Отсутствует целостный подход к профилактике, т.е. факторы риска не рассматриваются во всей своей совокупности;
- Реабилитация после инсульта не проводится на должном уровне и представлена фрагментарными услугами;
- Пациенты самостоятельно проводят реабилитацию, используя опыт своих родственников, знакомых и других

Рекомендации:

- Усилить первичную профилактику ССЗ включающую разработку стратегии контроля факторов риска мозговых инсультов;
- Разработать систему реабилитации для больных после мозговых инсультов, включающую физическую, психологическую, и социальную реабилитацию с целью максимально скорого возвращения больного к полноценной жизни.

6. ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

В данной части отчета представлены основные выводы, рекомендации и следующие шаги.

6.1 Выводы

Качество профилактической и лечебной помощи при ССЗ имеет значительные различия между регионами и характеризуется как сильными, так и слабыми сторонами.

Сильные стороны профилактики и лечения включают:

- Профилактика в учреждениях первичного уровня сфокусирована на ГБ, и это оправдано из-за высокой распространенности повышенного артериального давления в Кыргызской Республике.
- Клинические руководства по диагностике и лечению ОИМ соответствуют международным стандартам. Клиническое содержание кыргызских протоколов по лечению инсультов, в основном, соответствует международным клиническим руководствам, за исключением отдельных рекомендаций.
- ЭКГ является основным методом диагностики ОИМ и проводится во всех случаях при госпитализации повсеместно.

Слабые стороны профилактики и лечения включают:

- Описание эпидемиологической ситуации по сердечно-сосудистым заболеваниям в стране, пока возможно только на данных по смертности. Причина - недочеты в статистических данных по заболеваемости.
- Существующая форма амбулаторной карточки недостаточно информативна
- Позднюю госпитализацию пациентов с ОИМ и инсультами от появления первых симптомов в половине из обследованных областей;

- За исключением г. Бишкек, службы скорой помощи обеспечивают низкий охват и предоставляют недостаточный объем услуг пациентам с ОИМ и инсультом;
- Чуть менее половина пациентов с инсультом не госпитализируются в стационар, а остаются на дому.
- Доступность современных методов диагностики инсульта и его подтипов (КТ/МРТ) остается низкой в Кыргызстане. Люмбальная пункция выполняется по показаниям, для дифференциальной диагностики видов инсульта. В основном, дифференциальная диагностика отдельных видов инсульта в Кыргызстане основана на физикальных данных пациентов и личном опыте врача.
- Отмечены значительные отличия в подходах к лечению ОИМ и рекомендациях при выписке между регионами;
- При лечении инсульта применяются препараты с недоказанной эффективностью (пираретам, винпоцетин, актовегин и др.), а препараты с доказанной эффективностью применяются недостаточно широко.
- Реабилитации после ОИМ и инсульта уделяется недостаточное внимание

6.2 Рекомендации

- Совершенствование сбора статистических данных на местах
- Пересмотр, разработка нового формата амбулаторных карточек, выписки из истории болезни
- Усиление первичной профилактики ССЗ включающей разработку стратегий борьбы с факторами риска, в частности популяционная стратегия и стратегия «высокого риска» (ВОЗ). Популяционная стратегия включает воздействие на уровне населения на образ жизни и факторы окружающей среды, их социальные и экономические предпосылки, которые являются причинами развития ОИМ. В связи с высоким уровнем заболеваемости гипертонической болезнью и низким уровнем ее контроля, популяционная стратегия должна фокусироваться на предоставлении информации о ГБ и ее лечении. Стратегия «высокого риска»: идентификация лиц с высоким риском развития ОИМ и проведение мероприятий по снижению уровня факторов риска. В связи с этим, одним из основных

мероприятий должны быть - измерение артериального давления у большего количества населения.

- Дальнейшее усиление службы скорой помощи с целью увеличения охвата и объема в диагностике и лечении на догоспитальном этапе.
- Повсеместное использование существующих клинических руководств по лечению ОИМ с их регулярными пересмотрами и дополнениями. Разработать клиническое руководство по ведению пациентов с инсультом на всех уровнях оказания медицинской помощи в соответствии с международной методологией.
- Важной целью является сгладить различия в лечении и повысить приверженность врачей к следованию клиническим руководствам. Необходимо расширить охват обучения специалистов и проводить регулярный мониторинг на предмет приверженности врачей к клиническим руководствам.
- Разработать систему реабилитации для больных после ОИМ и инсульта включающую физическую, психологическую, и социальную реабилитацию с целью максимально скорого возвращения больного к полноценной жизни.

6.3 Следующие шаги

- Создать рабочую группу по разработке стратегии, которая будет включать весь круг заинтересованных лиц из специалистов, и людей принимающие политические решения
- Разработать стратегию по снижению заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Кыргызской Республике, включающей перечень мероприятий.
- Провести анализ экономической эффективности предложенных мероприятий с использованием инструмента ВОЗ CHOICE.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Инструменты исследования

Приложение 2. Картирование

Приложение 3. Сравнительный анализ клинических руководств

Приложение 4. Литературный обзор

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ИНСТРУМЕНТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

№1 Качество лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в КР ИНСУЛЬТ (госпитальный уровень)

Данные из истории болезни пациента:

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

1 Область _____ 2 Район/ город _____

3 Название стационара _____ 4 Отделение _____

5 Возраст пациента (полных лет) ____ 6 Пол пациента 1. муж 2. жен.

7 Место работы _____

8 Дата поступления

8.1 К-во койко-дней

9 Повторный инсульт 1. да 2. нет

9.1 Если да, дата предыдущего инсульта

10 Время от появления симптомов до госпитализации
 1 до 6 ч 2 от 6 до 24 ч 3 позже 24 ч 4 не указано

11 Время от первичного осмотра врача до госпитализации
 1 до 6 ч 2 от 6 до 24 ч 3 позже 24 ч 4 не указано

12 Вид направления:

12.1 Скорая помощь

12.2 ГСВ/ФАП

12.3 ЦСМ

12.4 Переведен из другого ЛПУ

12.5 Самонаправление

13 Вид транспортировки

13.1 Скорая помощь

13.2 Собственная машина

13.3 Другой транспорт

13.4 Не указано

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ИНСУЛЬТОМ

При поступлении/ в отделении

А. Информация из анамнеза/Оценка факторов риска

14 Наследственность / Факторы риска:

- | | |
|---------------------------------|--|
| 14.1 Наследственность отягощена | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет <input type="checkbox"/> 3 не указано |
| 14.2 Курение | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет <input type="checkbox"/> 3 не указано |
| 14.3 Злоупотребление алкоголем | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет <input type="checkbox"/> 3 не указано |
| 14.4 Избыточный вес | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет <input type="checkbox"/> 3 не указано |
| 14.5 Повышенное АД | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет <input type="checkbox"/> 3 не указано |
| 14.6 Гиперлипидемия | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет <input type="checkbox"/> 3 не указано |
| 14.7 Мерцание предсердий | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет <input type="checkbox"/> 3 не указано |
| 14.8 Сахарный диабет | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет <input type="checkbox"/> 3 не указано |

В. Диагностика

15 Анализы крови:

- | | |
|------------------|--|
| 15.1 ПТИ | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет |
| 15.2 Холестерин | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет |
| 15.3 Сахар крови | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет |
| 15.4 АЛТ/АСТ | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет |

16 Компьютерная томография/Магнитно-резонансная томография 1. да 2. нет

17 Люмбальная пункция 1. да 2. нет

18 ЭКГ 1. да 2. нет

19 Каротидная ангиография 1. да 2. нет

20 Каротидная транскраниальная доплерография 1. да 2. нет

21 Тип инсульта: 1 Геморр 2 Ишемический 3 Неуточненный

С. Вмешательства

Лечение и профилактика:

22 Препараты, улучшающие мозговое кровообращение и нейропротекторы:

- | | |
|-----------------|--|
| 22.1 Циннаризин | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет |
|-----------------|--|

- 22.2 Винпоцетин 1. да 2. нет
- 22.3 Пирацетам 1. да 2. нет
- 22.4 Актовегин 1. да 2. нет
- 22.5 Глиатилин 1. да 2. нет
- 22.6 Витамин Е 1. да 2. нет

23 Тромболитики (Стрептокиназа) 1. да 2. нет

24 Антиагреганты:

- 24.1 Аспирин 1. да 2. нет
- 24.2 Тиклопидин 1. да 2. нет
- 24.3 Дипиридамол 1. да 2. нет

25 Антикоагулянты:

- 25.1 Прямого действия (Гепарин, Фраксипарин) 1. да 2. нет
- 25.2 Непрямого действия (Варфарин) 1. да 2. нет

26 Другие 1. да 2. нет

Название	Показания
1.	
2.	
3.	

27 Хирургическое лечение 1. да 2. нет

27.1 Если да, показания _____

28 Ранняя реабилитация (в первые 7 суток после начала инсульта)

- 28.1 Консультация логопеда (спичтерапия) 1. да 2. нет
- 28.2 Консультация профпатолога 1. да 2. нет
- 28.3 Консультация физиотерапевта (кинезиотерапия) 1. да 2. нет
- 28.4 Консультация психотерапевта 1. да 2. нет
- 28.5 Социальная реабилитация 1. да 2. нет

29 Оценка способности к повседневной деятельности

По шкале ADL (Barthel) 1. да 2. нет

30 Индивидуальная стратегия профилактики повторного инсульта 1. да 2. нет

31. Исход

- 31.1 Стабилизация инсульта
- 31.2 Восстановление нарушенных функций
- 31.3 Переведен в другой стационар
- 31.3.1 Если да, то в какой _____
- 31.4 Выписан без улучшения
- 31.5 Умер
- 32 Если умер, тип инсульта 1 Геморр 2 Ишемический 3 Другой
- 33 Причины смерти
- 33.1 Церебральные
- 33.2 Экстрацеребральные

Рекомендации по вторичной профилактике при выписке

Медикаменты:

34 Антиагреганты:

- 34.1 Аспирин 1. да 2. нет
- 34.2 Тиклопидин 1. да 2. нет
- 34.3 Дипиридамол 1. да 2. нет

35 Варфарин 1. да 2. нет

36 Препараты, снижающие уровень холестерина:

- 36.1 Статины 1. да 2. нет
- 36.2 Фибраты 1. да 2. нет
- 36.3 Другие препараты, снижающие холестерин 1. да 2. нет

37. Другие 1. да 2. нет

Название	Показания
1.	
2.	

38 Консультации по образу жизни:

- 38.1 По прекращению курения 1. да 2. нет 3 не указано
- 38.2 Адекватные физические нагрузки 1. да 2. нет 3 не указано
- 38.3 Диета 1. да 2. нет 3 не указано
- 38.4 Лечение сопутствующих заб-й 1. да 2. нет 3 не указано

39 Направление на реабилитацию 1. да 2. нет

Дата исследования

ФИО исследователя _____

**№2 Качество лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в КР
ОИМ (госпитальный уровень)**

Данные из истории болезни пациента:

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

- 1 Область _____ 2 Район/ город _____
- 3 Название стационара _____ 4 Отделение _____
- 5 Возраст пациента (полных лет) ____ 6 Пол пациента 1. муж 2. жен.
- 7 Место работы _____
- 8 Дата поступления
- 8.1 К-во койко-дней
- 9 Повторный инфаркт 1. да 2. нет
- 9.1 Если да, дата предыдущего инфаркта
- 10 Время от начала боли до госпитализации
 1 до 2 ч 2 от 2 до 12 ч 3 позже 12 ч 4 не указано
- 11 Время от осмотра врача до госпитализации
 1 до 2 ч 2 от 2 до 12 ч 3 позже 12 ч 4 не указано
- 12 Вид направления:
- 12.1 Скорая помощь
- 12.2 ГСВ/ФАП
- 12.3 ЦСМ
- 12.4 Переведен из другого ЛПУ
- 12.5 Самонаправление
- 13 Вид транспортировки
- 13.1 Скорая помощь
- 13.2 Собственная машина
- 13.3 Другой транспорт
- 13.4 Не указано

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Во время транспортировки на скорой

- 14 ЭКГ 1. да
2. нет
- 15 Наркотические анальгетики 1. да 2. нет

- | | |
|---------------------------------|--|
| 16 Аспирин | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет |
| 17 Тромболитики (Стрептокиназа) | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет |
| 18 Гепарин | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет |
| 19 β -блокаторы | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет |
| 20 Нитраты | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет |

При поступлении/ в отделении

А. Информация из анамнеза/Оценка факторов риска

21 Наследственность / Факторы риска:

- | | |
|---------------------------------|--|
| 21.1 Наследственность отягощена | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет <input type="checkbox"/> 3 не указано |
| 21.2 Курение | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет <input type="checkbox"/> 3 не указано |
| 21.3 Злоупотребление алкоголем | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет <input type="checkbox"/> 3 не указано |
| 21.4 Избыточный вес | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет <input type="checkbox"/> 3 не указано |
| 21.5 Повышенное АД | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет <input type="checkbox"/> 3 не указано |
| 21.6 Гиперлипидемия | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет <input type="checkbox"/> 3 не указано |
| 21.7 Сахарный диабет | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет <input type="checkbox"/> 3 не указано |

В. Диагностика

- | | |
|--|--|
| 22 ЭКГ | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет |
| 23 Рентген грудной клетки | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет |
| 24 ЭхоКГ | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет |
| 25 Анализы крови: | |
| 25.1 Тропонины | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет |
| 25.2 АЛТ/АСТ | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет |
| 25.3 КФК | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет |
| 25.4 Холестерин | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет |
| 25.5 Сахар крови | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет |
| 26 Электролиты крови, мочи | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет |
| 27 Велоэргометрия на 14-21 сутки после ОИМ | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет |

С. Вмешательства

Лечение и профилактика:

- | | |
|---|--|
| 28 Наркотические анальгетики | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет |
| 29 Аспирин | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет |
| 30 Тромболитики (Стрептокиназа) в первые 12 ч | <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет |

- 31 Гепарин в первые 12 ч 1. да 2. нет
- 32 β -блокаторы в первые 12 ч 1. да 2. нет
- 33 Ингибиторы АПФ в первые 12 ч 1. да 2. нет
- 34 Хирургическое лечение 1. да 2. нет
- 34.1 Если да, показания _____
- 35 Ангиопластика 1. да 2. нет
- 36 Другие 1. да 2. нет

Название	Показания/где указано
1.	
2.	

