

# Глобальное руководство и план действий по борьбе с инсультом: Стратегический план обеспечения качественной помощи при инсульте

## ВВЕДЕНИЕ И ОБЗОР

Авторы: Линдсей М.П., Норрвинг Б., Фури К.Л., Доннан Г., Лангхорн П., Дэвис С.  
От имени Глобального консультативного комитета по качеству и руководству лечением инсульта,  
Глобальной рабочей группы по руководству по борьбе с инсультом  
и Глобальной рабочей группы по качеству лечения инсульта.

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## ЦЕЛЬ:

*Стратегический план обеспечения качественного лечения инсульта Всемирной организации по борьбе с инсультом (WSO) – это документ, дополняющий Глобальное руководство и план действий по борьбе с инсультом WSO. Этот стратегический план служит основой для внедрения, мониторинга и оценки лечения инсульта во всем мире.*

В нем содержатся **стандартные и последовательные требования** к отбору **доказательных рекомендаций**, **описываются подходы** к их внедрению в клинической практике и **методы расчета показателей эффективности** для создания предпосылок к постоянному повышению качества.

## ЦЕЛЕВАЯ АУДИТОРИЯ:

Стратегический план предназначен для использования руководителями медицинских организаций и клиницистами, оказывающими помощь пациентам с инсультом, при создании системы помощи больным с инсультом и задействовании как можно большего количества определенных в данном стратегическом плане компонентов на всех этапах медицинской помощи. В центре внимания стратегического плана лежат процессы помощи пациентам и меры воздействия на исход лечения. Известно, что не во всех регионах можно обеспечить все элементы качественной помощи больным с инсультом, поэтому в рекомендациях и показателях эффективности учитываются элементы, которые должны присутствовать на трех уровнях предоставления медицинских услуг.

Его могут использовать районные, **региональные или федеральные учреждения здравоохранения и поставщики** услуг в качестве основы для собственной оценки мер по борьбе с инсультом.

**Правительства и организации, обеспечивающие финансирование**, должны использовать эти руководящие принципы и план действий для пересмотра существующих услуг и выявления недостатков в медицинском обслуживании. Затем они смогут определить приоритеты при устранении недостатков и рассмотреть возможные пути решения для повышения доступности медицинских услуг.

**Врачи и другие работники системы здравоохранения** должны использовать эти руководящие принципы и стратегический план для критического рассмотрения местного медицинского обслуживания, доступа к медицинской помощи и оказания постоянной поддержки больным для их восстановления.

Этот стратегический план также содержит ценные рекомендации **для разработки программ по лечению инсульта**, которые позволят включить в них все определенные в данном документе ключевые элементы в самом начале разработки.

## ФОРМАТ:

Стратегический план охватывает все этапы медицинской помощи, начиная с острой фазы инсульта (неотложная помощь и стационарное лечение), продолжая реабилитацией после инсульта, профилактикой повторного инсульта и заканчивая реинтеграцией в общество и долгосрочным восстановлением.

В каждом разделе представлена часть континуума, и пользователи могут **изучить и оценить имеющиеся структурные элементы и средства лечения** инсульта, **основные доказательные рекомендации** относительно помощи пациентам с инсультом, которые должны быть внедрены в практику, и список **основных показателей качества для контроля** за осуществляемым лечением и уходом, исходами для пациентов и экономическими результатами.

## КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПЛАНОМ:

Лица, заинтересованные в этом плане, должны:

1. **Изучить** разделы, имеющие отношение к их фазе оказания медицинской помощи;
2. **Выполнить оценку** текущих услуг и ресурсов, действующих рекомендаций и используемых методов сбора данных и доступности; затем
3. **Разработать план** оптимизации этих основных элементов и внедрения дополнительных элементов для улучшения качества оказания помощи пациентам с инсультом.

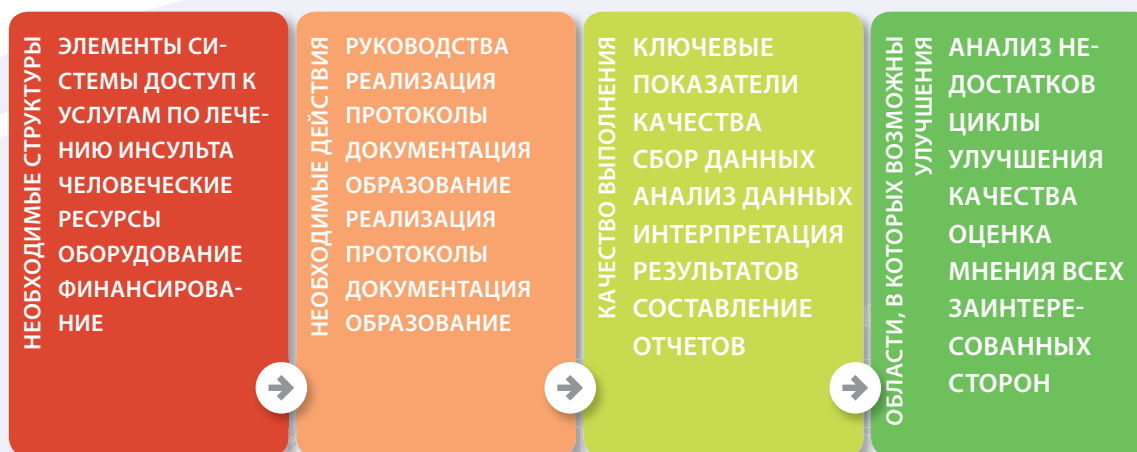
## РЕАЛИЗАЦИЯ:

1. Печатный практический документ
2. **Электронное интерактивное приложение/ресурс**, в котором пользователи могут указывать доступные им элементы из главного контрольного списка, и программа определяет текущий уровень, рекомендации и меры повышения эффективности.

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## ЧАСТЬ I: ВВЕДЕНИЕ И ОБЗОР

Инсульт является ведущей причиной смерти и инвалидности во всем мире. Системы лечения и ухода за больными с инсультом, комплексные подходы к оказанию медицинской помощи при инсульте и доступность ресурсов для ведения пациентов с инсультом значительно варьируются в различных географических регионах, что приводит к недостаточному лечению и обслуживанию. Всемирная организация здравоохранения обязалась предпринимать усилия по значительному снижению факторов риска и смертности от неинфекционных заболеваний к 2025 году. Смертность от инсульта и его распространенность могут быть значительно уменьшены за счет организованной системы помощи при инсульте, включающей внедрение основанных доказательных клинических практических рекомендаций и принятия принципов и программ непрерывного улучшения качества.



В 2014 году Всемирная организация по борьбе с инсультом (WSO) опубликовала первое *Руководство*<sup>1</sup> и план действий по борьбе с инсультом для содействия усилиям, предпринимаемым во всех регионах для повышения качества медицинского обслуживания и улучшения исходов заболевания у людей, перенесших инсульт. Одной из целей стратегического плана является его использование во всех регионах для выполнения самостоятельной оценки текущей деятельности по борьбе с инсультом и применения ее результатов при принятии информированных решений и для пропагандистских усилий по дальнейшему развитию медицинского обслуживания больных с инсультом с учетом географических и материальных ограничений. В *Глобальное руководство и план действий по борьбе с инсультом* включено несколько компонентов, предназначенных для содействия в улучшении оказания помощи больным с инсультом. Во-первых, разработана классификация доступности медицинской помощи для пациентов с инсультом повсеместно, включающая три уровня: доступ к **минимальным** медицинским услугам, доступ к **основным** услугам для больных с инсультом и доступ к **расширенным** услугам для больных с инсультом (Рис. 1). В Плане действий также предусмотрена структура услуг для больных с инсультом, которая описывает континуум оказания помощи больным с инсультом и основные элементы каждого этапа континуума. Также предоставляются рекомендации относительно передовых методов для каждого основного элемента и в соответствующих случаях указываются ключевые показатели качества.

1. Линдсей П., Фури К.Л., Дэвис С.М., Доннан Г.А., Норрвинг Б. Руководство и план действий по борьбе с инсультом во всем мире Всемирной организации по борьбе с инсультом. *Int J Stroke*. Октябрь 2014 г.; 9 (Дополнение А100): 4-13.

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## Цель Глобального руководства и плана действий по борьбе с инсультом и стратегического плана

Данный стратегический план служит основой для внедрения, мониторинга и оценки обслуживания больных с инсультом во всем мире. В нем содержатся стандартные и последовательные требования к отбору доказательных рекомендаций, описываются подходы к их внедрению в клинической практике и методы расчета показателей эффективности для создания предпосылок к постоянному повышению качества. Стратегический план включает взаимосвязанные элементы на всех этапах оказания медицинской помощи: развитие инсульта, стационарное лечение острой фазы инсульта, реабилитация после инсульта, профилактика повторного инсульта, реинтеграция в общество и долгосрочное восстановление. Эти этапы не являются строго последовательными, и многие действия, входящие в каждый этап, могут выполняться одновременно; например, профилактика может проводиться уже во время реабилитации.



