



Гродзенскі абласны
выканаўчы камітэт

Гродненский областной
исполнительный комитет

ГАЛОЎНАЕ
ЎПРАЎЛЕННЕ АХОВЫ ЗДAROЎЯ
ЗАГАД

ГЛАВНОЕ
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИКАЗ

15.08.2022 № 777

Об утверждении «Дорожных карт»
г. Гродно

г. Гродно

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.08.2022 № 1100 «О порядке оказания медицинской помощи в межрайонном центре» (далее - приказ Минздрава от 24.08.2022 № 1100) (прилагается в электронном виде), в целях обеспечения доступности и повышения качества оказания специализированной и высокотехнологичной помощи
ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:
 - 1.1. «Дорожную карту» оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом в Гродненской области (далее – «Дорожная карта с ОКС») (прилагается);
 - 1.2. «Дорожную карту» оказания медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения в Гродненской области («Дорожная карта с ОНМК») (прилагается).
2. Руководителям государственных организаций, подчиненных главному управлению здравоохранения Гродненского областного исполнительного комитета (далее - главное управление):
 - 2.1. организовать исполнение утвержденных «Дорожной карты с ОКС», «Дорожной карты с ОНМК»;
 - 2.2. до завершения ремонта 1-го корпуса УЗ «Гродненская университетская клиника» и введения в эксплуатацию ангиографа в УЗ «Лидская ЦРБ» использовать в работе схему закрепления районов за межрайонными центрами и «ресурсными центрами» по ОНМК согласно приложению.
3. Главному врачу УЗ «Островецкая центральная районная клиническая больница» (далее – УЗ «Островецкая ЦРКБ») Можейко В.Ч. в срок до 01.01.2023 внести предложения в главное управление по изменению коечного фонда, штатного расписания с учетом численности прикрепленных районов.
4. Главному врачу УЗ «Гродненская университетская клиника» Лазаревичу С.Н. в срок до 01.01.2023 внести предложения в главное управление по изменению коечного фонда, штатного расписания с

учетом численности прикрепленных районов.

5. Главному врачу УЗ «Лидская центральная районная больница» (далее – УЗ «Лидская ЦРБ») Трубчику В.М.:

5.1. до 01.01.2023 внести предложения в главное управление по изменению коечного фонда, штатного расписания с учетом численности прикрепленных районов;

5.2. организовать и обеспечить работу межрайонных центров по оказанию медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения в соответствии с Инструкциями, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.08.2022 № 1100 «О порядке оказания медицинской помощи в межрайонном центре» (далее – Инструкция) после приобретения ангиографа.

6. Начальнику управления организационно-кадровой и правовой работы главного управления Куликову А.Ю., главным врачам УЗ «Гродненская университетская клиника» Лазаревичу С.Н., УЗ «Лидская ЦРБ» Трубчику В.М., УЗ «Островецкая ЦРКБ» Можейко В.Ч. обеспечить подготовку кадров для отделений стационаров, с учетом планируемых изменений коечного фонда и штатного расписания, учреждений здравоохранения.

7. Главному внештатному специалисту главного управления по скорой медицинской помощи, главному врачу ГУЗ «Гродненская областная станция скорой медицинской помощи» Байгину А.К., руководителям государственных организаций, подчиненных главному управлению:

7.1. организовать выполнение Инструкций, согласно утвержденным «Дорожной карте с ОКС», «Дорожной карте с ОНМК»;

7.2. обеспечить контроль выполнения медицинскими работниками скорой медицинской помощи области Инструкций и «Дорожных карт».

8. Контроль за исполнением приказа возложить на первого заместителя начальника главного управления Вертоградова А.С.

Начальник главного управления



Л.Н.Кеда

УТВЕРЖДЕНО
Приказ главного управления
здравоохранения Гродненского
областного Гродненского
комитета исполнительного
15.09.2022 № 777

«ДОРОЖНАЯ КАРТА»
оказания медицинской помощи
пациентам с ОКС в Гродненской области

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. «Дорожная карта» разработана в соответствии с действующими законодательными и нормативными правовыми актами в области здравоохранения, Государственной программой «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021-2025 годы, в соответствии с Инструкцией о порядке оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом в межрайонном центре, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.08.2022 № 1100 «О порядке оказания медицинской помощи в межрайонном центре» (далее – приказ Минздрава от 24.08.2022 № 1100).
 2. Медицинская помощь пациентам с острым коронарным синдромом (далее - ОКС) предоставляется на бюджетной основе, оказывается с соблюдением принципов доступности вне зависимости от социального статуса граждан, уровня доходов и места жительства, с соблюдением гарантированных государством прав и свобод.
 3. УЗ «Островецкая ЦРКБ» определить межрайонным центром для оказания медицинской помощи пациентам с ОКС и выполнения интервенционных вмешательств жителям Островецкого, Ошмянского, Сморгонского, Ивьевского, Новогрудского, Кореличского, Вороновского и Лидского районов.
 4. Определить УЗ «Гродненский областной клинический кардиологический центр» (далее – УЗ «ГОККЦ») для оказания медицинской помощи пациентам с ОКС и выполнения интервенционных вмешательств жителям г. Гродно и Гродненского района, Берестовицкого, Волковысского, Дятловского, Зельвенского, Мостовского, Свислочского, Слонимского и Щучинского районов.
- ЦЕЛИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С
ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ
5. «Дорожная карта» предусматривает следующие цели:

5.1. Снижение показателей смертности и инвалидности пациентов с ОКС (стратегическая цель);

5.2. Развитие кардиологической, рентгенэндоваскулярной и кардиохирургической служб:

организация в Гродненской области сети областных и межрайонных центров высокотехнологичной медицинской помощи (далее - Центров), имеющих в своем составе ангиографические кабинеты/рентгеноперационные, укомплектованные медицинским персоналом;

закрепление за каждым Центром территории обслуживания с численностью проживающего населения не менее 250 тысяч человек;

обеспечение организационно-методической и лечебно-консультативной помощи межрайонным Центрам со стороны областного кардиологического центра, учреждениям здравоохранения закрепленных территорий со стороны межрайонных Центров.