37. Исход

37.1 Выписан

37.2 Переведен в другой стационар

37.2.1 Если да, укажите куда _____

37.3 Выписан без улучшения

37.4 Умер

37.5 Другое

38. Если умер, укажите причину смерти:

38.1 Кардиогенный шок 1. да 2. нет

38.2 Аритмии 1. да 2. нет

38.2.1 Тахикардии 1. да 2. нет

38.2.2 Брадикардии 1. да 2. нет

38.3 Острая левожелудочковая недостаточность 1. да 2. нет

38.4 Отек легких 1. да 2. нет

38.5 Другая 1. да 2. нет

38.5.1 Если да, укажите _____

Рекомендации по вторичной профилактике при выписке

Медикаменты:

39 Аспирин 1. да 2. нет

40 β -блокаторы 1. да 2. нет

41 Препараты, снижающие уровень холестерина:

41.1 Статины 1. да 2. нет

41.2 Фибраты 1. да 2. нет

41.3 Другие препараты, снижающие холестерин 1. да 2. нет

42 Ингибиторы АПФ 1. да 2. нет

43 Другие 1. да 2. нет

Название	Показания
1.	
2.	

44 Консультации по образу жизни:

44.1 По прекращению курения 1. да 2. нет 3 не указано

44.2 Адекватные физические нагрузки 1. да 2. нет 3 не указано

44.3 Диета 1. да 2. нет 3 не указано

44.4 Лечение сопутствующих заб-й 1. да 2. нет 3 не указано

45 Направлен на специализир реабилитацию 1. да 2. нет 3 не указано

Дата исследования ФИО исследователя _____

**№3 Качество лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в КР
ИНСУЛЬТ (уровень ПМСП)**

Данные из амбулаторной карточки пациента:

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

1 Область _____ 2 Район (город) _____
 3 ГСВ № _____ 4 ЦСМ _____
 5 Возраст пациента (полных лет) _____ 6 Пол пациента 1. муж 2. жен.
 7 Место работы _____
 8 Дата последнего инсульта
 9 Количество перенесенных пациентом инсультов _____

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА

Факторы риска

10 Были ли диагностированы факторы риска до инсульта 1. да 2. нет

Если да, укажите: 1.- да 2. нет 3. не указано (Прим)

Риск фактор/запись	Уровень	Вмешательства	Результат
Неизменяемые/Генетические			
1. Наследственность <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.		Конс. о наличии риска <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	
Изменяемые/Образ жизни			
2. Питание <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.		Конс. о здоровом питании <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Здоровая диета <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
3.. Излишний вес <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	ИМТ 25 и выше <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Конс. по снижению веса <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3..	ИМТ ниже 25 <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
4. Курение <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	К-во выкур сигарет в день _____ <input type="checkbox"/> 3.	Конс. о прекращении курения <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Прекращение курения <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
5. Злоупотребление алкоголем <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	К-во (мл) алкоголя в неделю _____ <input type="checkbox"/> 3.	Конс. об ограничении употребления алкоголя <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Уменьшение употребления алкоголя <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
Изменяемые/ Сопутствующие заболевания			
6. Гипертоническая болезнь <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	АД выше 140/90 мм.рт ст. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	ЭКГ: Назначен <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Сделан <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Лечение <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Контроль АД на нормальном уровне <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
7. Сахарный диабет <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Анализ на сахар выше 6,0 ммоль/л <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Анализ Назначен <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2 Сделан <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Значение _____ Леч-е <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Контроль сахара на нормальном уровне <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
8. Гиперхолестеринемия <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Анализ на ХС выше 5.2 ммоль/л <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Анализ Назначен <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2 Сделан <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Значение _____ Лечение <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Холестерин ниже 5.2 ммоль/л <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
9. Мерцание предсердий <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Мерцательная аритмия на ЭКГ <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Лечение мерцаний предсердий <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Контроль мерцаний предсердий <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.

11 Были ли диагностированы факторы риска после инсульта 1. да 2. нет

Если да, укажите:

1.- да 2. нет 3. не указано (Прим)

Риск фактор/запись	Уровень	Вмешательства	Результат
Неизменяемые/Генетические			
1. Наследственность <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.		Конс. о наличии риска <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	
Изменяемые/Образ жизни			
2. Питание <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.		Конс. о здоровом питании <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Здоровая диета <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
3.. Излишний вес <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	ИМТ 25 и выше <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Конс. по снижению веса <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3..	ИМТ ниже 25 <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
4. Курение <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	К-во выкур сигарет в день ___ <input type="checkbox"/> 3.	Конс. о прекращении курения <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Прекращение курения <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
5. Злоупотребление алкоголем <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	К-во (мл) алкоголя в неделю ___ <input type="checkbox"/> 3.	Конс. об ограничении употребления алкоголя <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Уменьшение употребления алкоголя <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
Изменяемые/ Сопутствующие заболевания			
6. Гипертоническая болезнь <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	АД выше 140/90 мм.рт ст. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	ЭКГ: Назначен <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Сделан <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Лечение <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Контроль АД на нормальном уровне <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
7. Сахарный диабет <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Анализ на сахар выше 6,0 ммоль/л <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Анализ Назначен <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2 Сделан <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Значение ___ Леч-е <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Контроль сахара на нормальном уровне <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
8. Гиперхолестеринемия <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Анализ на ХС выше 5.2 ммоль/л <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Анализ Назначен <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2 Сделан <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Значение ___ Лечение <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Холестерин ниже 5.2 ммоль/л <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
9. Мерцание предсердий <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Мерцательная аритмия на ЭКГ <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Лечение мерцаний предсердий <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Контроль мерцаний предсердий <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.

12 Время от начала симптомов последнего инсульта до первичного осмотра врача ___

13 Кем был произведен первичный осмотр больного:

- 13.1 Врач скорой помощи
- 13.2 Семейный врач/фельдшер
- 13.3 Невролог
- 13.4 Не указано

14 Вид инсульта: 1 ТИА 2 Геморр 3 Ишемический 4 Неуточненный

15 Был ли пациент госпитализирован 1. да 2. нет

15.1 Если да, название стационара _____

16 Имеется ли выписка из истории болезни 1. да 2. нет

Если да, укажите:

16.1 Диагноз 1 ТИА 2 Геморр 3 Ишемический 4 Неуточненный

Рекомендации при выписке

16.2 Рекомендации при выписке
1.
2.
Был ли направлен на реабилитацию <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет

17 Через какое время после выписки пациент обратился в ЦСМ _____

18 Если не был госпитализирован укажите причину

Лечение и реабилитации на дому (без госпитализации)

19 Препараты, улучшающие мозговое кровообращение и нейропротекторы:

19.1 Циннаризин 1. да 2. нет

19.2 Винпоцетин 1. да 2. нет

19.3 Пирацетам 1. да 2. нет

19.4 Актовегин 1. да 2. нет

19.5 Глиатилин 1. да 2. нет

19.6 Витамин Е 1. да 2. нет

20 Тромболитики (Стрептокиназа) 1. да 2. нет

21 Антиагреганты:

21.1 Аспирин 1. да 2. нет

21.2 Тиклопидин 1. да 2. нет

21.3 Дипиридамол 1. да 2. нет

22 Антикоагулянты:

22.1 Прямого действия (Гепарин, Фраксипарин) 1. да 2. нет

22.2 Непрямого действия (Варфарин) 1. да 2. нет

23 Другие 1. да 2. нет

Название	Показания
1.	
2.	

24 Ранняя реабилитация (в первые 7 суток после начала инсульта)

24.1 Консультация логопеда (спичтерапия) 1. да 2. нет

24.2 Консультация профпатолога 1. да 2. нет

24.3 Консультация физиотерапевта (кинезиотерапия) 1. да 2. нет

24.4 Консультация психотерапевта 1. да 2. нет

24.4 Социальная реабилитация 1. да 2. нет

Вторичная профилактика и реабилитация

25 Оценка способности к повседневной деятельности

По шкале ADL (Barthel)

1. да 2. нет

26 Индивидуальная стратегия профилактики повторного инсульта

1. да 2. нет

27 У кого наблюдается пациент по поводу перенесенного инсульта

27.1 Семейный врач

27.2 Невролог

28 Антиагреганты:

28.1 Аспирин

1. да 2. нет

28.2 Тиклопидин

1. да 2. нет

28.3 Дипиридамол

1. да 2. нет

29 Варфарин

1. да 2. нет

30 Ингибиторы АПФ

1. да 2. нет

31 Тиазидные диуретики

1. да 2. нет

32 Препараты, улучшающие мозговое кровообращение и нейропротекторы:

32.1 Циннаризин

1. да 2. нет

32.2 Винпоцетин

1. да 2. нет

32.3 Пирацетам

1. да 2. нет

32.4 Актовегин

1. да 2. нет

33 Другие

1. да 2. нет

Название	Показания
1.	
2.	

34 Реабилитация

34.1 Спичтерапия

1. да 2. нет

34.2 Кинезиотерапия

1. да 2. нет

34.3 Трудотерапия

1. да 2. нет

34.4 Психотерапия

1. да 2. нет

34.5 Социальная реабилитация

1. да 2. нет

34.6 Стационарная реабилитация в спец. учреждении

1. да 2. нет

Дата исследования

ФИО исследователя _____

**№4 Качество лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в КР
ОИМ (уровень ПМСП)**

Данные из амбулаторной карточки пациента:

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

1 Область _____ 2 Район (город) _____
 3 ГСВ № _____ 4 ЦСМ _____
 5 Возраст пациента (полных лет) _____ 6 Пол пациента 1. муж 2. жен.
 7 Место работы _____
 8 Дата последнего инфаркта _____
 9 Количество визитов в последние 6 месяцев до инфаркта _____

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА

Факторы риска:

10 Были ли диагностированы факторы риска до ОИМ 1. да 2. нет

Если да, укажите: 1.- да 2. нет 3. не указано (Прим)

Риск фактор/запись	Уровень	Вмешательства	Результат
Неизменяемые/Генетические			
1. Наследственность <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.		Конс. о наличии риска <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	
Изменяемые/Образ жизни			
2. Питание <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.		Конс. о здоровом питании <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Здоровая диета <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
3.. Излишний вес <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	ИМТ 25 и выше <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Конс. по снижению веса <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3..	ИМТ ниже 25 <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
4. Курение <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	К-во выкур сигарет в день _____ <input type="checkbox"/> 3.	Конс. о прекращении курения <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Прекращение курения <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
5. Злоупотребление алкоголем <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	К-во (мл) алкоголя в неделю _____ <input type="checkbox"/> 3.	Конс. об ограничении употребления алкоголя <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Уменьшение употребления алкоголя <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
6. Гиподинамия <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Низкая физ. активность <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Конс. о пользе физ. упраж <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Регулярные физ упражнения <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
Изменяемые/ Сопутствующие заболевания			
7. Гипертоническая болезнь <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	АД выше 140/90 мм.рт ст. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	ЭКГ: Назначен <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Сделан <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Лечение <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Контроль АД на нормальном уровне <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
8. Сахарный диабет <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Анализ на сахар выше 6,0 ммоль/л <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Анализ Назначен <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2 Сделан <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Значение _____ Лечение <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Контроль сахара на нормальном уровне <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
9. Гиперхолестеринемия <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Анализ на ХС выше 5.2 ммоль/л <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Анализ Назначен <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2 Сделан <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Значение _____ Лечение <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Холестерин ниже 5.2 ммоль/л <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.