Рис. 1. Уровни медицинского обслуживания для лечения инсульта

**Целевая аудитория:** В основе стратегического плана лежат процессы лечения и воздействия на его результаты. Его могут использовать районные, региональные или федеральные учреждения здравоохранения и поставщики услуг в качестве основы для собственной оценки мер по борьбе с инсультом. Правительства и организации, обеспечивающие финансирование, смогут использовать это руководство и план действий для обзора существующих услуг и выявления пробелов в обслуживании. Затем они смогут определить приоритеты при устранении недостатков и рассмотреть возможные решения для повышения доступности медицинских услуг. Клинические врачи и другие медицинские работники должны использовать эти руководящие принципы и стратегический план для тщательного изучения местного медицинского обслуживания, доступа к медицинской помощи и оказания постоянной поддержки больным для их восстановления. Этот стратегический план также содержит ценные рекомендации для разработки программ по лечению инсульта, которые позволят включить в них все определенные в данном документе ключевые элементы в самом начале разработки.

Ссылки на ресурсы в различных странах мира включены в приложения и список литературы. Преимущество существующих документов для всех групп, работающих над улучшением обслуживания больных с инсультом, состоит в том, что они смогут больше времени уделять совершенствованию систем и сократят время на аналогичный сбор необходимой информации; вместо этого они смогут адаптировать существующие материалы в соответствии с местными требованиями.

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## Глобальная схема обслуживания больных с инсультом по ключевым элементам непрерывного ухода за больными

Цель Глобальной схемы ведения больных с инсультом Всемирной организации инсульта (WSO) состоит в предоставлении стратегического плана для использования руководителями местных медицинских учреждений и клинических групп по оказанию помощи больным с инсультом при разработке систем лечения и задействовании как можно большего количества определенных компонентов на протяжении всего периода непрерывного лечения. Схема представлена на Рис. 2.

Глобальная схема ведения больных с инсультом WSO охватывает весь период обслуживания больных с инсультом, начиная с появления признаков и симптомов инсульта вплоть до реабилитации и реинтеграции в общество. Общие аспекты борьбы с инсультом включают распознавание, оценку, диагностику, вмешательство, профилактику, обучение, технологии и измерения. Они применяются на всех этапах помощи, включая распознавание инсульта, неотложную помощь, профилактику осложнений, реабилитацию, профилактику повторного инсульта, реинтеграцию в общество и долгосрочное восстановление.<sup>^</sup>

На каждом из этапов лечения и реабилитации определено несколько ключевых вопросов, которые считаются наиболее важными для оптимизации оказания помощи больным с инсультом во всем мире. Несмотря на то, что первичная профилактика факторов риска сосудистых заболеваний является критически важным компонентом медицинского обслуживания, она не рассматривается в качестве основного направления в данной схеме или Плана действий. <sup>^</sup> Однако в этой структуре и Плана действий уделяется большое внимание профилактике повторного инсульта, использующей аналогичные концепции (такие как образ жизни, гипертония, фибрилляция предсердий и дислипидемия).

## Адаптация Глобального руководства и плана действий по борьбе с инсультом WSO для местного использования

Проверки методов борьбы с инсультом во всем мире неоднократно показывали, что существует значительный разрыв между доказанными передовыми способами лечения и лечением, которое фактически проводится. Цели Глобального руководства по борьбе с инсультом WSO включают содействие использованию полученных данных в практической деятельности, поддержку при принятии клинических решений, определение эффективных терапевтических подходов и влияние на государственную политику (Кастнер и др., 2011).

Глобальное руководство по борьбе с инсультом во всем мире WSO содержит основной набор рекомендаций по оказанию помощи больным с инсультом и ключевые показатели качества, которые были определены путем тщательного анализа и адаптации (Линдсей и др., IJS 2014). Они включают:

- **Элементы системы**, необходимые для оказания помощи больным с инсультом и внедрения рекомендаций.
- Доказательные **рекомендации по передовым методам оказания помощи больным с инсультом**<sup>2</sup>, используемым на всех этапах ведения пациента. Для каждой рекомендации указывается уровень обслуживания при котором она может быть реализована на практике.
- **Ключевые показатели качества** (основные показатели эффективности), которые помогают определить, в каком объеме предоставляется помощь и каково ее качество. Эти показатели можно рассматривать как основу для постоянных мер по улучшению качества.
- **Показатели контроля качества на уровне системы** также предназначены для оценки изменений в системе и текущих мер по усовершенствованию.

2. Что касается рекомендаций, которые считаются применимыми при наличии минимального уровня медицинских услуг, например, в отдаленных и сельских районах без организованного обслуживания больных с инсультом (категория 1), ожидается, что местные медицинские работники смогут адаптировать эти рекомендации и предоставить информацию семьям больных, перенесших инсульт, чтобы они могли обеспечивать надлежащий уход таким больным.

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

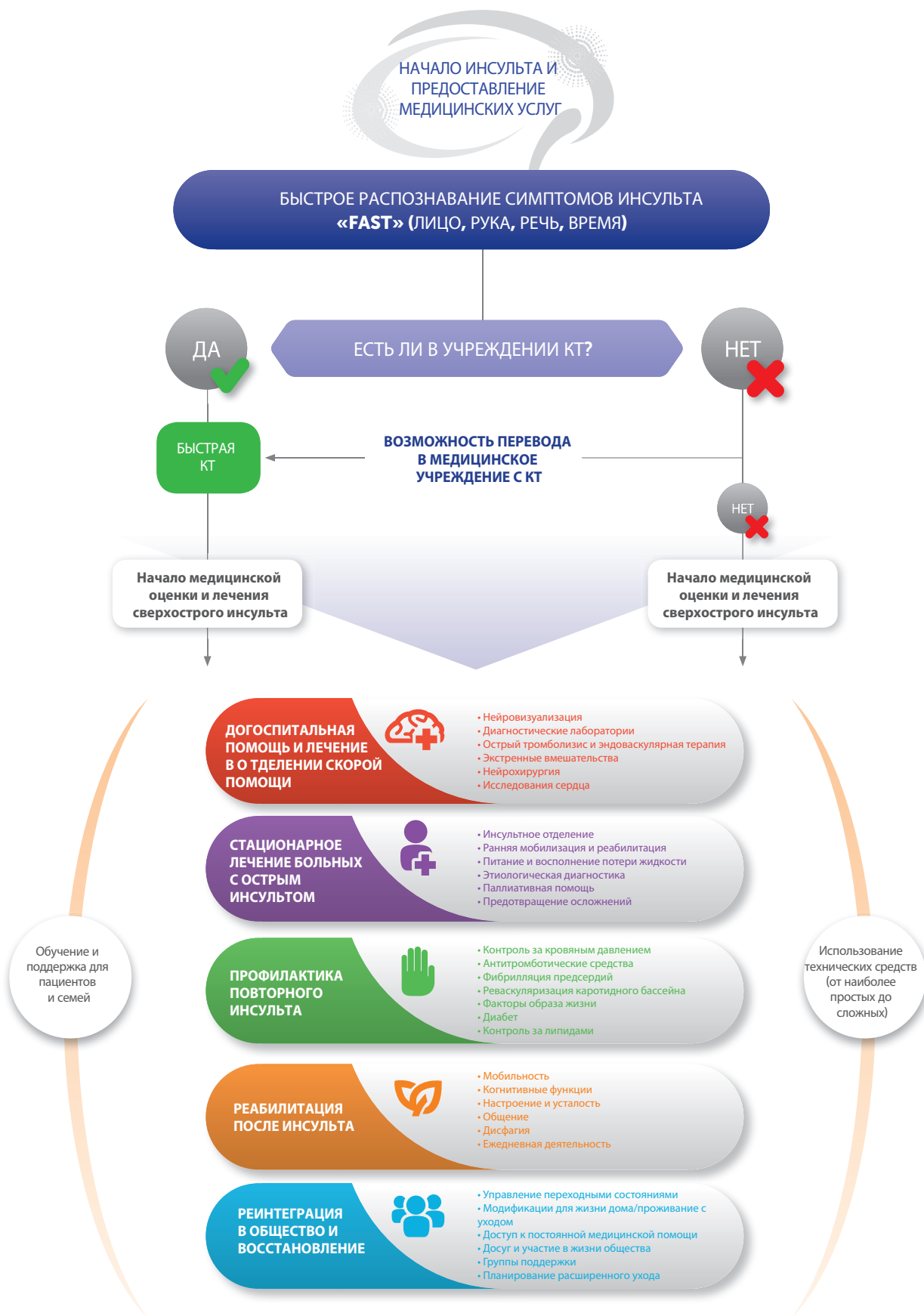


Рис. 2. Глобальная структура обслуживания больных с инсультом



# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

**В Глобальном руководстве по борьбе с инсультом WSO** описывается идеальное ведение больных с инсультом на всех этапах оказания помощи. В этом руководстве освещены темы с наивысшим уровнем доказанной эффективности и факторы, считающиеся определяющими для системы. Мы понимаем, что пользователи Глобального руководства и плана действий по борьбе с инсультом WSO могут выполнять только некоторые рекомендации и/или могут работать только над некоторыми этапами обслуживания больных с инсультом (как определено в структуре выше).