5.3. Совершенствование системы взаимодействия и обеспечение преемственности в работе служб, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ОКС посредством:

обеспечения координации работы скорой медицинской помощи (далее - СМП) и служб стационара;

осуществления максимально быстрой госпитализации всех пациентов с ОКС;

применения высокотехнологичных методов лечения пациентам с ОКС.

5.4. Обеспечение своевременного проведения реперфузионной терапии пациентам с ОКС посредством:

увеличения объемов выполняемых чрескожных коронарных вмешательств (далее - ЧКВ) при ОКС с подъемом сегмента ST;

обеспечения максимально быстрого проведения тромболитической терапии (далее - ТЛТ) лицам с ОКС с подъемом сегмента ST, проживающим в территориально удаленных районах, с последующей их доставкой в Центры для выполнения ЧКВ;

обеспечения своевременного выполнения коронарографии и последующей реваскуляризации пациентам с ОКС без подъема сегмента ST.

5.5. Снижение заболеваемости ОКС методами первичной и вторичной профилактики в рамках государственных профилактических программ.

5.6. Стимуляция своевременного обращения пациентов за медицинской помощью путем информирования о симптомах заболевания; обучение пациентов методам само- и взаимопомощи.

5.7. Достижение целевых показателей выполнения мероприятий

государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021-2025 годы.

ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОКС

6. Медицинская помощь пациентам с ОКС должна оказываться в соответствии с Клиническим протоколом диагностики и лечения инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии, утвержденным Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 06.06.2017 № 59 «Об утверждении некоторых клинических протоколов диагностики и лечения заболеваний системы кровообращения» (далее – Постановление Минздрава № 59).

7. На всех этапах оказания медицинской помощи пациентам с ОКС требуется заполнение медицинским персоналом того раздела чек-листа (утвержден приказом Минздрава от 24.08.2022 № 1100 (Приложение 1), далее – Чек-лист), который соответствует текущему уровню оказания медицинской помощи с точным указанием регламентированных временных интервалов.

7.1. Догоспитальный этап (первичный медицинский контакт):
 первая медицинская помощь;
 амбулаторно-поликлинические организации здравоохранения;
 СМП.

Первая медицинская помощь подразумевает превентивные мероприятия, а также непосредственное оказание само- и взаимопомощи.

В качестве превентивных мероприятий следует рассматривать обучение лиц, страдающих артериальной гипертензией и хронической ишемической болезнью сердца (ИБС), методам само- и взаимопомощи, правилам поведения при ангинозных болях. Отдельно акцентируется внимание на случаях, когда пациент максимально быстро должен вызвать бригаду СМП. Обучение проводится в территориальных поликлиниках и кардиологических (при отсутствии - терапевтических) отделениях городских (районных) больниц с отметкой в медицинской документации.

Непосредственное оказание само- и взаимопомощи осуществляется пациентом или окружающими и включает: покой, ранний сублингвальный прием нитроглицерина и ацетилсалициловой кислоты, вызов СМП в максимально короткие сроки.

В амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения оказание медицинской помощи предусматривает проведение диагностических и лечебных мероприятий в соответствии с

утвержденными протоколами, определение показаний для госпитализации, фиксацию времени первичного медицинского контакта (ПМК), вызов бригады СМП и передачу пациента на следующий этап оказания помощи. Медицинский персонал организаций амбулаторно-поликлинического звена должен пройти подготовку по неотложной кардиологии, включая навыки проведения сердечно-легочной реанимации.

Бригадой СМП оказание медицинской помощи выполняется в соответствии с действующими клиническими протоколами. Транспортировка пациентов с ОКС, имеющих стабильную гемодинамику, должна проводиться той бригадой (в том числе фельдшерской), которая осуществила первичный медицинский контакт (далее - ПМК) с пациентом. В случаях нестабильной гемодинамики, препятствующей немедленной транспортировке пациента в Центр, а также при развитии на фоне ОКС жизнеугрожающих нарушений сердечного ритма и проводимости, требующих экстренной помощи, допускается вызов дополнительной бригады (в том числе реанимационной). При невозможности вызова дополнительной бригады осуществляется госпитализация в реанимационное отделение стационара (минуя приемное отделение) по месту жительства. После стабилизации состояния, пациент переводится в Центр для выполнения интервенционного вмешательства.

Оказание медицинской помощи бригадами СМП включает купирование болевого синдрома, проведение реперфузионной тромболитической терапии (далее - ТЛТ), при наличии показаний, заполнение соответствующих этапов оказания медицинской помощи разделов Чек-листа, назначение антитромботических, антиангинальных и антигипертензивных лекарственных средств, лечение нарушений ритма и проводимости, острой сердечной недостаточности, проведение сердечно-легочной реанимации.