11 Были ли диагностированы факторы риска после ОИМ 1. да 2. нет

Если да, укажите: 1.- да 2. нет 3. не указано (Прим)

Риск фактор/запись	Уровень	Вмешательства	Результат
Неизменяемые/Генетические			
1. Наследственность <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.		Конс. о наличии риска <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	
Изменяемые/Образ жизни			
2. Питание <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.		Конс. о здоровом питании <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Здоровая диета <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
3.. Излишний вес <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	ИМТ 25 и выше <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Конс. по снижению веса <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3..	ИМТ ниже 25 <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
4. Курение <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	К-во выкур сигарет в день ___ <input type="checkbox"/> 3.	Конс. о прекращении курения <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Прекращение курения <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
5. Злоупотребление алкоголем <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	К-во (мл) алкоголя в неделю ___ <input type="checkbox"/> 3.	Конс. об ограничении употребления алкоголя <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Уменьшение употребления алкоголя <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
6. Гиподинамия <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Низкая физ. активность <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Конс. о пользе физ. упраж <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Регулярные физ упражнения <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
Изменяемые/ Сопутствующие заболевания			
7. Гипертоническая болезнь <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	АД выше 140/90 мм.рт ст. <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	ЭКГ: Назначен <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Сделан <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Лечение <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Контроль АД на нормальном уровне <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
8. Сахарный диабет <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Анализ на сахар выше 6,0 ммоль/л <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Анализ Назначен <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2 Сделан <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Значение ___ Лечение <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Контроль сахара на нормальном уровне <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.
9. Гиперхолестеринемия <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Анализ на ХС выше 5.2 ммоль/л <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Анализ Назначен <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2 Сделан <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Значение ___ Лечение <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	Холестерин ниже 5.2 ммоль/л <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.

12 Был ли пациент госпитализирован по поводу ОИМ 1. да 2. нет →14.

12.1 Если да, название стационара _____

13 Имеется ли выписка из истории болезни 1. да 2. нет →15.

Если да, укажите:

Рекомендации при выписке
1.
2.
Был ли направлен на реабилитацию <input type="checkbox"/> 1. да <input type="checkbox"/> 2. нет

14 Если не был госпитализирован по какой причине:

15 Через какое время после выписки пациент обратился в ЦСМ _____

16 У кого наблюдается пациент по поводу перенесенного ОИМ

16.1 Семейный врач

16.2 Кардиолог

17 Был ли пациент направлен обратно в госпиталь 1. да 2. нет

Если да, укажите:

17.1 Сколько раз пациент был направлен обратно в госпиталь _____

17.2 Показания для направления _____

Вторичная профилактика и реабилитация

18 Антиагреганты:

18.1 Аспирин 1. да 2. нет

18.2 Тиклопидин 1. да 2. нет

18.3. Дипиридамол 1. да 2. нет

19 β -блокаторы 1. да 2. нет

20 Ингибиторы АПФ 1. да 2. нет

21 Препараты, снижающие уровень холестерина:

21.1 Статины 1. да 2. нет

21.2 Фибраты 1. да 2. нет

21.3. Другие препараты, снижающие холестерин 1. да 2. нет

22 Другие 1. да 2. нет

Название	Показания
1.	
2.	

23 Реабилитация

23.1 Физическая 1. да 2. нет

23.2 Психологическая 1. да 2. нет

23.3. Социальная 1. да 2. нет

23.4 Специализированная кардиологическая реабилитация 1. да 2. нет

Дата исследования ФИО исследователя _____

№5 Качество лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в КР

Лекарственное обеспечение

1. ИНСУЛЬТ И ОИМ (Наличие ключевых ЛП в больнице)

1 Область _____ 2 Город/ Район _____

3 Учреждение _____ 4 Отделение _____

ИНСУЛЬТ		ОИМ	
Ключевые лекарства	Имеются в наличии.	Ключевые лекарства	Имеются в наличии.
Антиагреганты:		Тромболитики	
Аспирин		Стрептокиназа	
Дипиридамол			
Ингибиторы АПФ		Антикоагулянты:	
Эналаприл		Гепарин	
Лизиноприл		Варфарин	
Каптоприл		Надропарин	
Тиазидные диуретики		β-блокаторы	
Гидрохлортиазид		Пропранолол	
Индапамид		Атенолол	
		Бисопролол	
		Метопролол	
Тканевой активатор плазминогена (rtPA) (нет в ПЖВЛС)		Наркотические анальгетики	
		Морфин	
		Фентанил	
		Тримеперидин	
Тромболитики		Антиагреганты:	
Стрептокиназа		Аспирин	
		Дипиридамол	
Вазоактивные препараты		Статины	
Винпоцетин		Аторвастатин	
		Ингибиторы АПФ	
		Эналаприл	
		Лизиноприл	
		Каптоприл	

2 ИНСУЛЬТ И ОИМ

(Доступность ключевых ЛП в аптеке вблизи лечебного учреждения)

1 Область _____ 2 Город/ Район _____

3 Учреждение _____ 4 Отделение _____

ИНСУЛЬТ		ОИМ	
Ключевые лекарства	Имеются в наличии.	Ключевые лекарства	Имеются в наличии.
Антиагреганты:		β-блокаторы	
Аспирин		Пропранолол	
Дипиридамол		Атенолол	
Ингибиторы АПФ		Бисопролол	
Эналаприл		Метопролол	
Лизиноприл		Антиагреганты:	
Каптоприл		Аспирин	
Тиазидные диуретики		Дипиридамол	
Гидрохлортиазид		Статины	
Индапамид		Аторвастатин	
Антикоагулянты:		Ингибиторы АПФ	
Варфарин		Эналаприл	
		Лизиноприл	
		Каптоприл	

Дата исследования ФИО исследователя _____

Мнение пациентов с инсультом

Индивидуальное полу-структурное интервью

Область _____ Район _____

Время госпитализации _____ Кол-во инсультов _____

Интервьюер _____ Ассистент _____ Дата проведения интервью _____

1. Вступление

а. Представление интервьюера и ассистента

б. Информация о целях интервью и его правила

Центр Развития Здравоохранения совместно со Всемирной Организацией Здравоохранения проводят исследование по качеству лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в Кыргызстане. До настоящего времени было проведено немного обследований относительно сильных и слабых сторон качества профилактических и лечебных услуг предоставляемых в Кыргызстане. Улучшение качества медицинских услуг, как профилактических, так и лечебных, является одним из механизмов для снижения заболеваемости и смертности от ССЗ. Целью данного обследования является получение информации о доступности медицинских услуг инсультными больными. Информация полученная в рамках этого обследования будет предоставлена Министерству Здравоохранения КР для улучшения качества медицинских услуг предоставляемых для вышеуказанных больных.

Я бы хотел(а) побеседовать с Вами и попросить Вас ответить на несколько вопросов относительно Вашего заболевания. Участие в нашем обследовании добровольное и Вы вправе отказаться отвечать на мои вопросы. Однако, учитывая особую важность для Министерства Здравоохранения КР в получении достоверной информации о качестве медицинских услуг для инсультных больных с целью принятия действенных мер направленных на снижение заболеваемости и смертности от инсульта в нашей стране, прошу Вас принять участие в этом обследовании.

Заверяю Вас, что наш разговор будет строго конфиденциален, т.е. вся предоставленная Вами информация будет использована только в обобщенном виде. Я оставляю номер телефона нашей организации, по которому Вы можете позвонить в случае возникновения каких-либо вопросов

2. Вступительные вопросы

1. Пожалуйста, расскажите нам в целом о Вашем образе жизни до того, как Вы получили инсульт?
2. Какие факторы риска Вы знаете, что может привести к инсульту?
3. Откуда Вы знаете эти факторы риска? Получали ли Вы какие-либо рекомендации/консультации по этим вопросам у Вашего семейного врача/ГСВ или в каком-либо другом медицинском учреждении?

3. Основные вопросы:

Вопросы	Подсказка
Начальный этап, до-госпитальный процесс	
Пожалуйста, расскажите нам о самом начальном этапе, что было сделано как только Вы почувствовали себя плохо (на дому).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Какие сложности Вы испытали при вызове скорой помощи? 2. Какие диагностические/лечебные услуги были предоставлены скорой помощью, если она приехала? 3. Какие аспекты, Вы считаете положительными, а какие нет? 4. Вы или Ваши родственники платили ли скорой помощи? 5. Сколько времени прошло с момента вызова скорой помощи до прибытия в больницу?
Процесс госпитализации и пребывание в больнице	
1. Пожалуйста, расскажите нам о процессе Вашей госпитализации, как только Вы оказались в больнице (т.е. что было сделано)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пожалуйста, опишите отделение куда Вы были помещены? 2. Сколько времени Вам пришлось ждать с момента прибытия и до получения первой медицинской помощи в больнице? 3. Какие диагностические и лечебные услуги были предоставлены Вам в больнице? Были ли вы удовлетворены этими услугами? 4. Опишите, каково было отношение медицинских работников к Вам (доктора, нянечки и т.д.): <ul style="list-style-type: none"> - Информация о процессе лечения - Вовлечения Вас в принятие решений относительно вашего лечения - Уважение - Внимание (сколько времени уделялось Вам)
2. Пожалуйста, опишите Ваше пребывание в больнице	<ol style="list-style-type: none"> 5. Говоря в целом об обстановке в больнице, какие аспекты Вы считаете положительными/приятными, а какие отрицательные? (питание, отделения, уединение (<i>privacy</i>), туалеты, <i>ванная комната</i>, другое) 6. Расскажите о выплатах, которые Вы делали в течении процесса госпитализации и Вашего лечения в больнице (официальная со-оплата (сделанная во время госпитализации), медицинскому персоналу, лабораторные анализы, лекарства, медицинские и не медицинские материалы, питание, другое) 7. Удовлетворены ли Вы результатом вашего лечения? 8. Получали ли Вы какие-либо реабилитационные услуги во время пребывания в больнице?
Процесс выписки	
Пожалуйста, расскажите нам о процессе Вашей выписки из больницы?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Когда Вы выписывались из больницы, предписал ли Вам Ваш врач дальнейшее лечение и режим, который необходимо соблюдать на дому? <ul style="list-style-type: none"> - принимать лекарства - придерживаться диеты - не курить - делать физические упражнения - избегать стрессов и т.д. 2. Насколько подробно Вам объяснил врач все предназначения и рекомендации выписывая Вас из больницы? 3. Следуете ли Вы всем назначениям и рекомендациям, которые дал Вам ваш врач? 4. В целом, как Вы справляетесь после выписки?

Медицинское лечение/помощь после выписки из больницы

- | | |
|---|--|
| 1. Расскажите, как была организована медицинская помощь/лечение после Вашей выписки из больницы? | 1. Посещали ли Вы в ГСВ после выписки их больницы? |
| 2. По Вашему мнению, каково качество услуг предоставляемых инсультным больным в ГСВ? | 2. Какие услуги Вы получали в ГСВ? |
| 3. Как Вы считаете, каково отношение к Вам Вашего семейного врача и другой мед. персонала в ГСВ? | 3. Опишите каково было отношение медицинских работников в ГСВ к Вам (доктора, нянечки и т.д.): |
| 4. Если бы Вы могли выбирать, какую медицинскую помощь после выписки из больницы Вы бы предпочли? | - Информация о процессе лечения
- Вовлечения Вас в принятие решений относительно вашего лечения
- Уважение
- Внимание (сколько времени уделялось Вам) |

Процесс реабилитации

После Вашей выписки из больницы получали ли Вы какую-либо реабилитацию? – Физическая, Психологическая (депрессия), Социальная

Участие семьи

Можете ли Вы рассказать нам о влиянии вашей болезни на вашу семью - Депрессия

4. Переходные вопросы

- a. Есть ли у Вас какие-либо рекомендации или комментарии как улучшить ситуацию с Инсультами в стране и какие профилактические меры необходимо предпринимать?
- b. Есть ли у Вас какие-либо рекомендации или комментарии как улучшить качество лечения и доступность к медицинским услугам инсультными больными?

5. Закрытие

- a. Есть ли у Вас какие-либо комментарии относительно Вашего пребывания в больнице, медицинского лечения после выписки и профилактических мероприятий?
- b. Есть ли еще какие-либо важные моменты связанные с инсультом, которые мы не обсудили, но они очень важны и нам необходимо их принять во внимание, при разработке политики по предоставлению мед. услуг для инсультных больных?
- c. Краткое резюме основных выводов полученных в ходе интервью.

Мнение пациентов с острым инфарктом миокарда

Фокус Группа

Дата проведения интервью _____
Область _____ Район _____
Количество людей в группе _____
Интервьюер _____ Ассистент _____

1. Вступление

- a. Представление интервьюера и ассистента
- b. Информация о целях интервью и его правила

2. Вступительный вопрос

Пожалуйста, расскажите, что для Вас означает понятие «Здоровье»?

3. Основной вопрос:

Вопросы	Подсказка
---------	-----------

Пребывание в больнице

Спасибо за Вашу дискуссию. А теперь поговорим о Вашем пребывании в больнице. Пожалуйста, опишите Ваше пребывание в больнице.

Вторичная профилактика

Спасибо за Вашу дискуссию. А сейчас хотелось бы у Вас поговорить с Вами о следующем. Вы все перенесли инфаркт. Что Вы делаете сейчас чтобы снова не получить инфаркт?

1. Какие аспекты Вы считаете положительными/приятными, а какие отрицательные?
2. Каково качество лечения?
3. Расскажите о выплатах, которые Вы делали в течении процесса госпитализации и Вашего лечения в больнице.