На Рис. 3 ниже описаны шаги, которые должны быть предприняты, если какая-либо районная, региональная или федеральная группа решает использовать или адаптирует Глобальное руководство по борьбе с инсультом WSO на своем уровне. Затем следует более подробное описание каждого шага. По возможности предоставляются практические рекомендации для каждого шага. В этом разделе также содержатся ссылки на полезные ресурсы, содержащие более подробную информацию. В регионах с ограниченными ресурсами некоторые шаги могут быть изменены или полностью пропущены. Однако важно оценить связанные с этим преимущества и риски. Например, может быть принято решение создать небольшую рабочую группу, однако в ее состав желательно включить представителей нескольких дисциплин.

Руководство должно адаптироваться для местного использования группа специалистов с широким спектром знаний, относящимся к рассматриваемой теме руководства. Методы совместной работы группы могут существенно повлиять на результат процесса. К участию в разработке руководства по оказанию помощи больным с инсультом следует привлекать специалистов в следующих областях: лечебное дело (неврология, терапия, реаниматология, общая врачебная практика и восстановительная медицина), сестринское дело реабилитация (физиотерапия, эргоэрготерапия, логопедия, инструктор ЛФК), социальная работа, психология и фармацевтика. Представители других дисциплин и систем также могут иметь значение в зависимости от фазы оказания помощи, включенной в руководство. В группу также важно включить больных, перенесших инсульт, членов семьи и лиц, осуществляющих уход за больными.

Рис. 3. Шаги по адаптации Глобального руководства и плана действий по борьбе с инсультом WSO для местного использования.

<b>Организация рабочей группы</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечить представление основных заинтересованных сторон</li> <li>• Поиск специалистов из других юрисдикций</li> </ul>
<b>Определение масштаба и тем</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Определить соответствующие этапы оказания помощи больным с инсультом</li> <li>• Выбрать основные темы, которые будут рассматриваться в местном руководстве</li> </ul>
<b>Поиск лучших фактических данных</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Изучить и выбрать руководства из стран, вносящих вклад в Глобальное руководство по борьбе с инсультом WSO, в качестве основы для местного руководства</li> <li>• Изучить фактические данные, представленные в существующих глобальных руководствах</li> <li>• Выполнить поиск информации для выявления дополнительных актуальных данных</li> </ul>
<b>Оценка и сопоставление фактических данных</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Выполнить систематический процесс оценки качества и надежности новых фактических данных</li> </ul>
<b>Выбор рекомендаций и их адаптация к местным условиям</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сформулировать рекомендации предельно ясно и лаконично</li> <li>• Включить критически важные темы для охвата рассматриваемых мер (Приложение 1)</li> <li>• Связать фактические данные с рекомендациями</li> </ul>
<b>Консультации и обзор внешними специалистами</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Провести обсуждения с конечными пользователями, руководителями систем и спонсорами</li> <li>• Отправить рекомендации на рассмотрение внешними экспертами, не участвовавшими в первоначальной разработке и адаптации</li> </ul>
<b>Распространение и внедрение</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечить инструменты для внедрения</li> <li>• Обеспечить обучение и профессиональную подготовку для всех лиц, участвующих в оказании помощи</li> </ul>
<b>Стратегия оценки</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Определить ключевые показатели качества для оценки внедрения и влияния на результаты лечения</li> <li>• Разработать механизм сбора данных через реестр или путем регулярного аудита</li> </ul>

Обратитесь к Приложению 1 за подробной информацией о каждом шаге процесса адаптации этого руководства

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## ЧАСТЬ II: ОБЗОР СТРУКТУРЫ WSO ПО ОБСЛУЖИВАНИЮ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ

Глобальное руководство и план действий по борьбе с инсультом представлены в данном стратегическом плане в рамках модели улучшения качества. Каждый раздел относится к определенной части непрерывного континуума оказания помощи и позволяет пользователям просматривать и оценивать имеющиеся структурные элементы и службы для ведения инсульта; доказательные рекомендации по передовым методам лечения и ухода, которые должны быть практичными, исходя из уровня доступных услуг; и список ключевых показателей качества для контроля уровня оказания помощи и воздействия на исходы для пациентов и экономические результаты. Дальнейшие описания каждого из этих элементов стратегического плана приведены ниже.

Пользователи этого стратегического плана должны изучить разделы, относящиеся к их фазе оказания помощи при инсульте (системный уровень, лечение сверхострого, острого инсульта в стационаре, профилактика повторного инсульта, реабилитация после инсульта, реинтеграция в общество); провести оценку текущих услуг и ресурсов, существующих рекомендаций и существующих методов сбора данных и доступа к услугам; затем разработать план внедрения для оптимизации этих основных элементов и добавления дополнительных элементов в целях улучшения оказываемой ими помощи при инсульте.

Следует отметить, что приведенные здесь рекомендации и показатели представляют собой базовые элементы, необходимые для обеспечения оптимального ухода за больными с инсультом. Основной и расширенный уровни обслуживания больных с инсультом включают все элементы предыдущего уровня плюс дополнительные услуги. В зависимости от ресурсов и опыта организаторы систем по лечению инсульта должны расширять набор рекомендаций для своих регионов в целях продвижения доказательного подхода при лечении и наблюдении за больными с инсультом. Дополнительные рекомендации по каждой части континуума оказания помощи больным с инсультом и более подробные рекомендации и показатели качества содержатся в опубликованных в настоящее время руководствах со всего мира. Высококачественные руководства, изученные при разработке Глобального руководства и плана действий по борьбе с инсультом WSO, приведены в справочном списке.

### Первый элемент: Определение текущего уровня предоставления услуг и возможностей (самостоятельная оценка)

Модели оказания помощи при инсульте значительно варьируются в различных регионах и зависят от наличия ресурсов, включая человеческие ресурсы, доступ к медицинским учреждениям, доступ к диагностическим и лабораторным службам, доступ к лекарствам и транспорту. Доступность ресурсов влияет на то, насколько всеобъемлющими могут быть услуги на всем их протяжении, включая лечение острого инсульта, реабилитацию, профилактику повторного инсульта, реинтеграцию в общество и долгосрочное восстановление. Первый элемент включает основные ресурсы, которые обоснованно ожидаются на каждом уровне обслуживания от минимального до основного и расширенного. Они представлены в контрольном перечне, который каждая группа по развитию услуг по лечению инсульта должна использовать для оценки собственных возможностей и ресурсов и определения потенциальных дополнительных элементов для их внедрения.





# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

При разработке Глобального руководства и плана действий по борьбе с инсультом WSO определены три уровня доступности услуг по лечению инсульта в качестве ключевой части этой структуры. По завершении самостоятельной оценки каждая группа будет понимать, к какой категории относятся их услуги. Это дает возможность разрабатывать цели и планы для достижения более высокого уровня услуг в рамках имеющихся возможностей.



Несмотря на то, что на местах могут отсутствовать или быть недоступны некоторые ключевые компоненты оказания помощи больным с инсультом, всем регионам рекомендуется использовать этот План действий для определения своих целей по оказанию помощи при инсульте, а затем со временем разработать стратегию для достижения этих целей. Известно, что в странах с низким и средним уровнем дохода имеет место различный уровень доступа к некоторым из самых базовых медицинских услуг. Они варьируются от периодических посещений небольших населенных пунктов/сельских районов медицинскими работниками до базовых организованных услуг в более крупных населенных пунктах и более широких услуг в городах.

## Второй элемент: Ключевые рекомендации по ведению больных с инсультом

**Рекомендации по передовым методам** – это рекомендации для практических или политических решений, которые основаны на достаточных высококачественных доказательствах. В них описываются *наиболее эффективные* медицинские методы, меры вмешательства и процессы, разрабатываемые на основе научных доказательств, а в некоторых случаях – на мнении экспертов и консенсусе. Рекомендации по передовым методам могут представлять собой рекомендации по клинической практике/передовой практике или руководства по политике.