Бригады СМП должны направить информацию о пациенте с ОКС в Центр сразу после принятия решения о транспортировке. Выполнение ТЛТ на догоспитальном этапе следует рассмотреть в тех случаях, когда при предполагаемом развитии ОКС с подъемом сегмента ST ожидаемое время от ПМК до поступления пациента в Центр, имеющий службу рентгеноэндоваскулярной хирургии, превышает 60 минут. При оснащении бригады СМП болюсно-вводимыми тромболитическими препаратами проведение ТЛТ должно осуществляться любыми бригадами (в том числе, фельдшерскими). Необходимым условием для выполнения ТЛТ на догоспитальном этапе и перевозки пациента с ОКС является оснащенность бригады аппаратами ЭКГ и дефибрилятором с автономным питанием.

Фельдшерские бригады районных центров в обязательном порядке должны обеспечить посредством мобильных средств связи передачу ЭКГ пациента с ОКС с подъемом сегмента ST дежурному врачу стационара по месту жительства для решения вопроса о проведении ТЛТ.

Медицинский персонал бригад СМП (в том числе, фельдшерских) должен проходить регулярную подготовку и контроль знаний по неотложной кардиологии, в полном объеме быть обучен правилам выполнения ТЛТ и способам проведения сердечно-легочной реанимации.

На догоспитальном этапе должна быть рассмотрена возможность транспортировки пациента с ОКС в учреждение здравоохранения, проводящее диагностические и лечебные рентгенэндоваскулярные вмешательства.

7.2. Стационарный этап.

Оказание помощи осуществляется в ангиографических кабинетах/рентгеноперационных (при их наличии), отделениях анестезиологии и реанимации, кардиологических (инфарктных) отделениях с блоками (палатами) интенсивной терапии, реабилитационных отделениях (для пациентов кардиологического профиля). С учетом специфики организации кардиологической помощи стационары разделены на 2 категории:

без возможности выполнения диагностических и лечебных рентгенэндоваскулярных вмешательств;

с возможностью проведения диагностических и лечебных рентгенэндоваскулярных вмешательств.

В случаях первичного обращения пациентов с ОКС в стационары, не имеющие службы рентгенэндоваскулярной хирургии, ряд таких лиц (пациенты с ОКС с подъемом сегмента ST, а также лица с ОКС без подъема сегмента ST, нуждающиеся в неотложной либо ранней инвазивной стратегии) должен быть переведен в учреждения здравоохранения, где есть возможность выполнения коронарографии и последующего ЧКВ.

7.2.1. Организация движения потоков пациентов с ОКС в стационарах, имеющих службу рентгенэндоваскулярной хирургии (УЗ «Островецкая ЦРКБ», УЗ «ГОККЦ»).

После получения информации приемным отделением о направлении территориальной службой СМП в стационар пациента с ОКС, медицинская сестра приемного отделения незамедлительно осуществляет вызов врача-анестезиолога-реаниматолога, врача-рентгенэндоваскулярного хирурга, врача приемного отделения (при его отсутствии - врача-кардиолога), санитарки приемного отделения,

которые встречают бригаду СМП на входе со стороны приемного отделения.

По приезду пациента с ОКС в стационар консилиум в составе врача-анестезиолога-реаниматолога, врача-рентгэндоваскулярного хирурга, врача приемного отделения (при его отсутствии - врача-кардиолога) определяет показания к проведению диагностических и лечебных рентгэндоваскулярных вмешательств.

В случае определения показаний для проведения экстренной коронарографии и дальнейшей реваскуляризации, пациент, минуя приемное отделение, транспортируется в рентгеноперационную. По пути следования в рентгеноперационную врач приемного отделения (при его отсутствии - врач-кардиолог) уточняет жалобы, анамнез жизни и заболевания, аллергологический анамнез, подписывает информированное согласие на выполнение диагностических и лечебных рентгэндоваскулярных вмешательств, заполняет соответствующие этапу оказания медицинской помощи разделы чек-листа (приложение).

Бригада СМП в сопровождении вышеперечисленных специалистов Центра доставляет пациента в шлюз рентгеноперационной, где перекладывает его на каталку рентгеноперационной, передает врачу приемного отделения (при его отсутствии - врачу-кардиологу) заполненный сопроводительный лист с указанием всех временных интервалов чек-листа (приложение), соответствующих догоспитальному этапу оказания медицинской помощи, паспорт, электрокардиограмму и другие медицинские документы пациента.

В шлюзе рентгеноперационной медсестра приемного отделения оформляет паспортную часть медицинской карты стационарного пациента (форма № 003/у-07), санитарка приемного отделения снимает одежду пациента, ценные вещи, составляется опись, которую подписывают врач скорой медицинской помощи, врач приемного отделения (при его отсутствии - врач-кардиолог), медицинская сестра приемного отделения.

Врач-анестезиолог-реаниматолог рентгеноперационной при наличии показаний проводит обезболивание и оптимизацию гемодинамики пациента.

Персонал рентгеноперационной (медицинская сестра-анестезист, санитарка) перевозит пациента в рентгеноперационную и укладывает на операционный стол.

Медицинская сестра-анестезист устанавливает периферический катетер и выполняет забор крови для лабораторных исследований по назначению врача-кардиолога в соответствии с действующими клиническими протоколами при ОКС, далее медицинский персонал

(медицинская сестра-анестезист или санитарка) отделения анестезиологии и реанимации доставляет кровь для лабораторных исследований в клинико-диагностическую лабораторию.