1. Что объяснил Вам врач во время выписки из больницы?
2. Как он это объяснил? Что Вы поняли, а что нет?
3. Что из того, что врач назначил Вы выполняли, а что нет? Почему?
4. Какие изменения произошли в Вашем образе жизни после перенесенного инфаркта?
5. Поддерживаете ли Вы контакт с своим семейным доктором? Что побуждает поддерживать контакт с семейным доктором?
6. Если Вы идете к врачу в больницу, то почему Вы идете к нему, а не к семейному врачу?

Диагностика заболевания и первичная профилактика

Давайте поговорим о том, что происходило до того как Вы перенесли инфаркт. Если вернуться в те времена, когда у Вас еще не было инфаркта. Как Вы думаете, что можно было бы тогда сделать, чтобы предотвратить инфаркт.

1. Знали ли Вы что находитесь в группе риска? (*Открытая дискуссия*)
2. Что вы делали чтобы не заболеть, т.е. каков был Ваш образ жизни?
3. Способы профилактики:
 - Профессиональная медицинская помощь
 - Традиционные способы профилактики

4. Переходные вопросы

- a. Есть ли у Вас какие-либо комментарии как улучшить ситуацию с Инфарктами в стране?
- b. На Ваш взгляд чего не хватает для улучшения качества лечения и доступность к медицинским услугам для больных с инфарктами?

5. Закрытие

- d. Есть ли еще какие-либо важные моменты связанные с инфарктом, которые мы не обсудили, но они очень важны и нам необходимо их принять во внимание, при разработке политики по предоставлению мед. услуг для больных с инфарктом?
- e. Краткое резюме основных выводов полученных в ходе интервью.

Мнение врачей о качестве лечения и профилактики ОИМ и инсультов

Фокус Группа

Дата проведения _____

Область/Район _____ Учреждение _____

Количество врачей в группе _____

Интервьюер _____ Ассистент _____

1. Вступление

c. Представление интервьюера и ассистента

d. Информация о целях интервью и его правила

2. Вопросы:

Вопросы	Подсказка
<p>Первичная профилактика</p> <p>Как вы в целом оцениваете ситуацию с сердечно – сосудистыми заболеваниями в вашем регионе?</p>	<p>7. Оцените, пожалуйста, первичную профилактику сердечно-сосудистых заболеваний у вас?</p> <p>8. Опишите портрет пациента с ОИМ/мозговым инсультом?</p> <p>9. Есть ли какие либо особенности, присущие именно вашему региону?</p>
<p>Догоспитальный этап</p> <p>Спасибо за дискуссию. А сейчас хотелось бы поговорить с Вами о следующем. Каков алгоритм догоспитального этапа?</p>	<p>1. Расскажите, как работает скорая помощь в вашем регионе?</p> <p>2. Как Вы думаете, почему больные поступают самостоятельно, а не обращаются в скорую помощь или ЦСМ?</p> <p>3. Вы знаете о важности своевременной госпитализации. Расскажите, пожалуйста, о причинах поздней госпитализации?</p> <p>4. Оказывается ли специализированная помощь при инсультах и ОИМ на базе существующей скорой помощи?</p> <p>5. Почему не все больные с инсультом госпитализируются в стационар?</p>
<p>Диагностика и лечение в стационаре</p> <p>Давайте поговорим о том, что происходит в стационаре?</p>	<p>1. Какие факторы риска Вы определяете у больных?</p> <p>2. Расскажите, пожалуйста, по каким критериям Вы ставите диагноз инсульта и его вида?</p> <p>3. Какие диагностические методы Вы применяете?</p> <p>4. Расскажите, каков алгоритм лечения в стационаре?</p> <p>5. Есть ли разница между лечением инсультов в стационаре и лечением на дому</p>
<p>Вторичная профилактика и реабилитация</p> <p>Что происходит с пациентом после выписки из стационара?</p>	<p>1. Какова ранняя реабилитация в вашем мед учреждении?</p> <p>2. Расскажите о процедуре выписки из стационара?</p> <p>3. Оцените преемственность между уровнями в Вашем регионе?</p>

3. Переходные вопросы

c. Есть ли у Вас какие-либо комментарии как улучшить ситуацию с сердечно-сосудистыми заболеваниями в стране?

d. На Ваш взгляд чего не хватает для улучшения качества лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний?

4. Закрытие

f. Есть ли еще какие-либо важные моменты, которые мы не обсудили, но они очень важны и нам необходимо их принять во внимание, при разработке политики по предоставлению мед. услуг?

g. Краткое резюме основных выводов полученных в ходе дискуссии.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2:

Заболеваемость и смертность от мозговых инсультов и острых инфарктов миокарда в Кыргызской Республике

1. Введение

Проблема сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в Кыргызской Республике определена программой реформирования здравоохранения «Манас Таалими» (2006-2010) как одна из четырех приоритетных областей в рамках комплексного подхода к укреплению общей системы здравоохранения. Улучшение качества предоставляемых услуг, как в лечении, так и в профилактике является одним из ключевых механизмов снижения заболеваемости и смертности от ССЗ. До настоящего времени не было проведено систематической оценки качества профилактических и лечебных услуг в Кыргызстане и их соответствия международным стандартам.

2. Эпидемиологические данные по сердечно-сосудистым заболеваниям

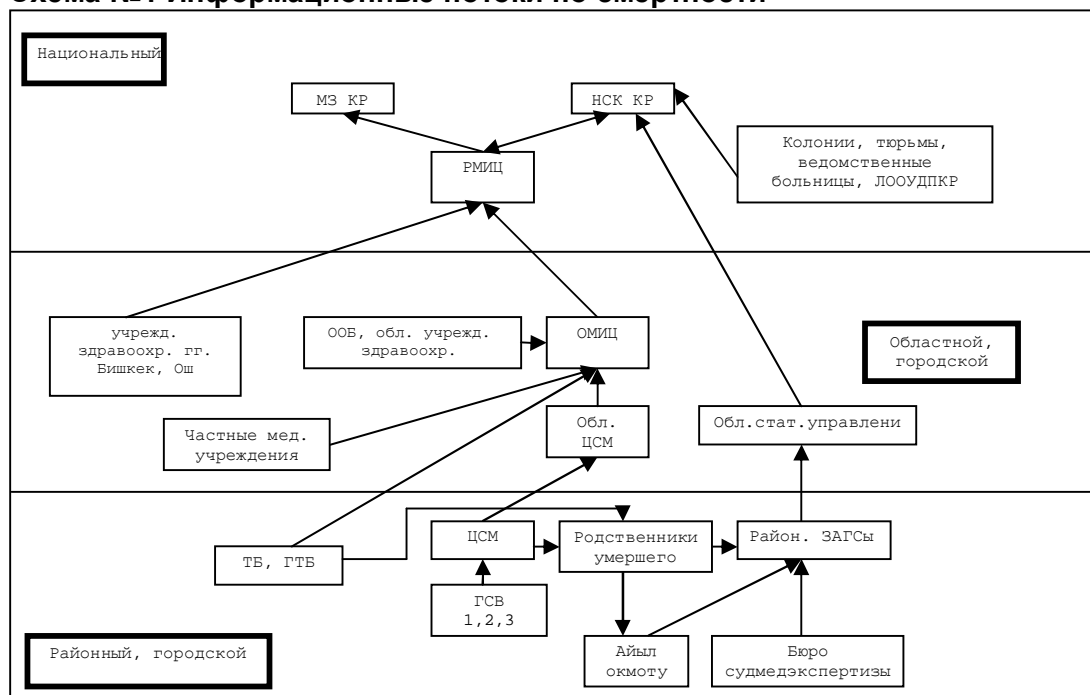
Для составления карт были использованы официальные статистические данные (2003-2005гг.), предоставленные Республиканским медико-информационным центром Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики. Существуют два типа эпидемиологических данных получаемых в плановом порядке: смертность и заболеваемость.

Информационные потоки по смертности

Официальную информацию по смертности РМИЦ получает от Национального Статистического Комитета Кыргызской Республики. НСК КР информацию о смертности получает от областных статистических управлений, лечебных учреждений пенитенциарной системы, ведомственных медучреждений, лечебно-оздоровительного объединения управления делами президента Кыргызской Республики. В областные статистические управления информация о смертности поступает от органов районных Записей Актов Гражданского Состояния (ЗАГС), в свою очередь получающих эти сведения (в виде врачебных свидетельств о смерти) от родственников умерших, из айыл – окмоту, судебно – медицинских бюро (в случае обнаружения трупа органами внутренних дел).

Кроме того, данные о смертности, по отчетной форме №12 , из каждого ЦСМ должны подаваться в ОблЦСМ. ОблЦСМ, в свою очередь аккумулирует поступившую информацию и подает ее в ОМИЦ. Также, ОМИЦ получает материалы по смертности от ТБ, ООБ и областных объединений здравоохранения напрямую (отчетная форма № 14). После обработки информации областные центры предоставляют ее в Республиканский Медико-информационный центр. Также РМИЦ получает данные о смертности от Республиканских Учреждений Здравоохранения (РУ), учреждений здравоохранения гг. Бишкек и Ош.

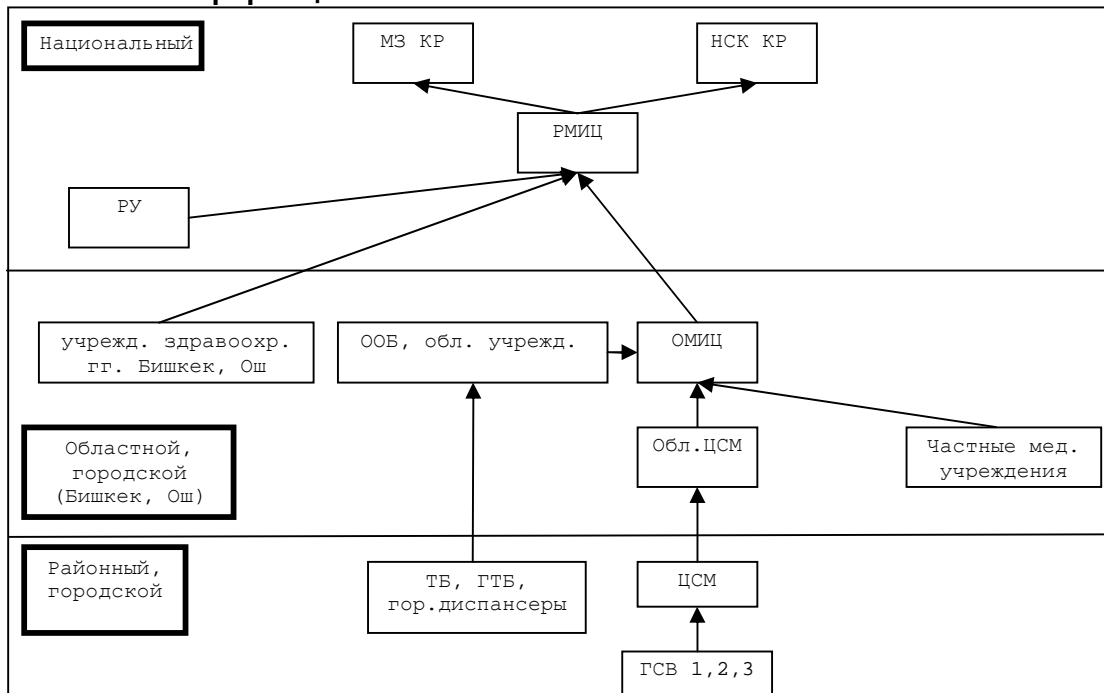
Схема №1 Информационные потоки по смертности



Информационные потоки по заболеваемости

Исходной точкой формирования информации является Группы Семейных Врачей, Центры Семейной Медицины, Территориальные Больницы, которые заполняют отчетные формы №№ 12, 14. При этом учреждения первичного уровня передают информацию в Областные Центры Семейной Медицины, в то время как Территориальные и Городские Больницы в Областные Объединенные Больницы. ОблЦСМ и ООБ собрав информацию предоставляют ее в Областные Медико-Информационные Центры куда также должны предоставлять свои данные и частные медицинские учреждения. Затем ОМИЦы, вместе с учреждениями здравоохранения гг. Бишкек, Ош, а также Республиканскими Учреждениями Здравоохранения направляют данные о сердечно-сосудистой заболеваемости в Республиканский Медико-Информационный Центр, который затем предоставляет отчет в Министерство Здравоохранения Кыргызской Республики и Национальный Статистический Комитет Кыргызской Республики.