При помощи многоцелевого дельфийского метода был определен основной набор рекомендаций по лечению и уходу за больными с инсультом, которые считаются обоснованными при реализации на уровне минимальных, основных и расширенных моделей оказания помощи больным с инсультом. В этих рекомендациях подчеркивается, что даже в регионах с минимальными ресурсами можно что-то сделать для улучшения качества оказываемой помощи и исхода болезни у пациентов с инсультом. Рекомендации составлены по возрастанию. Это означает, что на минимальном уровне услуг должен быть реализован основной набор рекомендаций. Затем на основном уровне должны быть реализованы все рекомендации для минимального уровня ПЛЮС дополнительные рекомендации, которые считаются обоснованными на основном уровне. Аналогично, на уровне расширенных услуг для больных с инсультом должны быть реализованы все рекомендации, перечисленные для минимальных и основных уровней услуг плюс дополнительные рекомендации для расширенных услуг.

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## Уровни доказательности:

Все рекомендации в этом руководстве представлены вместе с уровнями доказательности, отражающими надежность проведенных исследований, по состоянию на октябрь 2015 года. Эти рекомендации и уровни доказательности будут ежегодно пересматриваться и корректироваться по необходимости в зависимости от результатов новых исследований. Данные уровни доказательности основаны на результатах конкретных исследований, поэтому они применимы к изучаемой популяции, а не ко всем регионам, они могут не отражать местные системы, а местные поставщики услуг для больных с инсультом должны определять, насколько они применимы к их популяции.



рекомендации основаны на достоверных доказательствах, полученных в результате систематических обзоров, метаанализа и/или нескольких рандомизированных контролируемых исследований с последовательными результатами;



рекомендации основаны на доказательствах с неполной достоверностью, полученных в отдельных рандомизированных контролируемых исследованиях, многочисленных исследованиях с непоследовательными результатами, крупных наблюдательных исследованиях и/или крупных исследованиях по методу «случай-контроль»;



рекомендации основаны на слабых доказательствах, полученных в небольших наблюдательных исследованиях или исследованиях по методу «случай-контроль»; или они основаны на экспертных заключениях и/или групповом согласованном мнении. Эти более слабые рекомендации предоставляются, если они считаются ключевыми элементами оказания помощи больным с инсультом, например, выполнение компьютерной томографии для подтверждения диагноза.

## Третий элемент: Ключевые индикаторы качества оказания помощи больным с инсультом

Оценка качества ведения больных с инсультом является важным компонентом любой организованной системы оказания помощи независимо от ее масштаба. На раннем этапе процесса планирования необходимо рассмотреть вопрос об оценке, чтобы предусмотреть механизмы сбора данных в рамках предоставления услуг для больных с инсультом и плана реализации руководящих принципов.

В рамках Глобального руководства и плана действий по борьбе с инсультом WSO выбраны коды Международной классификации болезней для определения соответствующих случаев инсульта в целях включения в стратегию оценки эффективности услуг. Данные коды включены в Приложение 2. Затем был определен базовый набор показателей эффективности в рамках составления ключевых рекомендаций по передовым методам. Эти ключевые показатели качества лечения и ухода за больными с инсультом представлены в данном стратегическом плане для повышения концентрации, согласованности и стандартизации оценки услуг для больных с инсультом в разных юрисдикциях. Предполагается, что со временем эта информация может быть использована для разработки глобальных эталонных показателей для оказания услуг больным с инсультом на минимальном, основном и расширенном уровне услуг и для содействия усилиям по улучшению качества оказываемой помощи путем принятия обоснованных решений и системного планирования.

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Чтобы разработать эффективные индикаторы качества для стратегии оценки на местном уровне, необходимо рассмотреть несколько элементов:

- ➔ **Дать определение инсульта**
- ➔ **Определить критерии включения и исключения для интересующей целевой популяции пациентов (тип инсульта, возраст, пол, обстановка, этап лечения и т.д.)**
- ➔ **Определить ключевые показатели качества услуг для больных с инсультом из списка WSO ниже и добавить дополнительные индикаторы, чтобы в достаточной степени охватить предоставляемые услуги и отчетность**
- ➔ **Определить требуемые элементы данных и методы сбора всех необходимых элементов для расчета показателей качества**
- ➔ **Разработать методологию сбора и хранения данных (кто будет записывать данные, когда, где, как и для каких пациентов)**
- ➔ **Определить сроки сбора данных, анализа и отчетности**
- ➔ **Определить структуру и формат отчетности (по возможности следует рассмотреть интерактивные отчеты)**
- ➔ **Разработать план информирования о результатах анализа данных всех участвующих в оказании помощи, лиц, принимающих решения, и пациентов**

## Определения качества

**Стандарты оказания помощи:** являются основой для сравнения при оценке возможностей, качества, содержания или степени конкретной деятельности. В отсутствие доказательств стандарты могут разрабатываться на основе экспертных заключений. Стандарты можно рассматривать как основные профессиональные требования к медицинскому обслуживанию; они обычно определяются в рамках политик, процедур и документах по стандартной практике. Стандарты оказания помощи определяют минимально приемлемые характеристики качественной помощи.

В них предусматриваются принципы управления деятельностью на основе убедительных научных данных и сотрудничества между медицинскими специалистами, участвующими в лечении данного заболевания. В стандартах оказания помощи описывается уровень, который должен обеспечивать среднестатистический благоразумный поставщик в конкретном регионе и как квалифицированные специалисты с аналогичной квалификацией могли бы предоставлять помощь пациентам при тех же или подобных обстоятельствах.

**Индикатор качества:** Объективная мера качества медицинских услуг, разработанная для проведения самостоятельной оценки и улучшения качества на уровне поставщиков услуг, больниц или систем (целевая группа по оценке эффективности деятельности Американской кардиологической ассоциации/Американского кардиологического колледжа (ACC/AHA)).

**Эталонный показатель:** уровень эффективности, который признан стандартом передовых методов для конкретного процесса оказания помощи или исхода лечения и используется для сравнения между группами. Контрольные показатели представляют собой стандартные значения, посредством которых можно измерить, сравнить или оценить определенную деятельность. Контрольные показатели можно разработать с помощью нескольких методов, в том числе метода изучения проверенных исследований и статистики; выявления наиболее эффективных исполнителей; и анализа предыдущей деятельности собственной организации.

**Цель:** уровень эффективности, который организация стремится достичь в течение определенного периода времени. Обычно это показатель между текущим фактическим уровнем эффективности и эталоном, но она может равняться эталону или превышать его. Целевые значения учитывают ресурсы и ограничения, связанные с соблюдением стандарта оказания помощи.

**Пороговое значение:** минимально допустимый уровень эффективности. Показатели эффективности, которые не соответствуют пороговому значению, считаются низкими, и в их отношении необходимо принять корректирующие меры.

*\*\* Показатели эффективности за рамками порогового значения, т.е. выше или ниже него в соответствии с требованиями к конкретным мерам считаются плохими показателями*

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## БЛАГОДАРНОСТЬ

---

### **Комитет по Глобальному руководству по борьбе с инсультом и обеспечению качества WSO:**

Д-р Патрис Линдсей, председатель (Канада)  
Д-р Карен Фури (США)  
Доктор Бо Норрвинг (Швеция)  
Д-р Стивен Дэвис (Австралия, президент, WSO)  
Д-р Эрин Лалор (Австралия)  
Доктор Энтони Радд (Англия)  
Д-р Хосе Ферро (Португалия)  
Д-р Мен Мохан Мехндиратта (Индия)  
Д-р Джеймс Джоуи (Кения)  
Проф. Синичиро Учияма (Япония)  
Д-р Джеффри Доннан (Австралия), член по должности.

---

### **Глобальная рабочая группа по борьбе с инсультом:**

Д-р Карен Фури, председатель (США)  
Г-н Келвин Хилл (Австралия)  
Д-р Энтони Радд (Великобритания)  
Д-р Питер Лангхорн (Шотландия)  
Д-р Горд Губитц (Канада)  
Д-р Алан Барбер (Новая Зеландия)  
Д-р Дизия Ратанакорн (Таиланд)  
Д-р Шейла Мартинс (Бразилия)  
Д-р Памела Дункан (США)  
Д-р Фод Абд-Аллах (Африка)  
Д-р Патрис Линдсей (Канада).

---

### **Глобальная рабочая группа по качеству:**

Д-р Бо Норрвинг, председатель (Швеция)  
Г-жа Алекс Хоффман (Англия)  
Д-р Питер Хеушманн (Германия)  
Д-р Майкл Хилл (Канада)  
Д-р Мэтью Ривз (США)  
Д-р Доминик Кадиллак (Австралия)  
Д-р Липин Лю (Китай)  
Д-р Камешвар Прасад (Индия)  
Д-р Валери Фейгин (Новая Зеландия)  
Д-р Шейла Мартинс (Бразилия)  
Д-р Патрис Линдсей (Канада)

---

Мы также благодарим всех членов Совета директоров Всемирной организации по борьбе с инсультом за изучение и предоставление отзывов о Плане действий на каждом этапе его разработки.

### **Заявления о конфликте интересов:**

М.П. Линдсей: отсутствует; К. Фури: отсутствует; С. Дэвис: отсутствует; Г. Доннан: отсутствует; Б. Норрвинг: отсутствует.