До начала проведения рентгенэндоваскулярных вмешательств врач-анестезиолог-реаниматолог рентгеноперационной выдает пациенту нагрузочную дозу клопидогреля/тикагрелора для достижения целевой суммарной дозы (с учетом той дозы, которую пациент получил на догоспитальном этапе).

Рентгеноперационная бригада приступает к выполнению диагностических и лечебных рентгенэндоваскулярных вмешательств, одновременно врач приемного отделения (при его отсутствии - врач-кардиолог) оформляет первичный осмотр в медицинской карте стационарного пациента (форма № 003/у-07).

Врач-рентгенэндоваскулярный хирург заполняет протокол проведения операции, где указывает временные интервалы согласно чек-листу (приложение).

Врач приемного отделения (при его отсутствии - врач-кардиолог) после окончания всех рентгенэндоваскулярных вмешательств завершает заполнение чек-листа.

В случае отсутствия технических возможностей для проведения ЧКВ при наличии в Центре кардиохирургической службы необходима консультация врача-кардиохирурга для определения дальнейшей тактики ведения пациента. При определении врачом-кардиохирургом показаний к экстренному кардиохирургическому вмешательству пациент подается в операционную; последующее лечение после выполненной кардиохирургической операции осуществляется в условиях хирургического стационара.

При поступлении пациента с кардиогенным шоком или его развитием во время выполнения рентгенэндоваскулярных вмешательств необходимо рассмотреть возможность установки системы ЭКМО/ВАБК.

После выполнения всех диагностических и лечебных рентгенэндоваскулярных вмешательств пациенты с ОКС с подъемом сегмента ST переводятся для дальнейшего лечения в отделение анестезиологии и реанимации. Лица с ОКС без подъема сегмента ST после проведения ЧКВ, в зависимости от тяжести состояния, могут быть переведены в блок (палату) интенсивной терапии кардиологического (инфарктного) отделения или отделение анестезиологии-реанимации.

Через 24 часа после проведения ЧКВ показано определение чувствительности к компонентам двойной антитромбоцитарной терапии; при отсутствии необходимого эффекта принимается решение о

замене клопидогреля на прасугрель/тикагрелор.

Пациенты с ОКС, которые отказались от проведения рентгенэндоваскулярных процедур или имеют противопоказания к проведению данного вида вмешательств, направляются для лечения в отделение анестезиологии и реанимации для стабилизации состояния и определения дальнейшей тактики ведения.

При отсутствии показаний к экстренной интервенционной стратегии по шкале GRACE2.0 пациенты с ОКС без подъема сегмента ST госпитализируются в кардиологические отделения (при наличии показаний - в отделение анестезиологии и реанимации или блок (палату) интенсивной терапии кардиологического (инфарктного) отделения) для определения дальнейшей тактики лечения.

После стабилизации состояния все пациенты с ОКС продолжают лечение в кардиологических (инфарктных) отделениях.

8. Реабилитация, динамическое диспансерное наблюдение.

Дальнейшие лечебные и реабилитационные мероприятия проводятся в условиях стационарных реабилитационных отделений, кардиологических диспансеров, районных кардиологических центров и территориальных поликлиниках.

Диспансерное динамическое наблюдение осуществляется врачом-кардиологом (врачом общей практики) в организации здравоохранения по месту жительства (месту пребывания) пациента либо в поликлиническом отделении УЗ «ГОККЦ» в соответствии с приказом главного управления здравоохранения Гродненского областного исполнительного комитета от 10.04.2017 № 321 «Об организации диспансерного наблюдения за пациентами кардиологического профиля г. Гродно и Гродненского района».

9. ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОКС

9.1. Индикаторы разработаны для проведения оценки качества оказания медицинской помощи пациентам с ОКС в рамках системы контроля качества медицинской помощи при проведении внутреннего и (или) внешнего аудита главными внештатными специалистами регионов по кардиологии.

9.1.1. Амбулаторный этап

Индикатор качества помощи - удельный вес пациентов с ОКС, которым оказана медицинская помощь в соответствии с действующим клиническим протоколом диагностики и лечения, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь. Целевой уровень: более 95 %.

Индикатор качества профилактической работы - показатель

своевременного обращения пациентов за медицинской помощью в период до 30 минут от начала интенсивного болевого синдрома (индикатор качества профилактической работы). Целевой уровень: 70 % и более.

9.1.2. Этап СМП

Индикаторы качества помощи на визите:

Время от ПМК до снятия ЭКГ. Целевой уровень: не более 10 минут.

Время от ПМК до начала тромболитической терапии (оценка выполняется в случаях проведения тромболитической терапии). Целевой уровень: не более 30 минут.

Оказание медицинской помощи в соответствии с действующим клиническим протоколом диагностики и лечения пациентов с ОКС, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь. Целевой уровень: более 95 %.

Индикаторы помощи для подстанций/станций СМП:

Удельный вес пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, доставленных в стационар для проведения коронарографии и последующего ЧКВ в течение 60 минут с момента ПМК (оценка выполняется только для районов, находящихся в пределах 70 км от Центра, имеющего службу рентгенэндоваскулярной хирургии). Целевой уровень: более 50 % (не учитываются случаи во время поломки либо простоя ангиографического оборудования по причине отсутствия расходного инструментария).

Для районов, находящихся на расстоянии более 70 км от Центра, имеющего службу рентгенэндоваскулярной хирургии, удельный вес пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, которым была проведена тромболитическая терапия на догоспитальном этапе. Целевой показатель: более 60 %.