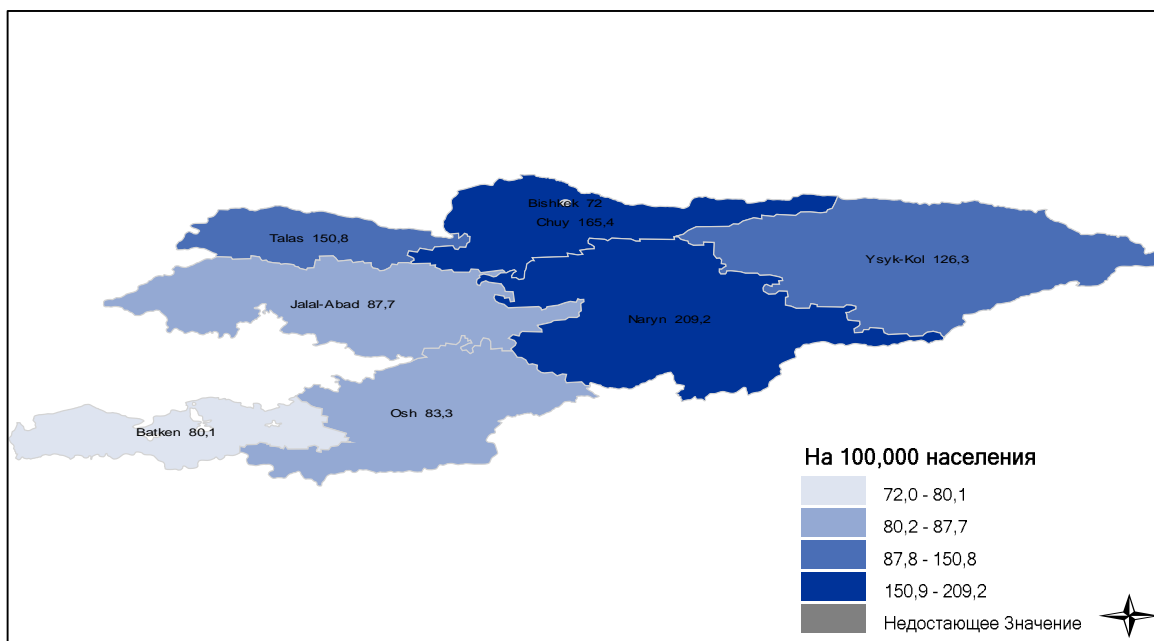
Схема №2 Информационные потоки по заболеваемости



3. Картина сердечно-сосудистых заболеваний в Кыргызстане по областям

1.1.1. Мозговой инсульт

Карта №1 «Смертность от мозговых инсультов по областям, 2005г.»



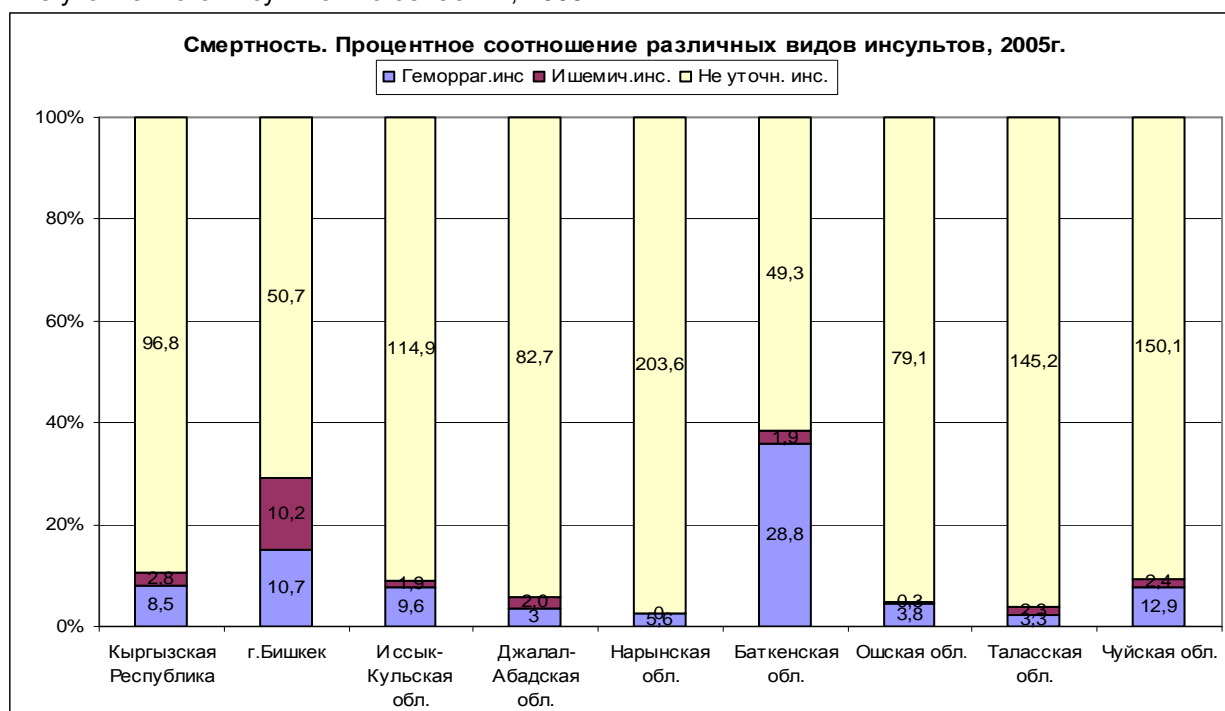
Как видно из данной карты, наиболее высокие показатели смертности за 2005 год от мозгового инсульта наблюдаются в Нарынской области – 209,2 случая на 100000 населения. Показания смертности от мозгового инсульта в Чуйской области составляют 165,4 случаев на 100000 населения. В Таласской области смертность составляет 150,8

случаев на 100000 населения. В Иссык-Кульской области смертность также находится на достаточно высоком уровне – 126,3 случая на 100000 населения.

Районы с самыми высокими показателями отмечены на карте наиболее насыщенным синим цветом.

Для лучшего отображения ситуации с инсультами было проанализировано процентное соотношение смертности геморрагическим, ишемическим и не уточненным инсультами (см. диаграмму №7).

Диаграмма №7 «Процентное соотношение смертности от геморрагического, ишемического и не уточненного инсультов по областям, 2005г.»



Самая большая доля смертности от неуточненного инсульта принадлежит Нарынской области и составляет 97,3% от всех смертей от инсультов. В Баткенской области на долю смертей от неуточненных инсультов приходится 61,6%. В Кыргызской Республике, смертность от неуточненного инсульта составляет 89,5%, смертность от геморрагического – 7,8%, ишемического – 2,6% от общего количества смертей от инсультов. Высокая смертность от неуточненного инсульта может быть связана с несовершенством диагностики заболевания и возможно большей долей смертей вне стационара. Для уточнения этого факта было проанализировано соотношение показателей смертности от неуточненного инсульта в стационаре и на дому (см. диаграмму №8).

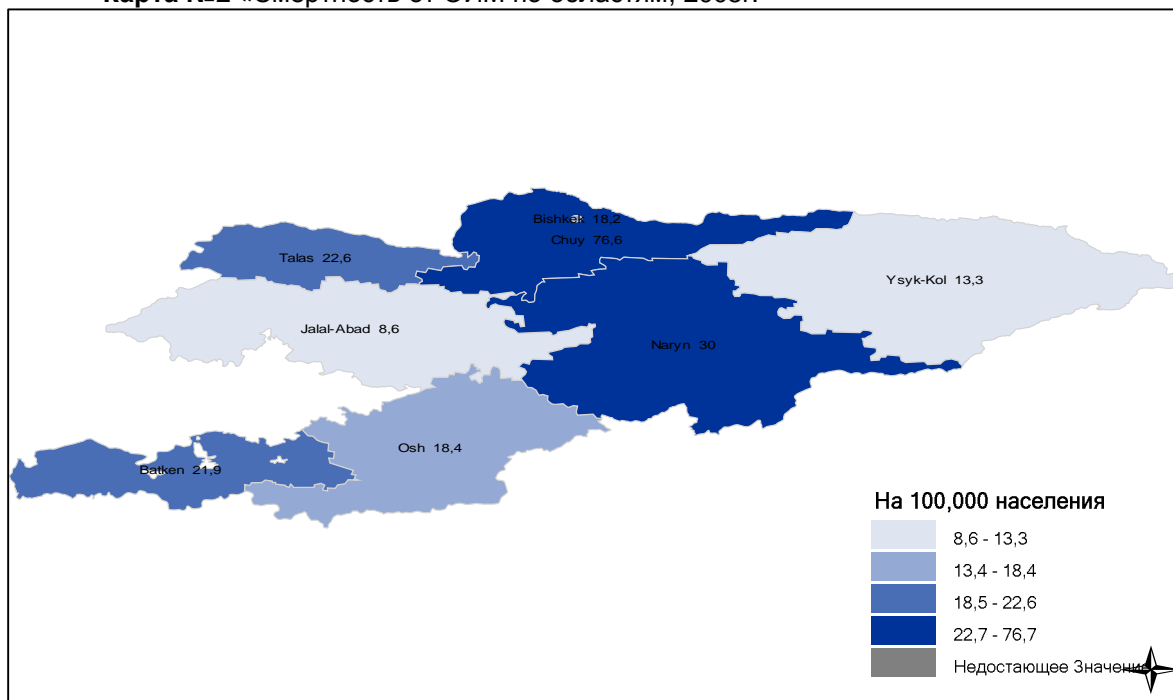
Диаграмма №8 «Умершие в стационарах и на дому от не уточненного инсульта на 100000 населения. 2005г.»



Из этой диаграммы видно, что во всех областях, за исключением Ошской и Чуйской, все больные неуточненным инсультом умирают дома. В Ошской области, 7% больных неуточненным инсультом умирают в стационаре. В Чуйской области показатель умерших в стационаре составляет 0,1 на 100000 населения

3.3.2 Острый инфаркт миокарда.

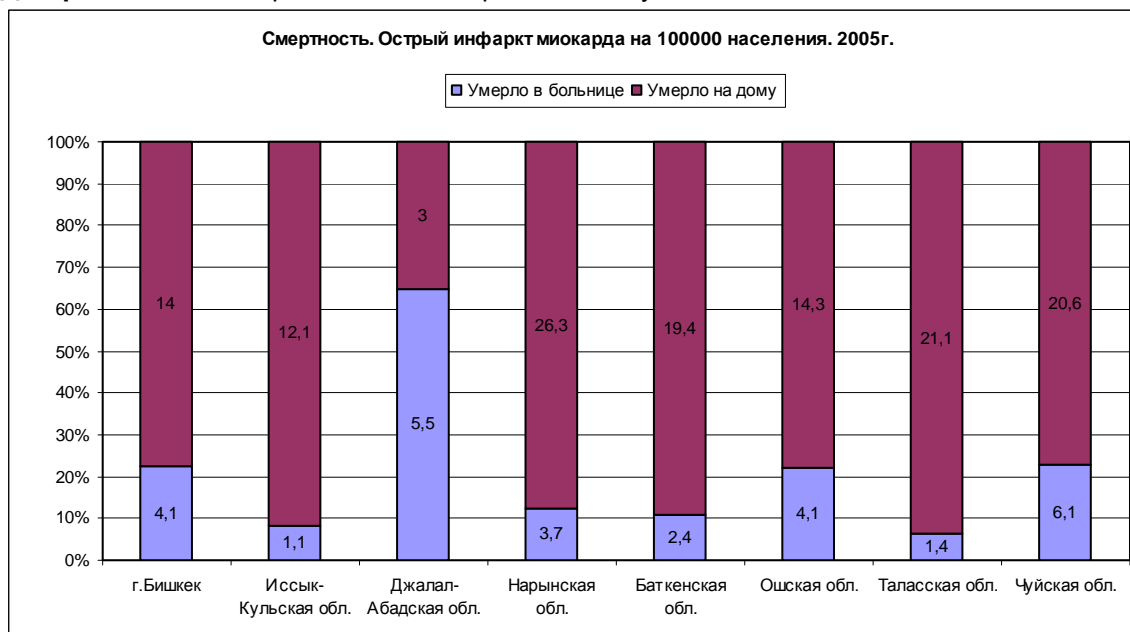
Карта №2 «Смертность от ОИМ по областям, 2005г.»



При анализе смертности от острого инфаркта миокарда в Кыргызской Республике, в Чуйской, Нарынской, Таласской и Баткенской областях отмечаются наиболее высокие цифры данного показателя. Чуйская область – 76,7 случаев на 100000 населения. Нарынская область – 30 случаев на 100000 населения. Таласская – 22,6 случаев на 100000 населения. И Баткенская область – 21,9 случаев на 100000 населения.

На следующей диаграмме указано процентное соотношение умерших в стационарах к умершим дома от острого инфаркта миокарда.

Диаграмма №9 «Умершие в стационарах и на дому от ОИМ на 100000 населения. 2005г.»



Самый большой процент умерших на дому от острого инфаркта миокарда отмечается в Таласской и Иссык-Кульской областях, 93% и 91% соответственно. В Нарынской и Баткенской областях этот показатель равен 87% и 89% соответственно. Небольшой процент умерших на дому от острого инфаркта миокарда принадлежит Джалал-Абадской области и составляет 35%, тогда как процент умерших в стационаре в той же области равен 65%.

4. Выводы:

1. Структура смертности по республике неоднородна. В каждой области имеются районы, в которых показатели варьируют от самых низких до самых высоких значений.
2. Применение метода картирования позволило выбрать регионы, обстановка в которых, подлежит дальнейшему изучению.