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Стратегический план по выполнению Глобального руководства и плана действий по борьбе с инсультом WSO содержит несколько модулей, которые вместе отражают полный цикл оказания помощи больным с инсультом. Эти модули предлагаются для вашего использования в рамках планирования услуг для больных с инсультом, выполнения самостоятельной оценки и реализации плана. В каждом модуле стратегического плана содержится соответствующий контрольный перечень услуг и ресурсов, рекомендации по передовым методам лечения инсульта и важные ключевые показатели качества. Некоторые модули в стратегическом плане включают дополнительные элементы и расширенную информацию в дополнение к данным, включенным в Глобальное руководство и план действий по борьбе с инсультом WSO для дальнейшего практического использования во всех центрах.

Пользователям этих инструментов предлагается изучить все модули стратегического плана.



## Следующие модули предлагаются в рамках Стратегического плана обеспечения качественной помощи при инсульте:

### Введение и обзор

1. Развитие системы лечения инсульта
2. Догоспитальная и неотложная помощь
3. Стационарное лечение острого инсульта
4. Предотвращение повторного инсульта
5. Реабилитация после инсульта
6. Реинтеграция в общество и долгосрочное восстановление

### Всемирная организация по борьбе с инсультом – Руководство по клинической практике <http://www.world-stroke.org>

Руководство по клинической практике, рекомендованное Подкомитетом по стандартизации и качеству WSO. Международное руководство WSO по борьбе с инсультом 2012 года; публикация Американской академии неврологии. Доказательное руководство: Предотвращение инсульта при неклапанной фибрилляции предсердий. Резюме доказательного руководства для КЛИНИЦИСТОВ. Резюме доказательного руководства для ПАЦИЕНТОВ и ИХ СЕМЕЙ. Дополнительная информация представлена на веб-сайте: <https://www.aan.com/Guidelines/Home/ByTopic?topicId=20> Фонд Heart and Stroke Foundation для медицинских работников. Меры обеспечения оптимального лечения и долгосрочного ухода за больными с инсультом (Taking Action for Optimal Community and Long-Term Stroke Care – TACLS). Французская версия: Agir en vue de soins optimaux communautaires et de longue durée de l'AVC.

Глобальное руководство и план действий по борьбе с инсультом:  
Стратегический план обеспечения качественной помощи при инсульте

**РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ  
ИНСУЛЬТА**

Авторы: Линдсей М.П., Норрвинг Б., Фури К.Л., Доннан Г., Лангхорн П., Дэвис С.  
От имени Глобального консультативного комитета по качеству и руководству лечением инсульта,  
Глобальной рабочей группы по руководству по борьбе с инсультом  
и Глобальной рабочей группы по качеству лечения инсульта.



# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## РАЗВИТИЕ И КОНТРОЛЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В этом разделе рассматривается общественная осведомленность относительно инсульта и разработка системы. Этот раздел охватывает все этапы и виды оказания помощи больным с инсультом.

### Контрольный список возможностей медицинской службы по лечению и уходу за больными с инсультом<sup>^</sup>



Пожалуйста, укажите следующую информацию, чтобы четко определить услуги для больных с инсультом, которые вы разрабатываете или оцениваете.

РЕГИОН:	ОРГАНИЗАЦИЯ, ЗАПОЛНЯЮЩАЯ СПИСОК:	ОСНОВНОЕ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО:
ОБЪЕМ УСЛУГ:	ЦЕЛИ ДАННОЙ ОЦЕНКИ/КОММЕНТАРИИ: Заполняется местной группой	
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Оценка на уровне провинции/штата/государства</li> <li><input type="radio"/> Региональная/местная оценка</li> <li><input type="radio"/> Крупная городская больница с расширенными услугами по лечению инсульта (комплексные услуги по лечению инсульта)</li> <li><input type="radio"/> Государственные больницы, предоставляющие некоторые услуги по лечению инсульта</li> <li><input type="radio"/> Район, где есть только поликлиника</li> <li><input type="radio"/> Сельский район с приходящим медицинским работником</li> </ul>		

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## А. Доступность служб и ресурсов для оказания помощи при инсульте



Изучите каждый список и отметьте все услуги и ресурсы, которые у вас есть в настоящее время и могут использоваться для предоставления помощи больным с инсультом. Затем просмотрите свои ответы, чтобы определить, к какой категории услуг для больных с инсультом вы относитесь.

Минимальные медицинские услуги	Основные услуги для больных с инсультом (В дополнение к услугам, перечисленным в столбце минимальных услуг для больных с инсультом)	Расширенные услуги для больных с инсультом (В дополнение к услугам, перечисленным в столбце Минимальные и основные услуги для больных с инсультом)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Медицинская помощь, предоставляемая в местных населенных пунктах без координации в определенных географических регионах</li> <li>○ Отсутствует доступ к диагностическим службам или стационарному лечению острейшего периода инсульта</li> <li>○ Очень ограниченный доступ к врачебной помощи               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечьте развитие навыков оценки</li> <li>• Базовый тренинг по проверке глотания и лечению дисфагии, а также по контролю за температурой</li> </ul> </li> <li>○ Нерегулярный доступ к медицинским работникам (медсестрам или непрофессиональным работникам)               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Базовый тренинг по проверке глотания и лечению дисфагии, а также по контролю за температурой</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ограниченная скоординированная помощь при инсульте, предоставляемая в географически разрозненных регионах</li> <li>○ Программы обучения по лечению инсульта для медицинских работников всех уровней</li> <li>○ Доступ к базовым диагностическим службам</li> <li>○ Ограниченный доступ к неотложной медицинской помощи</li> <li>○ Доступ к медсестрам и оценке медсестер, прошедших обучение по лечению инсультов</li> <li>○ Доступ к врачам, имеющим знания в области инсульта (хотя они могут и не быть специалистами по инсультам)</li> <li>○ Доступ к внутривенному тромболиту с применением рекомбинантного тканевого активатора плазминогена (rt-PA) при остром инсульте               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Внутривенный tPA (Алтеплаза)</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к основным специалистам междисциплинарной бригады по лечению инсульта (врачи, дипломированные медсестры, физиотерапевты, специалисты по эргоэрготерапии)</li> <li>○ Доступ к базовым диагностическим службам               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Лабораторный анализ крови (общий анализ крови, электролиты, мочевины, глюкоза, МНО, ПВ)</li> <li>• Электрокардиограмма (в 12 отведениях)</li> <li>• Компьютерная томография (КТ) мозга и сосудистой системы</li> <li>• Возможность проведения компьютерной ангиографии (КТА)</li> <li>• Эхокардиография</li> <li>• Допплерография</li> <li>• Холтеровское мониторирование</li> </ul> </li> <li>○ Ограниченный доступ к неотложной медицинской помощи               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обучение бригад скорой помощи диагностике инсульта с использованием теста FAST (рука-лицо-речь)</li> <li>• Сотрудничество со службами скорой помощи для того, чтобы включить инсульт в высокую категорию срочности при транспортировке в дополнение к травмам и акушерским случаям</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Полностью скоординированное ведение больных с инсультом, предоставляемое в географически разрозненных регионах               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Расширенные услуги по оказанию помощи при инсульте, предлагаемые в меньшем количестве центров</li> <li>• Протоколы ведения больных с инсультом, которые определяют направление пациентов с инсультом по всему региону на более высокий и более низкий уровень услуг по мере необходимости</li> <li>• Скоординированная система направлений</li> <li>• Проведение телемедицинских консультаций относительно инсульта для небольших и сельских центров в рамках руководства «Telectroke»</li> <li>• Соглашения об оказании срочной медицинской помощи в ближайшем подходящем центре</li> <li>• Соглашения о переводе пациентов обратно в их регионы</li> <li>• Образовательные печатные материалы для пациентов с инсультом</li> </ul> </li> <li>○ Программы обучения по лечению инсульта для медицинских работников всех уровней</li> <li>○ Стратегия и механизмы сбора данных               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Реестр стационарных больных с острым инсультом</li> <li>• База данных стационарных больных с острым инсультом (местная или региональная)</li> <li>• Реестр профилактики инсульта</li> <li>• База данных профилактики инсульта</li> <li>• Реестр реабилитации после инсульта</li> <li>• База данных реабилитации после инсульта (местная или региональная)</li> </ul> </li> </ul> <p>Доступ к расширенным диагностическим службам</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Магнитно-резонансная томография (МРТ)</li> <li>• Возможность проведения МР-ангиографии</li> <li>• Перфузионная компьютерная томография</li> <li>• Устройства длительного мониторинга ЭКГ</li> </ul>