Использование технологии телемедицинской передачи ЭКГ. Целевой уровень: не менее 95 % от всех визитов фельдшерских бригад по поводу ОКС с подъемом сегмента ST.

Удельный вес сопроводительных листов с диагнозом «острый коронарный синдром», «инфаркт миокарда», в которых отмечено время ПМК, снятия ЭКГ, начала тромболитической терапии (при его проведении). Целевой уровень: более 95 %.

9.1.3. Стационарный этап

Индикатор качества помощи - удельный вес пациентов с ОКС, которым оказана медицинская помощь в соответствии с действующим клиническим протоколом диагностики и лечения, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь. Целевой уровень: более 95 %.

Удельный вес пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, подвергшихся ЧКВ, от всех пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST (оценивается только для стационаров с возможностью проведения диагностических и лечебных рентгенэндоваскулярных вмешательств). Целевой уровень: более 80%.

Удельный вес пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, подвергшихся первичному ЧКВ в течение первых 90 минут с момента ПМК (оценивается только для стационаров с возможностью проведения диагностических и лечебных рентгенэндоваскулярных вмешательств). Целевой уровень: более 70 %.

Удельный вес пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, которым был проведен тромболизис (оценивается только для стационаров без возможности проведения диагностических и лечебных рентгенэндоваскулярных вмешательств). Целевой уровень: более 90 %.

Удельный вес пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, переведенных в течение ближайших 24 часов для проведения ЧКВ после выполнения тромболитической терапии (оценивается только для стационаров без возможности проведения диагностических и лечебных рентгенэндоваскулярных вмешательств). Целевой уровень: более 95 %.

Уровень и динамика летальности при остром инфаркте миокарда (всего, крупноочаговый инфаркт миокарда, повторный инфаркт миокарда, летальность в трудоспособном возрасте).

Уровень и динамика летальности при острой коронарной патологии (острый/повторный инфаркт миокарда и другие формы острой ишемической болезни сердца) - показатели оцениваются суммарно по стационару; не учитываются пациенты, пролеченные на реабилитационных койках.

9.2. Региональные показатели

Уровень смертности от инфаркта миокарда за календарный год (всего и в трудоспособном возрасте).

Уровень смертности от всех острых форм ишемической болезни сердца за календарный год (всего и в трудоспособном возрасте).

Доля пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, которым было выполнено ЧКВ в процессе лечения в условиях стационара. Целевой уровень: более 75 %.

Удельный вес лиц, перенесших острый/повторный инфаркт миокарда, прошедших стационарный этап реабилитации. Целевой уровень: 90 % для лиц трудоспособного возраста.

Приложение
к Инструкции о порядке оказания
медицинской помощи пациентам с
острым коронарным синдромом в
межрайонном центре (приказ
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь от 24.08.2022 №
1100 «О порядке оказания
медицинской помощи в межрайонном
центре»)

Форма

**Чек-лист пациента
с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST на ЭКГ**

№ п/п	Параметр	Пояснение	Ответ, мин.
1.	Время от начала наиболее интенсивного болевого приступа до обращения за медицинской помощью ¹	Указывается время	
2.	Время от начала болевого приступа до ПМК ¹	Указывается время	
3.	Время от ПМК до регистрации ЭКГ и постановки диагноза ¹	Указывается время	
4.	Время от постановки диагноза до начала введения тромболитического лекарственного препарата ²	Указывается время, если выполнялся тромболизис	
5.	Время от начала введения тромболитического лекарственного препарата до принятия окончательного решения об эффективности тромболизиса ³	Указывается время, если выполнялся тромболизис	
6.	Тромболитическая терапия ³	Указывается, если выполнялся тромболизис:	
		а) лекарственный препарат	
		б) доза	
	в) схема введения		
7.	Время от постановки диагноза до поступления пациента в межрайонный центр ³	Указывается время	
8.	Время от поступления пациента в межрайонный центр до начала проведения коронарографии ⁴	Указывается время	
9.	Время от момента завершения тромболитической терапии до начала проведения коронарографии ⁴	Указывается время, если выполнялся тромболизис	

10.	Время от поступления пациента в межрайонный центр до проведения проводника в дистальные отделы инфаркт-связанной артерии ⁴	Указывается время		
11.	Время от постановки диагноза до проведения проводника в дистальные отделы инфаркт-связанной артерии ⁴	Указывается время		
12.	Время окончания РЭВ ⁴	Указывается время		
13.	Суммарная продолжительность проведения коронароангиографии, РЭВ в межрайонном центре ⁴	Указывается время от начала коронароангиографии, РЭВ до окончания манипуляции		

¹ Заполняются бригадой СМП;

² Заполняется бригадой СМП, если тромболитизис начат бригадой СМП, если тромболитизис начат в отделении реанимации или интенсивной терапии, врачом, проводившим тромболитическую терапию;

³ Заполняются в отделении анестезиологии и реанимации;

⁴ Заполняются врачом рентгено-эндоваскулярным хирургом, проводившим РЭВ.