5. Список карт:

1. Заболеваемость геморрагическим инсультом по регионам, 2003г.
2. Заболеваемость геморрагическим инсультом по регионам, 2004г.
3. Заболеваемость геморрагическим инсультом по регионам, 2005г.
4. Заболеваемость ишемическим инсультом по регионам, 2003г.
5. Заболеваемость ишемическим инсультом по регионам, 2004г.
6. Заболеваемость ишемическим инсультом по регионам, 2005г.
7. Заболеваемость не уточненным инсультом по регионам, 2003г.
8. Заболеваемость не уточненным инсультом по регионам, 2004г.
9. Заболеваемость не уточненным инсультом по регионам, 2005г.
10. Заболеваемость острым инфарктом миокарда по регионам, 2003г.
11. Заболеваемость острым инфарктом миокарда по регионам, 2004г.
12. Заболеваемость острым инфарктом миокарда по регионам, 2005г.
13. Распространенность геморрагического инсульта по регионам, 2003г.
14. Распространенность геморрагического инсульта по регионам, 2004г.
15. Распространенность геморрагического инсульта по регионам, 2005г.
16. Распространенность ишемического инсульта по регионам, 2003г.
17. Распространенность ишемического инсульта по регионам, 2004г.
18. Распространенность ишемического инсульта по регионам, 2005г.
19. Распространенность не уточненного инсульта по регионам, 2003г.
20. Распространенность не уточненного инсульта по регионам, 2004г.
21. Распространенность не уточненного инсульта по регионам, 2005г.
22. Распространенность острого инфаркта миокарда по регионам, 2003г.
23. Распространенность острого инфаркта миокарда по регионам, 2004г.
24. Распространенность острого инфаркта миокарда по регионам, 2005г.
25. Процент больничной летальности от геморрагического инсульта по регионам, 2003г.
26. Процент больничной летальности от геморрагического инсульта по регионам, 2004г.
27. Процент больничной летальности от геморрагического инсульта по регионам, 2005г.
28. Процент больничной летальности от ишемического инсульта по регионам, 2003г.
29. Процент больничной летальности от ишемического инсульта по регионам, 2004г.
30. Процент больничной летальности от ишемического инсульта по регионам, 2005г.
31. Процент больничной летальности от не уточненного инсульта по регионам, 2003г.
32. Процент больничной летальности от не уточненного инсульта по регионам, 2004г.

33. Процент больничной летальности от не уточненного инсульта по регионам, 2005г.
34. Процент больничной летальности от острого инфаркта миокарда по регионам, 2003г.
35. Процент больничной летальности от острого инфаркта миокарда по регионам, 2004г.
36. Процент больничной летальности от острого инфаркта миокарда по регионам, 2005г.
37. Смертность от геморрагического инсульта по регионам, 2003г.
38. Смертность от геморрагического инсульта по регионам, 2004г.
39. Смертность от геморрагического инсульта по регионам, 2005г.
40. Смертность от ишемического инсульта по регионам, 2003г.
41. Смертность от ишемического инсульта по регионам, 2004г.
42. Смертность от ишемического инсульта по регионам, 2005г.
43. Смертность от не уточненного инсульта по регионам, 2003г.
44. Смертность от не уточненного инсульта по регионам, 2004г.
45. Смертность от не уточненного инсульта по регионам, 2005г.
46. Смертность от острого инфаркта миокарда по регионам, 2003г.
47. Смертность от острого инфаркта миокарда по регионам, 2004г.
48. Смертность от острого инфаркта миокарда по регионам, 2005г.
49. Процент укомплектованности стационаров анестезиологами – реаниматологами по регионам, 2003г.
50. Процент укомплектованности стационаров анестезиологами – реаниматологами по регионам, 2004г.
51. Процент укомплектованности стационаров анестезиологами – реаниматологами по регионам, 2005г.
52. Процент укомплектованности стационаров кардиологами по регионам, 2003г.
53. Процент укомплектованности стационаров кардиологами по регионам, 2004г.
54. Процент укомплектованности стационаров кардиологами по регионам, 2005г.
55. Процент укомплектованности стационаров невропатологами по регионам, 2003г.
56. Процент укомплектованности стационаров невропатологами по регионам, 2004г.
57. Процент укомплектованности стационаров невропатологами по регионам, 2005г.
58. Процент укомплектованности ЦСМ кардиологами по регионам, 2003г.
59. Процент укомплектованности ЦСМ кардиологами по регионам, 2004г.
60. Процент укомплектованности ЦСМ кардиологами по регионам, 2005г.
61. Процент укомплектованности ЦСМ невропатологами по регионам, 2003г.
62. Процент укомплектованности ЦСМ невропатологами по регионам, 2004г.
63. Процент укомплектованности ЦСМ невропатологами по регионам, 2005г.
64. Количество кардиологических коек по регионам, 2003г.
65. Количество кардиологических коек по регионам, 2004г.
66. Количество кардиологических коек по регионам, 2005г.
67. Количество неврологических коек по регионам, 2003г.
68. Количество неврологических коек по регионам, 2004г.
69. Количество неврологических коек по регионам, 2005г.
70. Количество реанимационных коек по регионам, 2003г.
71. Количество реанимационных коек по регионам, 2004г.
72. Количество реанимационных коек по регионам, 2005г.

Вышеперечисленные карты могут быть представлены по запросу.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3:

Сравнительный анализ

**Клинических руководств и протоколов по инсульту и ОИМ,
существующих в Кыргызской Республике с международными
клиническими руководствами.**

Введение

Данный сравнительный анализ клинических руководств является частью исследования посвященного качеству лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в Кыргызстане. В настоящее время имеется обширная информация, посвященная этой теме. Эти литературные источники используют тщательно разработанные индикаторы оценки качества, полученные из соответствующих клинических руководств и протоколов.

Намерение использовать международные индикаторы для исследования потребовало ответить на вопрос, насколько эти индикаторы будут соответствовать местным клиническим руководствам и протоколам и насколько они будут уместны в контексте Кыргызстана.

В связи с этим настала необходимость проведения подобного сравнительного анализа кыргызских клинических руководств и протоколов по инсульту и острому инфаркту миокарда с международными клиническими руководствами.

1. Цель сравнительного анализа:

Выяснить насколько существующие в Кыргызской Республике Клинические Руководства и Клинические Протоколы (КР/КП) по инсульту и ОИМ соответствуют международным Клиническим Руководствам по этим заболеваниям.

2. Подходы сравнительного анализа:

- 1) Оценка соответствия методологических подходов в разработке местных КР/КП международным методологиям по созданию Клинических Руководств, основанных на систематическом подходе (SIGN - Scottish Intercollegiate Guideline Network, NICE - [National Institute of Clinical Evidence](#)).
- 2) Выявление несоответствий в методологических подходах, в конечном счете, влияющих на качество КР/КП.
- 3) Выявление различий между кыргызскими КР/КП и международными КР в клиническом содержании, касающихся диагностики, лечения и профилактики.

Для сравнения между собой были отобраны следующие Клинические руководства и протоколы:

- | | |
|--|---|
| <p>1. «Guidelines for the early management of patients with Ischemic Stroke», 2005 Guidelines Update A Scientific Statement From the Stroke Council of the American Heart Association/American Stroke Association</p> <p>2. «National Guideline for Stroke», 2004, Intercollegiate stroke working group Royal College of Physicians London</p> <p>3. Клинический протокол для первичного уровня «Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)»</p> <p>4. Клинический протокол для вторичного уровня «Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)»</p> | <p>1. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction. American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines.</p> <p>2. «Diagnosis and treatment of chest pain and acute coronary syndrome (ACS)». 2004 Institute for Clinical Systems Improvement - Private Nonprofit Organization</p> <p>3. «Диагностика и лечение острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST на ЭКГ» Ассоциация врачей по внутренней медицине Кыргызской республики</p> |
|--|---|

3. Полученные результаты:

3.1 Инсульт:

3.1.1. Методологические подходы:

Клинические протоколы по острому нарушению мозгового кровообращения (ОНМК) для первичного и вторичного уровня были разработаны и утверждены Министерством Здравоохранения Кыргызской Республики в 2002 году. В то время в Кыргызстане еще не было принята методология разработки Клинических Руководств, и данные Клинические Протоколы были созданы как первый этап институционализации разработки КР/КП в Кыргызстане. Поскольку методологические подходы в кыргызских клинических протоколах не описаны подробно, сравнение методологии с международными клиническими руководствами можно считать условным.

3.1.2. Различия клинического содержания:

Диагностика:

- Международные Клинические Руководства рекомендуют использовать «золотой стандарт» диагностики инсульта – компьютерную томографию и/или магнитно-резонансную томографию (КТ/МРТ).
- В Клиническом протоколе для первичного уровня диагностика инсульта основана только на данных физикальном обследования.

В Клиническом протоколе для вторичного уровня КТ/МРТ определены как основные методы диагностики, однако наряду с ними предлагаются альтернативные методы (с более низкой достоверностью, но высокой применимостью), такие как люмбальная пункция и другие. Объясняется этот факт низкой физической доступностью к КТ/МРТ исследованию, т.к. в настоящее время функционируют только 2 аппарата КТ и один МРТ на всю республику.

Лечение:

- Лечение артериальной гипертензии (градация доказательств А): принципиальных различий в тактике лечения нет, но имеются различия в выборе препаратов:
 - Британское КР, Американское КР - тиазидные диуретики (индапамид или бендрофлуазид) или ингибиторы АПФ (периндоприл или рамиприл) или их комбинация
 - Кыргызский КР - β -блокаторы (атенолол) и антагонисты кальция (нифедипин)
- Тромболизис (градация доказательств А): принципиальных различий в тактике лечения нет, но имеются различия в выборе препаратов:
 - Британское КР - алтеплаза
 - Американское КР и Кыргызский КР для вторичного уровня - рекомбинантный тканевой активатор плазминогена, урокиназа
- Ангиокоагулянты: (не рекомендованы - градация доказательств А):
 - Британское КР, Американское КР - не рекомендованы
 - Кыргызский КР для вторичного уровня - рекомендуется фраксипарин (выбор основан на экспертном мнении, а также физической и экономической доступности препарата)
- Нейропротекторы (не рекомендованы - градация доказательств А):
 - Британское КР, Американское КР - не рекомендованы
 - Кыргызский КР для вторичного уровня - рекомендуется токоферол, аскорбиновая кислота, цитохром С) (выбор основан на экспертном мнении, а также физической и экономической доступности препаратов).
- Антиагреганты (аспирин) (градация доказательств А): нет различий.
- Хирургическое лечение (градация доказательств В): нет различий.

Профилактика:

В целом, различий в подходах к профилактическим мероприятиям нет, но:

- Британское КР - имеются рекомендации по первичной и вторичной профилактике
- Американское КР – профилактика не описывается т.к. предназначено только для пациентов в острой фазе заболевания
- Кыргызский КР для первичного уровня - имеются рекомендации по вторичной профилактике. (Прим. Первичная профилактика отражена в КР по

соответствующим нозологиям, например гипертония, диабет, которые являются факторами риска).

- Кыргызский КП для вторичного уровня - профилактика не описывается т.к. данный КП предназначен для ведения пациентов на госпитальном уровне

3.2 Острый Инфаркт Миокарда:

3.2.1. Методологические подходы:

Все сравниваемые между собой Клинические Руководства написаны в соответствии с международной методологией по созданию КП (SIGN – Scottish Intercollegiate Guideline Network- SIGN 50).

Необходимо отметить, что Клиническое Руководство «Диагностика и лечение острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST на ЭКГ» (Кыргызстан) было адаптировано из KP ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction.

3.2.2. Различия клинического содержания:

Диагностика:

- Различий в диагностике не найдено.

Лечение:

- Различий в лечении не найдено

Профилактика:

- Во всех сравниваемых между собой КП описывается вторичная профилактика

4. Выводы:

4.1. Инсульт:

- Клинические протоколы для первичного и вторичного уровня медицинской помощи (Кыргызстан) были созданы без использования международной методологии (не использовался систематический подход).
- Однако, клиническое содержание этих протоколов, в основном, соответствует международным Клиническим Руководствам, за исключением рекомендаций по назначению антикоагулянтной терапии и нейропротекторов, которые не рекомендуются международными КП.

4.2. Острый Инфаркт Миокарда:

- Клиническое Руководство «Диагностика и лечение острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST на ЭКГ», соответствует международным КР по методологическим подходам и по клиническому содержанию.

5. Рекомендации:

5.1. Инсульт:

- В краткосрочной перспективе необходимо продолжать использование имеющихся Клинических протоколов по ОНМК для первичного и вторичного уровней медицинской помощи.
- В долгосрочной перспективе – необходимо начать разработку в соответствии с международной методологией Клинического Руководства по ведению пациентов с инсультом на всех уровнях оказания медицинской помощи.