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Минимальные медицинские услуги	Основные услуги для больных с инсультом (В дополнение к услугам, перечисленным в столбце минимальных услуг для больных с инсультом)	Расширенные услуги для больных с инсультом (В дополнение к услугам, перечисленным в столбце Минимальные и основные услуги для больных с инсультом)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Доступ к медсестрам и оценке медсестер, прошедших обучение по лечению инсультов               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Учреждения первичной медицинской помощи</li> <li>• Учреждения для лечения больных в остром состоянии</li> <li>• Высококвалифицированные практические медсестры</li> <li>• Медсестра</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к врачам, имеющим знания в области инсульта (хотя они могут и не быть специалистами по инсультам)               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Общие/семейные/врачи первичной медицинской помощи</li> <li>• Невролог</li> <li>• Нейрохирург</li> <li>• Терапевты</li> <li>• Кардиолог</li> <li>• Гериатр</li> <li>• Врач скорой помощи</li> <li>• Реаниматолог</li> <li>• Доступ к специалистам по инсульту посредством программы «Telestroke» и телерадиологии</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к внутривенному тромболиту с применением рекомбинантного тканевого активатора плазминогена (rt-PA) при остром инсульте               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Внутривенный tPA (Алтеплаза)</li> </ul> </li> <li>○ Члены междисциплинарной бригады специалистов по лечению инсульта               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Врачи с опытом лечения инсульта</li> <li>• Медсестры с опытом лечения инсульта</li> <li>• Младшие медсестры</li> <li>• Фармацевт</li> <li>• Социальный работник / специалист по ведению пациентов</li> <li>• Группа паллиативной помощи</li> <li>• Физиотерапевт</li> <li>• Специалист по эрготерапии</li> <li>• Логопед</li> </ul> </li> <li>○ Протоколы для быстрой оценки и диагностики пациентов с инсультом</li> <li>○ Обучение пациентов и членов семей, отработка навыков и участие в планировании ухода</li> <li>○ Планирование выписки</li> <li>○ Ограниченная скоординированная помощь при инсульте, предоставляемая в географически разрозненных регионах</li> <li>○ Программы обучения по лечению инсульта для медицинских работников всех уровней</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Доступ к врачам с опытом лечения острых инсультов, профилактики инсульта и/или реабилитации после инсульта               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Невролог</li> <li>• Нейрохирург</li> <li>• Терапевт</li> <li>• Нейрорадиолог / специалист по инвазивной радиологии</li> <li>• Гериатр</li> <li>• Реаниматолог</li> <li>• Кардиолог</li> <li>• Врач скорой помощи</li> <li>• Общий/семейный/врач первичной медицинской помощи</li> <li>• Программа по развитию и поддержанию основных компетенций в области лечения инсульта</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к дополнительным междисциплинарным специалистам по лечению острого инсульта               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Медсестры</li> <li>• Младшие медсестры</li> <li>• Фармацевт</li> <li>• Группа паллиативной помощи</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к расширенным вмешательствам:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Внутривенный tPA (Алтеплаза)</li> <li>• Эндovasкулярная тромбэктомия</li> <li>• Нейрохирургия при геморрагическом инсульте</li> <li>• Гемикраниэктомия при ишемическом инсульте</li> <li>• Специализированные отделения для пациентов с острым инсультом</li> <li>• Препараты для борьбы с коагулопатией</li> </ul> </li> </ul>

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## В. Основные рекомендации по оказанию помощи больным с инсультом



Для каждой рекомендации по передовым методам отметьте, применяется ли метод в качестве рутинной практики; находится в процессе внедрения в практику; не внедрен, что означает, что услуга/ресурс может быть доступен, но в настоящее время он не является элементом оказания помощи больным с инсультом в вашей организации; или услуга/ресурс/оборудование недоступны в вашей организации, поэтому их невозможно реализовать.

Система здравоохранения и распознавание инсульта Основные доказательные рекомендации	Уровень медицинских возможностей по лечению и уходу за больными с инсультом			Подтверждающие данные	Самостоятельная оценка
	Минимальный	Основной	Продвинутый		
<b>А. Системы распознавания инсульта и реагирования на него</b>					
1. Все представители общества должны уметь распознавать признаки и симптомы инсульта (например, методом FAST (рука-лицо-речь))	☑	☑	☑	Уровень доказательности: C	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
2. Все медицинские работники должны пройти обучение по распознаваниюстораживающих признаков и симптомов инсульта	☑	☑	☑	Уровень доказательности: C	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
3. Во всех географических регионах должен быть номер для вызова бригады скорой помощи или система для экстренных вызовов, например 9-1-1		☑	☑	Уровень доказательности: C	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
4. В центрах скорой помощи должны быть предусмотрены протоколы быстрого реагирования специалистов по неотложной помощи на звонки по поводу инсультов		☑	☑	Уровень доказательности: B	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует

Какие рекомендации являются для вас наиболее приоритетными при реализации?

Каковы ваши следующие шаги в направлении разработки и внедрения этих передовых методов?

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## С. Ключевые индикаторы качества услуг для больных с инсультом



Для каждого индикатора качества укажите, собираются ли данные активно и регулярно; или процессы сбора данных для индикатора находятся на этапе разработки; или данные могут быть доступны, но в настоящее время они не собираются; или данные для этого индикатора вообще недоступны, поэтому их невозможно собрать или получить. Пожалуйста, отметьте подходящую ячейку для каждого индикатора.

Показатели эффективности	Числитель	Знаменатель	Самостоятельная оценка
<b>Мониторинг системы здравоохранения</b>			
1. Показатели частоты инсульта, скорректированные на возраст и пол в популяции.	Общее количество случаев инсульта в популяции (стратифицированное по типу инсульта).	Общая численность населения на основе данных переписи в течение определенного периода времени.	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
2.a Распространенность факторов риска инсульта у населения.	Общее количество людей в популяции, которые сообщили или у которых зарегистрирован один или несколько факторов риска инсульта (высокое артериальное давление, повышенный уровень холестерина, диабет, фибрилляция предсердий, семейный анамнез, неактивный образ жизни, ожирение или лишний вес и т. д.) (стратифицированное по типу инсульта и типу фактора риска).	Общая численность населения на основе данных переписи в течение определенного периода времени.	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
2.b Распространенность факторов риска сосудистых заболеваний у населения.	Общее число людей в популяции, которые сообщили или у которых зарегистрирован один или несколько факторов риска сосудистых заболеваний (высокое артериальное давление, повышенный уровень холестерина, диабет, фибрилляция предсердий и т. д.) (стратифицированное по типу инсульта и типу фактора риска).	Общая численность населения на основе данных переписи в течение определенного периода времени.	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
2.c Процент людей, среди подвергнутых оценке риска сосудистых заболеваний, у которых есть факторы риска развития инсульта.	Число людей в популяции, у которых по результатам оценки есть один или несколько выявленных факторов риска сосудистых заболеваний.	Общая численность населения на основе данных переписи в течение определенного периода времени, которые проходят оценку риска сосудистых заболеваний.	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
3. Показатели смертности у пациентов с инсультом по типу инсульта, скорректированные по возрасту, полу, сопутствующим заболеваниям и тяжести инсульта. Оценка должна выполняться за весь госпитальный период, в течение 7 дней, 30 дней и одного года после инсульта.	Количество случаев внутрибольничной смерти больных с инсультом или ТИА в течение 7 дней, 30 дней и в течение одного года после появления симптомов первоначальноинсульта.	Общее количество случаев инсульта.	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
4. Количество повторных инсультов в течение 3 месяцев и одного года после первого инсульта или транзиторной ишемической атаки.	Число людей с инсультом, поступивших в больницу с повторным инсультом или ТИА в течение 90 дней после появления симптомов первоначальноинсульта.	Все пациенты с инсультом и ТИА, выписанные живыми после первоначального инсульта.	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
5. Функциональный статус оцененный с использованием модифицированной шкалы Рэнкина через 3 месяца и один год после инсульта или транзиторной ишемической атаки у больных, поступивших в больницу скорой помощи.	Частотное распределение по модифицированной шкале Рэнкина для каждого пациента в момент выписки из отделения острого инсульта и через 90 дней после начала инсульта. [(Мы будем использовать данные для классификации MRS 0-2, MRS 0-5 или MRS 0-6 позже).]	Все пациенты с инсультом и ТИА, госпитализированные в больницу скорой помощи и выписанные живыми.	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Показатели эффективности	Числитель	Знаменатель	Самостоятельная оценка
6. В стране/регионе есть тромболитические средства для лечения острого инсульта, и они доступны для больных с инсультом.	Перечень учреждений, обеспечивающих тромболитическую терапию для больных с острым инсультом в регионе.		<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
7. В стране/регионе есть скоординированная система оказания помощи при инсульте, обеспечивающая доступ больных с инсультом к основным диагностическим службам и специалистам по лечению инсульта.	Перечень регионов с устоявшимися системами лечения больных с инсультом (необходимо указать и описать основные элементы системы оказания помощи больным с инсультом – см. Перечень услуг для больных с инсультом WSO – первый этап).		<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
8. В стране/регионе/учреждении внедрены основанные доказательные руководящие принципы клинической практики для лечения инсульта.	Перечень больниц в регионе, оказывающих помощь пациентам с инсультом, наличие руководств по клинической практике и их применение на практике в отношении больных с инсультом на основе систематического подхода.		<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
9. Страна/регион/учреждение собирает данные с использованием системы кодирования 9 или 10 Международной классификации болезней (МКБ).	Перечень регионов, собирающих данные о пациентах с инсультом на основе систематического подхода с использованием методологии МКБ 9 или 10.  Предоставьте информацию о проценте учреждений и пациентов в учреждениях, в отношении которых регулярно собираются данные.		<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
10. Страна/регион участвует в реестре качества или плановых и стандартизованных клинических проверках для контроля качества помощи, оказываемой больным с инсультом.	Перечень учреждений в регионе, предоставляющих услуги для больных с инсультом, и информация о том, выполняется ли регулярный и стандартизованный сбор данных о каждом пациенте с инсультом или ТИА на основе систематического подхода.		<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
<b>Системы распознавания и реагирования на инсульт</b>			
1. Наличие базовых медицинских услуг в регионе	Описательные подсчеты и данные на душу населения по имеющимся в настоящее время медицинским службам на основе контрольного перечня по первому этапу		<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
2. Наличие диагностических лабораторий и возможностей диагностической визуализации в регионе	Описательные подсчеты и данные на душу населения по имеющимся в настоящее время услугам диагностической визуализации на основе контрольного перечня по первому этапу		<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
3. Наличие стационарных больничных учреждений в регионе	Количество больниц, принимающих пациентов по скорой медицинской помощи, (государственных и частных) – укажите число и рассчитайте количество на душу населения	Общее население изучаемого региона	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
4. Наличие и уровень подготовки медицинских работников и медицинских специалистов в регионе	Подсчет – стратифицируйте по количеству людей, посещающих тренинг, и по типу тренинга	Все медицинские работники, работающие с определенной популяцией больных с инсультом	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
5. Наличие соответствующей фармакотерапии для лечения инсульта в регионе	Создайте список возможных методов лечения на основе контрольного перечня услуг для больных с инсультом, затем укажите частоту использования для каждого метода лечения.		<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют



# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ


Какие индикаторы являются для нас приоритетными?

Кто будет собирать данные?

Как будут собираться данные (в электронном, бумажном виде и т. д.)?

Как будут анализироваться данные? Когда? Как часто?

Кто получит результаты?



Глобальное руководство и план действий по борьбе с инсультом:  
Стратегический план обеспечения качественного лечения инсульта

**ДОГОСПИТАЛЬНАЯ И  
НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ**

Авторы: Линдсей М.П., Норрвинг Б., Фури К.Л., Доннан Г., Лангхорн П., Дэвис С.  
От имени Глобального консультативного комитета по качеству и руководству лечением инсульта,  
Глобальной рабочей группы по руководству по борьбе с инсультом  
и Глобальной рабочей группы по качеству лечения инсульта.

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## ДОГОСПИТАЛЬНАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

В этом разделе основное внимание уделяется первым часам после инсульта. Сюда входит ранняя оценка инсульта, диагностика и лечение с момента появления первых симптомов инсульта в течение первых 24-48 часов, когда состояние пациента становится стабильным с медицинской точки зрения. Цели на этом этапе – диагностика типа инсульта (ишемический или геморрагический) и своевременное начало лечения для минимизации последствий инсульта и предотвращения дальнейших повреждений. В идеальном варианте в лечении больных в острейшем периоде инсульта участвуют специалисты с опытом лечения пациентов с инсультом, и оно проводится в клинике или отделении реанимации, но может проводиться в других условиях в зависимости от имеющихся ресурсов и возможностей.

### Контрольный список возможностей медицинской службы по ведению больных с инсультом<sup>А</sup>



Пожалуйста, укажите следующую информацию, чтобы четко определить услуги для больных с инсультом, которые вы разрабатываете или оцениваете.

РЕГИОН:	ОРГАНИЗАЦИЯ, ЗАПОЛНЯЮЩАЯ СПИСОК:	ОСНОВНОЕ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО:
ОБЪЕМ УСЛУГ:	ЦЕЛИ ДАННОЙ ОЦЕНКИ/КОММЕНТАРИИ: Заполняется местной группой	
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Оценка на уровне провинции/штата/государства</li> <li><input type="radio"/> Региональная/местная оценка</li> <li><input type="radio"/> Крупная городская больница с расширенными услугами по лечению инсульта (комплексные услуги по лечению инсульта)</li> <li><input type="radio"/> Государственные больницы, предоставляющие некоторые услуги по лечению инсульта</li> <li><input type="radio"/> Район, где есть только поликлиника</li> <li><input type="radio"/> Сельский район с приходящим медицинским работником</li> </ul>		

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## А. Наличие служб и ресурсов для лечения инсульта



Изучите каждый список и отметьте все услуги и ресурсы, которые у вас есть в настоящее время и могут использоваться для предоставления помощи больным с инсультом. Затем просмотрите свои ответы, чтобы определить, к какой категории услуг для больных с инсультом вы относитесь

Минимальные медицинские услуги	Основные услуги для больных с инсультом (В дополнение к услугам, перечисленным в столбце минимальных услуг для больных с инсультом)	Расширенные услуги для больных с инсультом (В дополнение к услугам, перечисленным в столбце Минимальные и основные услуги для больных с инсультом)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Медицинская помощь, предоставляемая в местных населенных пунктах без координации в определенных географических регионах</li> <li>○ Отсутствует доступ к диагностическим службам или стационарному лечению острейшего периода инсульта</li> <li>○ Очень ограниченный доступ к врачебной помощи               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечьте развитие навыков оценки</li> <li>• Базовый тренинг по проверке глотания и лечению дисфагии, а также по контролю за температурой</li> </ul> </li> <li>○ Нерегулярный доступ к медицинским работникам (медсестрам или непрофессиональным работникам)               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Базовый тренинг по проверке глотания и лечению дисфагии, а также по контролю за температурой</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Доступ к базовым диагностическим службам               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Лабораторный анализ крови (общий анализ крови, электролиты, мочевины, глюкоза, МНО, ПВ)</li> <li>• Электрокардиограмма (в 12 отведениях)</li> <li>• Компьютерная томография (КТ) мозга и сосудистой системы</li> <li>• Возможность проведения компьютерной ангиографии (КТА)</li> <li>• Эхокардиография</li> <li>• Допплерография</li> <li>• Холтеровское мониторирование</li> </ul> </li> <li>○ Ограниченный доступ к неотложной медицинской помощи               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обучение бригад скорой помощи для выявления признаков инсульта по методу FAST (рука-лицо-речь)</li> <li>• Сотрудничество со службами скорой помощи для того, чтобы включить инсульт в высокую категорию срочности при транспортировке в дополнение к травмам и акушерским случаям</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к медсестрам и оценке медсестер, прошедших обучение по лечению инсультов               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Учреждения первичной медицинской помощи</li> <li>• Учреждения для лечения больных в остром состоянии</li> <li>• Высококвалифицированные практические медсестры</li> <li>• Медсестра</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к врачам, имеющим знания в области инсульта (хотя они могут и не быть специалистами по инсультам)               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Общие/семейные/врачи первичной медицинской помощи</li> <li>• Невролог</li> <li>• Нейрохирург</li> <li>• Терапевты</li> <li>• Кардиолог</li> <li>• Гериатр</li> <li>• Врач скорой помощи</li> <li>• Реаниматолог</li> <li>• Доступ к специалистам по инсульту посредством программы «Telestroke» и телерадиологии</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к внутривенному тромболитическому лечению с применением рекомбинантного тканевого активатора плазминогена (rt-PA) при остром инсульте               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Внутривенный tPA (Алтеплаза)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Доступ к расширенным диагностическим услугам               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Магнитно-резонансная томография (МРТ)</li> <li>• Возможность проведения МР-ангиографии</li> <li>• Перфузионная компьютерная томография</li> <li>• Устройства длительного мониторинга ЭКГ</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к врачам с опытом лечения острых инсультов, профилактики инсульта и/или реабилитации после инсульта               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Невролог</li> <li>• Нейрохирург</li> <li>• Терапевт</li> <li>• Нейрорадиолог / специалист по инвазивной радиологии</li> <li>• Гериатр</li> <li>• Реаниматолог</li> <li>• Кардиолог</li> <li>• Врач скорой помощи</li> <li>• Общий/семейный/врач первичной медицинской помощи</li> <li>• Программа по развитию и поддержанию основных компетенций в области лечения инсульта</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к дополнительным междисциплинарным специалистам по лечению острого инсульта               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Медсестры</li> <li>• Младшие медсестры</li> <li>• Фармацевт</li> <li>• Группа паллиативной помощи</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к расширенным вмешательствам:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Внутривенный tPA (Алтеплаза)</li> <li>• Эндovasкулярная тромбэктомия</li> <li>• Нейрохирургия при геморрагическом инсульте</li> <li>• Гемикраниэктомию при ишемическом инсульте</li> <li>• Специализированные отделения для пациентов с острым инсультом</li> <li>• Препараты для борьбы с коагулопатией</li> </ul> </li> </ul>