УТВЕРЖДЕНО
Приказ главного управления
здравоохранения Гродненского
областного исполнительного
комитета
18.09.2022 № 277

«ДОРОЖНАЯ КАРТА»
оказания медицинской помощи
пациентам с ОНМК в Гродненской области

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. «Дорожная карта» разработана в соответствии с действующими законодательными и нормативными правовыми актами в области здравоохранения, Государственной программой «Здоровье нации и демографическая безопасность» на 2021-2025 годы, в соответствии с Инструкцией о порядке оказания медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения в межрайонном центре, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.08.2022 № 1100 «О порядке оказания медицинской помощи в межрайонном центре» (далее – приказ Минздрава от 24.08.2022 № 1100).
2. Медицинская помощь пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения (далее - ОНМК) предоставляется на бюджетной основе, оказывается с соблюдением принципов доступности вне зависимости от социального статуса граждан, уровня доходов и места жительства, с соблюдением гарантированных государством прав и свобод.
3. УЗ «Островецкая ЦРКБ» определить межрайонным центром для оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК и для выполнения интервенционных вмешательств жителям Островецкого, Ошмянского, Сморгонского районов; УЗ «Лидская ЦРБ» - жителям Ивьевского, Дятловского, Вороновского, Слонимского, Новогрудского, Кореличского районов.
4. УЗ «Островецкая ЦРКБ» считать межрайонным центром для оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК и для выполнения интервенционных вмешательств в срок до завершения ремонта 1 корпуса УЗ «Гродненская университетская клиника» и введения в эксплуатацию ангиографа в УЗ «Лидская ЦРБ»
5. УЗ «Гродненская университетская клиника» определить для оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК и выполнения интервенционного вмешательства жителям г. Гродно и Гродненского района, Берестовицкого, Волковысского, Зельвенского, Мостовского, Свислочского, Щучинского районов.

ЦЕЛИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

6. «Дорожная карта» предусматривает следующие цели:
- 6.1. Снижение показателей смертности и инвалидности пациентов с ОНМК (стратегическая цель);
- 6.2. Развитие неврологической, рентгенэндоваскулярной и ангионеврологической служб:
 организация в Гродненской области сети областных и межрайонных центров высокотехнологичной медицинской помощи (далее - Центров), имеющих в своем составе ангиографические кабинеты/рентгеноперационные, укомплектованные медицинским персоналом;
 обеспечение организационно-методической и лечебно-консультативной помощи межрайонным Центрам со стороны областного неврологического центра, учреждениям здравоохранения закрепленных территорий со стороны межрайонных Центров.
- 6.3. Совершенствование системы взаимодействия и обеспечение преемственности в работе служб, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ОНМК посредством:
 обеспечения координации работы скорой медицинской помощи (далее - СМП) и служб стационара;
 осуществления максимально быстрой госпитализации всех пациентов с ОНМК;
 применения высокотехнологичных методов лечения пациентам с ОНМК.
- 6.4. Обеспечение своевременного проведения реперфузионной терапии пациентам с инфарктом головного мозга посредством:
 максимально быстрого проведения тромболитической терапии (далее - ТЛТ) лицам с инфарктом головного мозга, проживающим в территориально удаленных районах, с последующей их доставкой в Центры для выполнения рентгенэндоваскулярного вмешательства;
 своевременного выполнения церебральной ангиографии с последующей реваскуляризацией пациентам с инфарктом головного мозга.
- 6.5. Снижение заболеваемости ОНМК методами первичной и вторичной профилактики в рамках государственных профилактических программ.
- 6.6. Стимуляция своевременного обращения пациентов за медицинской помощью путем информирования о симптомах заболевания; обучение пациентов методам само- и взаимопомощи.
- 6.7. Достижение целевых показателей выполнения мероприятий

государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021-2025 годы.

ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНМК

7. Медицинская помощь пациентам с ОНМК должна оказываться в соответствии с клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями нервной системы (взрослое население)», утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 января 2018 г. № 8.

8. Медицинский работник при оказании медицинской помощи пациенту с подозрением на ОНМК в амбулаторных условиях:

осуществляет проведение диагностических и лечебных мероприятий в соответствии с утвержденными протоколами, определяет показания для госпитализации, фиксирует время первичного медицинского контакта (ПМК) (медицинский персонал организаций амбулаторно-поликлинического звена должен пройти подготовку по неотложной неврологии, включая навыки проведения сердечно-легочной реанимации);

вызывает бригаду скорой медицинской помощи (далее - бригада СМП) (при необходимости) и передает пациента на следующий этап оказания помощи.

9. При вызове бригады СМП к пациенту с подозрением на ОНМК фельдшером по приему и передаче вызовов станции (отделения) СМП во время телефонного опроса оформляется специальный опросник «лицо-рука-речь-время» с целью уточнения времени начала заболевания (у пациента, родственников или иных лиц).

10. Бригада СМП оказывает медицинскую помощь пациентам с подозрением на ОНМК в соответствии с клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями нервной системы (взрослое население)», утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 января 2018 г. № 8, определяет тактику транспортировки пациентов с подозрением на ОНМК.

11. Бригада СМП транспортирует пациента с подозрением на ОНМК при отсутствии медицинских противопоказаний и возможности доставки в течение 4,5 часов от момента начала заболевания в межрайонный центр.

Если время от начала заболевания до прогнозируемого времени доставки пациента в межрайонный центр составляет более 4,5 часов, пациент транспортируется в межрайонное отделение.

В случае угнетения сознания до комы, агонального состояния, тяжелого соматического заболевания в стадии декомпенсации, верифицированного онкологического заболевания в 4 стадии, пациент

госпитализируется в стационар района (при необходимости реанимационное отделение) по месту нахождения пациента.

12. Бригада СМП при транспортировке пациента с подозрением на ОНМК в межрайонный центр или ближайшую больничную организацию: информирует дежурного врача приемного отделения о предполагаемом времени прибытия пациента;

доставляет пациента в кабинет компьютерной томографии (далее - РКТ) или магнитно-резонансной томографии (далее - МРТ), минуя приемное отделение, с последующей передачей пациента дежурному врачу приемного отделения или дежурному врачу-неврологу.