5.2. Острый Инфаркт Миокарда:

- Необходимо дальнейшее использование имеющегося Клинического Руководства по Острому Коронарному Синдрому

Таблицы сравнения клинических руководств по Инсульту и ОИМ могут быть представлены по запросу.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4 Литературный обзор

Название, Авторы	Цель	Дизайн исследования	Индикаторы качества	Результаты	Комментарии
<p>1. Качество лечения пациентов афроамериканцев поступивших с застойной сердечной недостаточностью в Университетский госпиталь</p> <p>«Quality of care in African-American patients admitted for congestive heart failure at a university teaching hospital»</p> <p>Ilksoy N, Moore RH, Easley K, Jacobson TA.</p> <p><i>Am J Cardiol.</i> 2006 Mar 1;97(5):690-3. Epub 2006 Jan 10.</p>	<p>Цель этого исследования состояла в том, чтобы оценить насколько врачи Университетской клиники следуют существующим доказательным руководствам</p>	<p>Ретроспективный обзор историй болезни 104 пациентов поступивших с застойной сердечной недостаточностью;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - использование эхокардиограмм; - назначение ингибиторов ангиотензин превращающего фермента (АПФ); - назначение бета-блокаторов пациентам имеющих показания; - консультирование по приему лекарств и образу жизни при выписке. 	<ul style="list-style-type: none"> - 96.1% пациентов с лево желудочковой недостаточностью функцией (ЛЖ); - 92.8% (65 пациентов из 100) с нарушением систолы – идеальные кандидаты для лечения ингибиторами АПФ; - Из этих 65 пациентов, 58 (89.2%) – были выписаны с назначениями ингибиторов АПФ; - 41 пациентов с нарушением систолы – идеальные кандидаты для лечения бета-блокаторами; - Только 10 выписанным из них (24.4%) назначены бета-блокаторы; - 50% выписанных пациентов были консультированы по соответствующему медикаментозному лечению; - 48% выписанных пациентов были консультированы по малосолевой диете; - Только 9% было сказано о ежедневном контроле 	

2. Качество лечения в течение реструктуризации службы неотложной помощи и вскоре после нее в Ньюфаундленде и Лабрадоре
- Цель: Критически оценить качество медицинского обслуживания больницы вначале, во время и вскоре после разделения управлений здоровья в Ньюфаундленде и Лабрадоре, и слияния больниц в провинции св. Джонса.
- Ретроспективный анализ в течение 1995/96, 1998/99 и 2000/01 гг. (вначале, в течение и после реструктурирования).
- Результаты в
- кардиологии,
 - медицины органов дыхания,
 - неврологии,
 - нефрологии,
 - психиатрии,
 - хирургии
 - программах женского здоровья.
- «Quality of medical care during and shortly after acute care restructuring in Newfoundland and Labrador»
- Curtis B, Gregory D, Parfrey P, Kent G, Jelinski S, Kraft S, O'Reilly D, Barrett B.
- J Health Serv Res Policy. 2005 Oct;10 Suppl 2:S2:38-47.*
3. Улучшенное качество лечения мозговых инсультов для пациентов госпитализированных по «Медикэр» в Мичигане
- Целью является исследование, для выяснения вопроса, проводится ли пациентам в острой фазе ишемического инсульта КТ/МРТ и получают ли они тромболитики и препараты для профилактики тромбоза глубоких вен. Проводится ли все это всем
- Анализ медицинских отчетов, историй болезни, чтобы резюмировать информацию и отследить индикаторы качества.
- Результаты в
1. “Антиагреганты, предписанные при выписке из стационара” - % пациентов среди тех, у кого не имеется противопоказаний или кто отказался принимать предписанные антиагреганты при выписке.
 2. “Предотвращение приема нифедипина под язык пациентами с острым ишемическим инсультом - % пациентов с артериальным давлением > 180-мм.рт.ст. систол или 100-мм.рт.ст диастол., кто не получал нифедипин под язык в течение 24 часов после поступления в стационар.
- Где возможно собрать измеримые результаты относительно изданных утверждений наиболее оптимального лечения. Сравнения были сделаны в течение длительного времени в пределах области св. Джонса, и отдельно для больниц в остальной части провинции
- Улучшение показателей использования тромболитической терапии и улучшение вторичной профилактики повторного инфаркта миокарда в обеих провинциях.
- Слияние больниц неотложной помощи стало возможным без сопутствующего ухудшения в лечении, а в некоторых областях улучшилось лечение. Однако, доступ к услугам продолжает оставаться главной проблемой во всех областях.
- 4 индикатора качества лечения показали существенное улучшение на при повторном мониторинге: антиагреганты, предписанные при выписке из стационара, предотвращение приема нифедипина под язык пациентами с острым ишемическим инсультом, КТ или МРТ во время

Bradley S. Jacobs, MD, MS; Patricia L. Baker, RN, MS; Sanopy Roychoudhury, PhD; Rajendra H. Mehta, MD; Steven R. Levine, MD

пациентам
имеющим показания
после начала
инициативы
повышения
качества
в
госпиталях.

Stroke 2005; 36:1227-1231; originally published online May 5, 2005.

<http://stroke.ahajournal.org/cgi/content/full/36/6/1227>

3. “Документирование времени начала симптомов (или интервала)” - % случаев, когда врачом документирован временной интервал, начиная с появления симптомов, дата начала симптома, определенное время начала симптомов.

4. “КТ или МРТ во время госпитализации” - % пациентов, которым была проведена компьютерная томография (КТ) или Магнитно-резонансная томография (МРТ) в течение одного дня до поступления или в течение госпитализации среди пациентов с острым ишемическим инсультом, за исключением тех, кто прибыл из другого медицинского учреждения и получал реанимационного лечения.

5. “Профилактика глубокого венозного тромбоза, начатая на второй день госпитализации - %” пациентов, которым была проведена профилактика ППС (Прерывистое пневматическое сжатие) при помощи устройства [IPC] или антикоагулянтная терапия варфарином, низкой дозой гепарина, полной дозой нефракционного гепарина, или низко молекулярного гепарина, начатая на второй день лечения в стационаре среди пациентов с острым ишемическим инсультом, которые были неподвижными (постельный режим, за исключением переноса в ванную, или только на кресло). Пациенты, получающие реанимационное лечение и пациенты получавшие гепарин перед госпитализацией были исключены.

6. “Время от начала симптомов до проведения КТ/МРТ – определено у пациентов с острым ишемическим

госпитализации, и соответствующей профилактикой тромбоза глубоких вен ППС.

- 24 пациента получили нифедипин под язык или он был им предписан в лечении до инициирования проекта повышения качества и только 2 пациента получили нифедипин при повторном мониторинге после начала повышения качества.

- Документация времени начала симптомов (или временной интервал от начала симптомов) не улучшилось. Время до проведения КТ/МРТ не улучшилось, но время до тромболитической терапии улучшилось значительно.

<p>4. Канадское исследование качества лечения инсульта: принятие индикаторов для оптимального лечения инсульта в остром периоде.</p> <p>«The Canadian Stroke Quality of Care Study: establishing indicators for optimal acute stroke care»</p> <p>M. Lindsay, M. Kapral, D. Gladstone, R. Holloway, J. Tu, A. Laupacis, J. Grimshaw</p>	<p>Целью являлась определение основного набора индикаторов качества лечения, чтобы оценить лечение острого ишемического инсульта в стационарах. Эти индикаторы должны отражать качество оптимального лечения и облегчить измерение и эталонное тестирование качества лечения острого</p>	<p>Был применен модифицированный процесс Delphi, чтобы идентифицировать ключевые мероприятия качественного лечения острого ишемического инсульта. Опытная консультативная группа (14 участников мультидисциплинарного профиля из всех регионов Канады) оценила 51 индикатор качества лечения инсульта, используя 6 критериев:</p>	<p>инсультом прошедших КТ/МРТ за день до поступления или в течение нахождения в стационаре, которым было документировано время дата и время госпитализации а также дата и время проведения КТ/МРТ. Были исключены пациенты, прибывшие из другого медицинского учреждения или получающие реанимационное лечение. Если КТ/МРТ проводилось перед непосредственно перед поступлением в стационар, среднее время до КТ/МРТ было определено как ноль.</p> <p>7. “Время до начала тромболитической терапии” – были определены у пациентов острым ишемическим инсультом, у которых было документировано время поступления и время введения тромболитиков.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ведение пациентов с инсультом в острой фазе должно проводится в специализированном инсультном отделении; 2. Все пациенты с инсультом в острой фазе должны быть оценены на приемлемость к проведению лечением тканевым активатором плазминогена tPA; 3. Критерии включения/исключения NINDS должны быть использованы у пациентов отобранных для тромболитической терапии; 4. После введения активаторов тканевого плазминогена, лечение должно соответствовать протоколам лучших клинических практик (AHA, AAN); 5. Все пациенты, не имеющие противопоказаний должны получить 	<p>Основанные на широких публичных обсуждениях и рекомендациях 23 из 51 потенциального индикатора.</p>	<p>В настоящее время стал доступным основной набор канадских индикаторов качества лечения для контроля лечения острого ишемического инсульта. Эти индикаторы представляют ют основание для</p>
---	--	---	---	--	--

СМАЖ • Feb. 1, 2005;
172 (3)

ишемического
инсульта
местном,
провинциальном и
национальном
уровнях.

на законность,
выполнимость,
уместность,
возможность
усовершенствования
ожидаемого
воздействия на
улучшение и
использования в
целом.
Список из 51
потенциального
индикатора качества
лечения был собран
из 44 индикаторов,
выбранных в
предыдущем
американском
исследовании и
других, отобранных из
обзора современной
литературы по
инсультам, включая
руководства по
лечебной практике,
рандомизированные
клинические
испытания,
систематические
обзоры и клинические
исследования лучших
методов лечения
инсультов.

- тканевой активатор плазминогена в течение одного часа от поступления в стационар;
6. Пациенты потенциально подходящие для получения тканевого активатора плазминогена должны пройти КТ/МРТ головного мозга в течение 25 минут после поступления в стационар;
 7. КТ/МРТ должно быть выполнено в течение 24 часов пациентам, у которых есть противопоказания к назначению тканевого активатора плазминогена;
 8. КТ/МРТ должно быть выполнено до выписки из стационара пациентам, у которых есть противопоказания к назначению тканевого активатора плазминогена если им не было проведено КТ/МРТ в течение 24 часов;
 9. Определение уровня сахара в сыворотке крови должно быть проведено при поступлении и далее проводится регулярно в течение 24 часов;
 10. Повышенный уровень сахара натощак должен быть пролечен сахароснижающими препаратами;
 11. Все пациенты с симптомами инсульта в острой фазе должны пройти ЭКГ в стационаре;
 12. Лихорадка должна быть пролечена назначением антипиретиков для снижения температуры тела ниже чем 38°C;
 13. Пациенты должны быть активными и вставать с постели в течение 24 часов от начала инсульта, если они не имеют противопоказаний к этому;
 14. Неотложная терапия аспирином

дальнейших
инициатив и
усовершенст
воания
лечения
инсульта и
для
продолжени
я
исследовани
й в области
ведения
больных
инсультами.

- должна быть начата в течение 48 часов (как можно скорее) после начала инсульта, если нет противопоказаний к этому;
15. Тест на дисфагию должен быть проведен до того как пациенту будет дана еда или питье и результаты должны быть задокументированы;
 16. Следует избегать нахождения постоянного уретрального катетера у всех пациентов с острым ишемическим инсультом;
 17. Каротидная УЗИ доплерография должна быть сделана во время нахождения больного в стационаре, либо этот тест должен назначен для проведения в амбулаторных условиях, после выписки из стационара;
 18. Пациенты с острым ишемическим инсультом должны быть выписаны с предписанием принимать антиагреганты, если это им не противопоказано;
 19. Пациенты с острым ишемическим инсультом и мерцанием предсердий должны быть выписаны с предписанием антикоагулянтной терапии если это им не противопоказано;
 20. Пациенты с острым ишемическим инсультом должны быть оценены для назначения липидоснижающих препаратов, если у них есть показания;
 21. Пациенты с острым ишемическим инсультом должны быть оценены для назначения гипотензивных препаратов, если у них есть показания;

5. Качество лечения в профилактике инсульта в оценочном исследовании среди врачей общей практики
- Цель идентифицировать возможности улучшения качества профилактики инсульта в общей практике и ее отношении к возникновению удара.
- Ретроспективный анализ, основанный на каждом случае и основанный на доказательных критериях обзора и окончательном решении группы экспертов.
- В общей сложности 292 пациента с инсультом были отобраны через регистры инсульта двух главных больниц в Роттердаме, куда направляют больных инсультом. К ($n = 95$) врачам общей практики (GPs) этих пациентов был применен анализ. Данные по процессу лечения были собраны на уровне пациентов и структурированными интервью с врачами общей практики GPs во время посещений участка.
- «Quality of care in stroke prevention: results of an audit study among general practitioners»
- [de Koning JS, Klazinga NS, et al.](#)
- [Preventive Medicine Vol. 38, Issue 2, February 2004, Pages 129-136](#)
22. Обучение и инструктаж должен быть обеспечен больному и его ухаживающему до выписки из стационара и это должно быть документировано в истории болезни;
23. История курения должна быть документирована в истории болезни
- Основаны на обзоре критериев из клинических руководств, таких как: ведение больных с гипертонией. Оценка лечения факторов риска
- В целом ответ был получен от 81% врачей общей практики и от 193 пациентов находящихся под наблюдением 77 врачей общей практики GPs которые были включены в исследование. В 44% случаев было выявлено лечение факторов риска (в 31% было оценено возможно или вероятно бывший не в состоянии предотвратить инсульт). Из общего количества идентифицированных недостатков 52 % были связаны с неадекватным контролем за гипертонией, особенно отсутствие продолжения контроля повышенного артериального давления после установленной гипертонии. Другие 17 % идентифицированных недостатков касались неадекватной оценки риска сердечно-сосудистых заболеваний.
- Это исследование предполагает, что улучшение профилактической работы среди врачей общей практики могло уменьшить возникновение инсультов. Было идентифицировано существенно меньше число недостатков в лечении, особенно в области контроля за гипертонией и оценки профилей риска