13. Дежурный врач-невролог осуществляет оценку жизненно важных функций организма пациента, неврологического статуса, устанавливает диагноз ОНМК, определяет медицинские показания для госпитализации, оптимальную схему обследования и лечения в соответствии с клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями нервной системы (взрослое население)», утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 января 2018 г. № 8.

14. Пациентам с ОНМК по ишемическому типу, госпитализированным в первые 6 часов от начала заболевания, врач-рентгенолог/врач лучевой диагностики проводит оценку данных нейровизуализации с расчетом баллов по шкале ASPECTS и оценку степени повреждения головного мозга, включая оценку коллатерального кровотока. При оценке 6 баллов и более врач-рентгенолог/врач лучевой диагностики выполняет исследование сосудов головного мозга (КТ-ангиография (от дуги аорты) или МР-ангиография).

После получения результатов КТ-ангиографии или МР-ангиографии и других диагностических исследований определяются медицинские показания к проведению тромболитической терапии (далее - ТЛТ) и рентгенэндоваскулярному хирургическому вмешательству (далее - РЭХВ).

15. Врачом-неврологом и врачом-анестезиологом-реаниматологом после получения данных нейровизуализации и при отсутствии медицинских противопоказаний принимается решение о проведении ТЛТ. Системная ТЛТ начинается в кабинете КТ (МРТ).

Рекомендуется придерживаться следующей последовательности

1-й шаг — начало ТЛТ (болюсное введение 10 % от суммарной расчетной дозы лекарственного препарата «Альтеплаза»);

2-й шаг - выполнение КТ-(МР-)ангиографии;

3-й шаг - начало внутривенной инфузии (введение 90 % от суммарной расчетной дозы лекарственного препарата «Альтеплаза» сразу после окончания КТ-(МР-)ангиографии).

Внутривенная инфузия лекарственного препарата «Альтеплаза» проводится в течение последующей транспортировки пациента в отделение (кабинет) рентгенэндоваскулярной хирургии. При невозможности нейровизуализации ТЛТ не проводится.

16. Врач-рентгеноэндоваскулярный хирург оценивает соответствие пациента существующим критериям отбора для проведения РЭХВ.

Начало РЭХВ не должно быть отсрочено ожиданием эффекта от ТЛТ.

17. Бригадой врачей с участием врача-невролога, врача-рентгеноэндоваскулярного хирурга и врача-анестезиолога-реаниматолога принимается решение о проведении внутрисосудистой тромбэктомии.

18. Врач-рентгеноэндоваскулярный хирург по результатам выполненного РЭХВ проводит оценку (ангиографическую оценку восстановления кровотока) по шкале ТПСІ, отражает результаты оценки по шкале ТПСІ и время реперфузии в протоколе хирургического вмешательства.

19. Врач-невролог через 24-36 часов после проведения ТЛТ и (или) РЭХВ обеспечивает выполнение повторной нейровизуализации (РКТ или МРТ) с целью оценки динамики очага поражения головного мозга, выявления возможных геморрагических осложнений, контроля отека головного мозга.

При возникновении отека со смещением срединных структур, кровотечения в ткани головного мозга, субарахноидальное пространство организовывается экстренная консультация врача-нейрохирурга.

20. Врачебный консилиум принимает решение о возможности хирургического лечения пациентов с ОНМК в соответствии с клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями нейрохирургического профиля в стационарных условиях», утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 октября 2021 г. № 117.

Пациентам с субарахноидальным кровоизлиянием из разорвавшейся мешотчатой аневризмы для медицинской профилактики повторного кровотечения целесообразно выполнение хирургического вмешательства в течение 72 часов от начала заболевания, для чего пациент переводится в нейрохирургическое отделение.

21. Реабилитация пациентов, перенесших ОНМК, осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 декабря 2014 г. № 1300 «О порядке оказания медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организаций здравоохранения».

22. Стационарный реабилитационный этап включает ранний (от 2 недель до 3 месяцев от начала заболевания) и поздний (до года)

восстановительный период инсульта. На стационарный реабилитационный этап направляют пациентов, не восстановивших мобильность, но имеющих реабилитационный потенциал. Проводится оценка характера и степени выраженности нарушенных функций, подлежащих реабилитации, осуществляется весь комплекс восстановительных мероприятий, по окончании которого проводится отбор на последующие этапы реабилитации. Стационарный этап реабилитации проводится в:

УЗ «Республиканская клиническая больница медицинской реабилитации»;

ГУЗ «Гродненская областная клиническая больница медицинской реабилитации»;

районных реабилитационных отделениях (УЗ «Островецкая ЦРКБ», УЗ «Сморгонская ЦРБ», УЗ «ОПНД «Островля»);

на неврологических койках в стационарах по месту жительства (пребывания).

23. Реабилитация в условиях отделения восстановительного лечения поликлиники включает комплекс реабилитационных мероприятий пациентам, восстановившим мобильность до уровня, необходимого для посещения амбулаторного учреждения, и нуждающимся в дальнейшем лечении и реабилитации.

24. Реабилитация на дому проводится не мобильным или маломобильным пациентам, нуждающимся в посторонней помощи и уходе, и включает массаж, ЛФК, медикаментозное лечение.