<p>6. Измерение затрат и выгоды мониторинга коронарной болезни сердца</p> <p>«Measuring the costs and benefits of heart disease monitoring»</p> <p>A Perry, S Capewell, A Walker, J Chalmers, A Redpath, K Major, C E Morrison, N Craig, S Cobbe and W C S Smith.</p> <p><i>Heart</i> 2000;83:651-656 http://www.bmjournals.com/cgi/reprintform</p>	<p>Оценить затраты и выгоды альтернативных систем мониторинга ишемической болезни сердца в Шотландии.</p>	<p>Все случаи были представлены для анализа группе с шестью участниками невропатологов и GPs.</p> <p>Была проведена оценка системы мониторинга, который включал обзор существующих шотландских баз данных и соответствующих отчетов, спецификации различных вариантов определения и надбавки критериев выгоды ключевыми лицами, оценки этих вариантов экспертами, и затраты этих вариантов. Оценку проводили 33 ключевых лица (сгруппированные из кардиологов, представителей пациентов, врачей общей практики, врачей других специальностей и лиц определяющих политику), плюс 13 экспертов по теме</p>	<p>Критерии выгоды, используемые в подсчетах:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Использование обслуживания: деятельность больницы, первичная лечебная деятельность, предписания, социально-экономическое воздействие; 2. Эпидемиология: факторы риска, распространенность, уровень, регистрация случая; 3. Измерение эффективности и результатов: смертности и летальности, функция пациентов, качество их жизни; 4. Качество системы: совместимость с международными стандартами, широты охвата системой, частота. <p>Список вариантов для того, чтобы проводить мониторинг ишемической болезни сердца в Шотландии:</p> <p>Выбор А: Статус-кво</p> <p>Нет никакой специализированной центральной координации или структуры;</p> <p>Сбор данных о деятельности больницы и смертельных случаев на Национальном уровне;</p> <p>Сердечная хирургия и базы данных ангиопластики;</p> <p>Регистрация стационарных эпизодов и их связь с регистрацией смертельных случаев по отчетам;</p> <p>Проверка качества от отделения Информации и Статистики в Эдинбурге;</p>	<p>Между группами были: смертность и коэффициент смертности, качество жизни, функциональное состояние пациентов, деятельность больницы, первичная медицинская помощь, предписания врача, социально-экономическое воздействие, факторы риска, заболеваемость, распространенность, регистрация случаев, международная сравнимость, широта охвата, и частота.</p> <p>Различия между весами группы были существенными для распространенности и международной сравнимости.</p> <p>Были идентифицированы 4 варианта мониторинга: модель общественной эпидемиологии, основанная на методе исследования МОНИКИ (контроль тенденций и детерминант в ССЗ), австралийская схема мониторинга сердечно-сосудистых заболеваний,</p>	<p>пациента для сердечно-сосудистых заболеваний</p> <p>Самой выгодной моделью мониторинга ишемической болезни сердца, является модель эпидемиологии и сообщества, основанной на методологии МОНИКИ. ВОЗ</p>
--	---	--	--	---	---

Первичный сбор данных по лечению от самостоятельно отобранных образцов общей практики;

Распространенные предписания данные врачами общей практики не в соответствии диагноза;

Специальные исследования по факторам риска.

Выбор В: Расширенная модель рутинных данных

Центральная координация обеспечиваемая отделением Информации и Статистики в Эдинбурге;

Назначение директора по контролю ишемической болезни сердца, набор небольшого штата в поддержку директора, включая менеджера данных и статистика;

Расширенная способность к редактированию данных и гармонизации между рутинными базами данных;

Исследования по качеству жизни и состоянию функций пациентов выписанных из стационаров;

База данных по несчастным случаям и неотложной помощи;

Выбор В1: Расширенная модель рутинных плюс данных исследований по факторам риска. Дополнение национальных обзоров по факторам риска согласно выбору D.

Выбор С: модель общественной эпидемиологии

Центральная координация. Медсестры базируются в восьми отобранных сообществах;

Полная регистрация инфаркта миокарда и расширенное выявление ишемической болезни сердца ИБС (включая остановку

расширенная модель рутинных данных и регистрация ишемической болезни сердца, смоделированная на примере шотландского Регистра Рака.

сердца) проводимое 80 сотрудниками общей практики в отобранных сообществах;

Больница и первичное лечение: обслуживание, обследование, поступление, использование койки, медицинские вмешательства;

Диагностические определения и проверка качества взяты из стандартов MONICA ВОЗ;

Исследования по качеству жизни и состоянию функций пациентов с ИБС в отобранных местоположениях.

Выбор D: Австралийская схема мониторинга сердечно-сосудистых заболеваний

Центральный офис с исследователями, сопоставляющими данные из источников общей практики и обзоров;

Регистр случаев ОИМ в больницах основанный на упрощенном протоколе MONICA ВОЗ;

Национальные обзоры по факторам риска и здоровому поведению;

Обзоры населения по распространенности ишемической болезни сердца ИБС.

Выбор D1: Австралийская модель плюс обзоры качества жизни.

Выбор E: Регистрация ИБС

Центральный офис в Подразделении Информации и Статистики в Эдинбурге;

Рутинные связи с больницей и информационными системами учреждений общей практики для регистрации случая;

Региональный сбор данных через посреднический штат. Стандартные диагностические определения;

				<p>Последующий анализ внезапных случаев смерти, которые зарегистрированы. <i>Выбор регистрации E1: Все случаи ИБС плюс обзоры факторов риска</i> <i>Выбор регистрации E2: Все случаи ИБС плюс обзоры качества жизни и функционального состояния пациентов</i> <i>Выбор регистрация E3: Все случаи ИБС плюс обзоры факторов обзоры качества жизни и функционального состояния пациентов</i></p>	
7.	<p>Индикаторы качества в ведении инсульта и мерцаний предсердий у уязвимых пожилых людей «Quality indicators for the management of stroke and atrial fibrillation for vulnerable older persons» B. Colomb <i>Department of Medicine, University of California at San Diego School of Medicine.</i></p>	<p>Идентифицировать потенциальные индикаторы качества для инсульта и мерцания предсердий и рассмотреть доказательства, имеющие отношение к этим индикаторам, с акцентом на уязвимых пожилых людях.</p>	<p>Литературный обзор и мнение группы экспертов.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Индикаторы Качества (ИК) #1, #2, #3 – Каротидная эндактериозэктомия – ИК #4 – Антикоагулянтная терапия для мерцания предсердий; – ИК #5 – КТ/МРТ при инсульте перед назначением антикоагулянтной терапией; – ИК #6 - Контроль при лечении Варфарином; – ИК #7 – Антиагрегантная терапия при остром инсульте; – ИК #8 - Рекомендации по прекращению курения; – ИК #9 - Тромболитическая Терапия; – ИК #10 – поступление в инсультное специализированное отделение 	<p>12 из 29 потенциальных индикаторов качества были оценены экспертной группой, 2 были объединены с принятыми индикаторами, и 15 не были приняты.</p>
8.	<p>Приемлемость для рекомбинантной терапии ишемического инсульта тканевым активатором плазминогена: популяционное исследование «Eligibility for recombinant tissue</p>	<p>Пациенты с острым ишемическим инсультом нечасто лечатся рекомбинантным тканевым активатором фибринолизина (rtPA). Мы представляем уникальные данные</p>	<p>Были отобраны все ишемические инсульты по неотложной помощи среди цветного населения составляющего 1.3 миллионов человек. Пациента считали подходящим для лечения Активатором</p>	<p>Активатор тканевого профибринолизина (rtPA)</p>	<p>В 1993 – 1994 среди населения в 8 % всех госпитализированных по неотложной помощи пациентов с ишемическим инсультом в течение 3 часов подходили по критериям для лечения Активатором тканевого профибринолизина (rtPA). Даже если бы время не</p>

	plasminogen activator in acute ischemic stroke: a population-based study» Kleindorfer D, Kissela B, Schneider A, Woo D, et al. <i>Stroke. 2004 Feb;35(2):e27-9. Epub 2004 Jan 22.</i>	относительно применения рекомбинантного тканевого активатора фибринолизина (rtPA) основанные на данных лечения пациентов с ишемическим инсультом.	тканевого профибринолизина (rtPA) на основе критериев Национального Института Неврологических заболеваний и инсультов.		было исключением для rtPA, только 29 % всех пациентов с ишемическим инсультом подходили бы по критериям для лечения Активатором тканевого профибринолизина (rtPA).	
9.	Развитие аналитической модели лечения инсульта в США и Европе «Development of a decision-analytic model of stroke care in the United States and Europe» Chambers MG, Koch P, Hutton J. <i>Value Health. 2002 Mar-Apr; 5(2):82-97.</i>	Развитие модели исходов инсульта как гибкий инструмент для измерения долгосрочного измерения последствий новых вмешательств в лечении инсультов. Аналитическая модель решений представляет способ ведения острого инсульта и его долгосрочное лечение с целью предотвращения повторного инсульта для оставшихся в живых после инсульта.	- Источники клинических данных включая испытания, мета-анализ и проспективные когортные исследования, такие как Оксфордширский Проект Сообщества по Инсульту и Северо Манхэттанское Исследование Инсульта. - Данные использованных ресурсов были получены из публикаций, изданий источников и групп опытных клиницистов.	- предотвращенные инсульты, - годы жизни, - выигранные годы приспособленные к качеству жизни	Модель использовалась, чтобы предпринять экономические исследования по инсульту, а именно: антиагрегантной терапии в профилактике инсультов, лечения каждого случая инсульта и применяемой при инсульте тромболитической терапии. С точки зрения здоровья и перспектив социальной помощи, новые вмешательства, обнаружили свою экономичность и обеспечили эффективность при скромных дополнительных вложениях. Результаты были чувствительны к перспективе стоимости, периоду времени, риску основанному на повторении удара, и выбора измерения эффективности.	Так как клинические испытания не могут измерить долгосрочные последствия новых вмешательств в лечении инсульта, подход моделирования необходим.. Модель исходов инсульта была разработана в четырех странах: Франция, Германия, Великобритания, и США. Даже
10.	Экономическая	Определить	Применялся анализ	Анализ проводился с точки зрения	Ежегодно случается 616	

<p>выгода использования внутривенной рекомбинантной терапии ишемического инсульта тканевым активатором плазминогена в США.</p>	<p>влияние увеличения использования тканевых активаторов плазминогена tPA на экономию в американском здравоохранении.</p>	<p>экономической эффективности:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Были получены ежегодные оценки уровня заболеваемости ишемическим инсультом в США и в каждом штате в отдельности; 	<p>системы здравоохранения за 1-годовой период. С возрастающим увеличением доли пациентов получивших тканевые активаторы плазминогена tPA, потенциальные сбережения стоимости были повторно вычислены. Результаты выражены в сэкономленных долларах.</p>	<p>000 новых случаев ишемического инсульта. Чистые сбережения стоимости лечения составляют 600 \$ и связаны с каждым пациентом получающим тканевые активаторы плазминогена tPA. В настоящее время, приблизительно 2 % из всех - пациенты, получают tPA. Если бы доля была увеличена до 4, 6, 8, 10, 15, или 20 %, то соответственно сбережения стоимости лечения составили бы приблизительно 15 \$, 22, 30, 37, 55, и 74 миллиона, долларов США.</p>	<p>маленькое управляемое увеличение доли пациентов, которые получили тканевые активаторы плазминогена tPA, которое было достигнуто, это привело к огромным сбережениям для системы здравоохранения США.</p>
<p>«Economic Benefit of Increasing Utilization of Intravenous Tissue Plasminogen Activator (tPA) for Acute Ischemic Stroke in the United States»</p>	<p>исследования лечения внутривенным введением тканевых активаторов плазминогена tPA в остром периоде ишемического инсульта показывают существенную экономию стоимости лечения. Однако подобная практика далека от широкого применения</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Из опубликованных данных была получена доля всех пациентов с ишемическим инсультом, которые получали тканевые активаторы плазминогена tPA; Результаты вошли в отчет по ожидаемым ежегодным сбережениям от стоимости лечения 	<p>Причина смерти Место рождения Образование Профессиональный статус</p>	<p>Риск ишемической болезни сердца с поправкой по возрасту был выше в большинстве групп иностранного происхождения чем у шведов. Также это было связано с уровнем образования и статуса занятости, риски были все еще высоки, но на более низком уровне.</p>	
<p>11. Заболеваемость сердечно-сосуд заболеваниями среди эмигрантов в Швеции «Morbidity in cardiovascular diseases in immigrants in Sweden» Gadd M, Johansson S-E, Sundquist J, Wandell P. <i>J Intern Med</i> 2003; 254: 236–243.</p>	<p>Оценить, влияет ли место рождения на заболеваемость сердечно-сосудистыми болезнями и ишемической болезнью сердца.</p>	<p>Заболеваемость и риски ССЗ и ИБС в течение 1 года. Включает 3,5 млн. людей в возр. 35–64 года, 550 тыс. из которых родились за границей, Оценка заболеваемости и рисков непрямо стандартизацией и моделированием</p>			