25. Медицинское наблюдение и лечение пациента с ОНМК в амбулаторных условиях осуществляется врачом-неврологом (врачом общей практики) в организации здравоохранения по месту жительства (пребывания) пациента.

ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНМК

26. Индикаторы разработаны для проведения оценки качества оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК в рамках системы контроля качества медицинской помощи при проведении внутреннего и (или) внешнего аудита главным внештатным специалистом области по неврологии.

26.1. Амбулаторный этап

Амбулаторный этап (показатель своевременного обращения пациентов за медицинской помощью в период до 3 часов от начала заболевания (индикатор качества профилактической работы):

число пациентов с ОНМК, к которым была вызвана бригада СМП в сроки до 3 часов от начала заболевания, к числу всех пациентов с ОНМК, доставленных в больничную организацию бригадами СМП;

целевой уровень – 70 % и более.

26.2. Этап СМП:

время от вызова бригады СМП до контакта с пациентом (30 минут в городе и 45 минут в иных населенных пунктах):

число вызовов бригад СМП к пациентам, прибытие к которым осуществлено не позднее 30 минут в городе и 45 минут в иных населенных пунктах после регистрации срочного вызова с поводом «внезапные нарушения двигательной активности» к числу вызовов бригад СМП к пациентам по поводу «внезапные нарушения двигательной активности»,

целевой уровень -100 %;

время от первого контакта бригады СМП с пациентом до доставки пациента в межрайонный центр (60 минут в городе и 75 минут в иных населенных пунктах):

число пациентов с ОНМК, доставленных в межрайонный центр в течение 60 минут в городе и 75 минут в иных населенных пунктах после первого контакта с бригадой СМП, к числу всех пациентов с ОНМК, доставленных в межрайонный центр,

целевой уровень – 100 %.

26.3. Стационарный этап:

охват нейровизуализацией (проведение РКТ или МРТ головного мозга в течение первого часа от момента поступления пациента в межрайонный центр):

число пациентов с ОНМК, которым проведено РКТ или МРТ головного мозга в течение первого часа от момента поступления в межрайонный центр, к числу всех пациентов с ОНМК, поступивших в межрайонный центр,

целевой уровень – 100 %;

проведение ТЛГ или РЭХВ при инфаркте головного мозга:

число пациентов с инфарктом головного мозга, которым проведены ТЛГ или РЭХВ, к числу пациентов с инфарктом головного мозга, поступивших в больничную организацию,

целевой уровень – 7 %;

летальность от ОНМК (всего и в том числе трудоспособного возраста):

число умерших пациентов от ОНМК к числу пролеченных пациентов с ОНМК (выписанные и умершие),

целевой уровень – 18 %;

число пациентов трудоспособного возраста, умерших от ОНМК, к числу пролеченных пациентов трудоспособного возраста с ОНМК (выписанные и умершие),

целевой уровень – 18 %;

число пациентов с ОНМК, прошедших стационарный этап реабилитации, к числу пролеченных пациентов с ОНМК (выписанные),

целевой уровень – 80 %.

26.4. Областные показатели:

коэффициент смертности от ОНМК (всего и в трудоспособном возрасте);

первичная заболеваемость ОНМК взрослого населения;

охват комплексным обследованием пациентов с ОНМК;

показатель тяжести выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста от ОНМК.

Приложение
к приказу главного управления
здравоохранения Гродненского
областного исполнительного
комитета
15.09.2022 № 777

Схема закрепления районов за
межрайонными центрами и
«ресурсными центрами» по ОНМК

	Прикрепленные районы	Межрайонные центры
Подозрение на ОНМК при: отсутствии медицинских противопоказаний, возможности доставки в межрайонный центр по ОНМК в течение 4,5 часов от момента начала заболевания	г. Гродно, Гродненский, Мостовский, Щучинский, Берестовицкий, Свислочский, Зельвенский, Волковыский районы	УЗ «Гродненская университетская клиника»
	г. Лида, Лидский, Дятловский, Вороновский, Слонимский, Новогрудский, Кореличский районы	УЗ «Лидская ЦРБ»
	г. Островец, Островецкий, Сморгонский, Ошмянский, Ивьевский районы	УЗ «Островецкая ЦРБ»
	Прикрепленные районы	«Ресурсные центры»
Время от начала заболевания до прогнозируемого времени доставки в межрайонный центр более 4,5 часов пациент транспортируется в ближайшую больничную организацию, имеющую возможность проведения КТ	г. Гродно, Гродненский район	УЗ «Гродненская областная клиническая больница медицинской реабилитации»
	Щучинский, Мостовский районы	УЗ «Гродненская университетская клиника»
	Волковысский, Свислочский, Берестовицкий,	УЗ «Волковысская ЦРБ»

	Зельвенский район	
	Новогрудский, Кореличский районы	УЗ «Новогрудская ЦРБ»
	Лидский, Вороновский районы	УЗ «Лидская ЦРБ»
	Слонимский, Дятловский районы	УЗ «Слонимская ЦРБ»
	Островецкий, Ошмянский, Ивьевский районы	УЗ «Островецкая ЦРБ»
	Сморгонский район	УЗ «Сморгонская ЦРБ»
В случае: агонального состояния; уровня сознания 8 и ниже баллов по ШКГ; верифицированное онкологическое заболевание в 4 стадии; тяжелое соматическое заболевание в стадии декомпенсации	г. Гродно и все районы Гродненской области	В стационар (при необходимости в отделение анестезиологии и реанимации) по месту жительства (пребывания) пациента