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Минимальные медицинские услуги	Основные услуги для больных с инсультом (В дополнение к услугам, перечисленным в столбце минимальных услуг для больных с инсультом)	Расширенные услуги для больных с инсультом (В дополнение к услугам, перечисленным в столбце Минимальные и основные услуги для больных с инсультом)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Члены междисциплинарной бригады специалистов по лечению инсульта               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Врачи с опытом лечения инсульта</li> <li>• Медсестры с опытом лечения инсульта</li> <li>• Младшие медсестры</li> <li>• Фармацевт</li> <li>• Социальный работник / специалист по ведению пациентов</li> <li>• Группа паллиативной помощи</li> <li>• Физиотерапевт</li> <li>• Специалист по эрготерапии</li> <li>• Логопед</li> </ul> </li> <li>○ Протоколы для быстрой оценки и диагностики пациентов с инсультом</li> <li>○ Обучение пациентов и членов семей, отработка навыков и участие в планировании ухода</li> <li>○ Планирование выписки</li> <li>○ Ограниченная скоординированная помощь при инсульте, предоставляемая в географически разрозненных регионах</li> <li>○ Программы обучения по лечению инсульта для медицинских работников всех уровней</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Полностью скоординированный уход за больными с инсультом, предоставляемый в географически разрозненных регионах               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Расширенные услуги по лечению инсульта, предлагаемые в меньшем количестве центров</li> <li>• Протоколы ведения больных с инсультом, которые определяют направление пациентов с инсультом по всему региону на более высокий и более низкий уровень услуг по мере необходимости</li> <li>• Скоординированная система направлений</li> <li>• Проведение телемедицинских консультаций относительно инсульта для небольших и сельских центров в рамках руководства «Telestroke»</li> <li>• Соглашения об оказании срочной медицинской помощи в ближайшем подходящем центре</li> <li>• Соглашения о переводе пациентов обратно в их регионы</li> <li>• Образовательные печатные материалы для пациентов с инсультом</li> </ul> </li> <li>○ Программы обучения по лечению инсульта для медицинских работников всех уровней</li> <li>○ Стратегия и механизмы сбора данных               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Реестр стационарных больных с острым инсультом</li> <li>• База данных стационарных больных с острым инсультом (местная или региональная)</li> <li>• Реестр профилактики инсульта</li> <li>• База данных профилактики инсульта</li> <li>• Реестр реабилитации после инсульта</li> <li>• База данных реабилитации после инсульта (местная или региональная)</li> </ul> </li> </ul>

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## В. Основные рекомендации по оказанию помощи больным с инсультом



Для каждой рекомендации по передовым методам отметьте, применяется ли метод в качестве рутинной практики; находится в процессе внедрения в практику; не внедрен, что означает, что услуга/ресурс может быть доступен, но в настоящее время он не является элементом оказания помощи больным с инсультом в вашей организации; или услуга/ресурс/оборудование недоступны в вашей организации, поэтому их невозможно реализовать.

Система здравоохранения и распознавание инсульта Основные доказательные рекомендации	Уровень медицинских возможностей по оказанию помощи больным с инсультом			Подтверждающие данные	Самостоятельная оценка
	Минимальный	Основной	Продвинутый		
1. Необходимо получить информацию о времени появления симптомов инсульта, задокументировать ее и передать медицинскому персоналу.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Уровень доказательности: С	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
2. Все пациенты с симптомами инсульта должны быть доставлены в больницу, где проводится организованное лечение инсульта.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Уровень доказательности: В	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
3. Все пациенты с очаговыми неврологическими симптомами / симптомами инсульта должны незамедлительно пройти диагностическую визуализацию (КТ или МРТ).		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Уровень доказательности: В	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
4. Необходимо сделать анализ крови.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Уровень доказательности: В	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
5. Необходимо сделать электрокардиограмму всем пациентам, и в особенности тем, у кого есть клиническая история или признаки болезни сердца или заболевания легких.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Уровень доказательности: В	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
6. У всех пациентов с инсультом необходимо проверить функцию глотания для выявления возможной дисфагии, прежде чем предлагать пациенту пищу, питье или пероральные препараты.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Уровень доказательности: С	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
7. Всех пациентов с острым ишемическим инсультом, которым можно начать лечение в течение 4,5 часов после появления симптомов, должен незамедлительно осмотреть врач с опытом лечения инсульта (на месте или с помощью телеконсультации/консультации по программе «Telestroke»), чтобы определить показания к лечению рекомбинантным тканевым активатором плазминогена (rt-PA).		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Уровень доказательности: А	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует



# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Система здравоохранения и распознавание инсульта Основные доказательные рекомендации	Уровень медицинских возможностей по оказанию помощи больным с инсультом			Подтверждающие данные	Самостоятельная оценка
	Минимальный	Основной	Продвинутый		
<p>8. У всех пациентов с окклюзией крупного кровеносного сосуда (ОККС) и острым ишемическим инсультом (ОИИ) необходимо провести оценку для определения показаний к эндоваскулярной тромбэктомии в местном центре (если в нем есть такие возможности) или в другом центре по лечению инсульта, выполняющем эндоваскулярную терапию, в который можно перевести пациента.</p> <p>Эндоваскулярная тромбэктомия в настоящее время является стандартом лечения отобранных пациентов с острым ишемическим инсультом и окклюзией крупного кровеносного сосуда, поступающих в течение 6 часов после начала инсульта.</p>			✔	Уровень доказательности: А	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
<p>9. Все пациенты с острым ишемическим инсультом, еще не получающие антиагрегант и не леченные альтеплазой, должны сразу же получать ацетилсалициловую кислоту (АЦК) в качестве <i>однократной нагрузочной дозы (300-325 мг), а затем 75-150 мг в день, если по результатам визуализации мозга</i> исключено внутричерепное кровоизлияние.</p>		✔	✔	Уровень доказательности: А	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
<p>10. Внутричерепное кровоизлияние следует диагностировать в срочном порядке, и пациентов должен осматривать врач с опытом лечения сверхострого инсульта.</p>		✔	✔	Уровень доказательности: С	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
<p>11. Пациентов с <b>острым инсультом</b> следует госпитализировать.</p>		✔	✔	Уровень доказательности: А	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
<p>12. Пациентов с <b>малым инсультом или транзиторной ишемической атакой</b> следует срочно обследовать и начать профилактическое лечение в больнице или в специализированной амбулаторной клинике.</p>		✔	✔	Уровень доказательности: В	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Какие рекомендации являются для вас наиболее приоритетными при реализации?

Каковы ваши следующие шаги в направлении разработки и внедрения этих передовых методов?

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## С. Ключевые индикаторы качества услуг для больных с инсультом



Для каждого индикатора качества укажите, собираются ли данные активно и регулярно; или процессы сбора данных для индикатора находятся на этапе разработки; или данные могут быть доступны, но в настоящее время они не собираются; или данные для этого индикатора вообще недоступны, поэтому их невозможно собрать или получить. Пожалуйста, отметьте подходящую ячейку для каждого индикатора.

Показатели эффективности	Числитель	Знаменатель	Самостоятельная оценка
<b>Ведение больных в острейшем периоде инсульта (первые часы после инсульта)</b>			
1. Время от начала инсульта до осмотра медицинским специалистом (в минутах/часах).	Среднее время в часах/минутах с момента, когда пациента видели последний раз в нормальном состоянии, до поступления в отделение скорой помощи для всех пациентов с инсультом и ТИА	Общее количество случаев инсульта и/или ТИА в популяции. <i>Или</i>  Общее количество больных с ишемическим инсультом, госпитализированных в отделение скорой помощи или больницу (в зависимости от местных практик).	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
2. Доля пациентов с инсультом и ТИА, которые проходят компьютерную томографию в течение часа после прибытия в больницу и в течение 24 часов после прибытия в больницу.	KQ12.a КТ начато (первый срез) в течение 1 часа после прибытия в больницу (да/нет)  KQ2.b КТ начато (первый срез) в течение 24 часов после прибытия в больницу (да/нет)	Общее количество случаев инсульта и/или ТИА в популяции. <i>Или</i>  Общее количество больных с ишемическим инсультом, госпитализированных в отделение скорой помощи или больницу (в зависимости от местных практик).	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
3. Доля пациентов с инсультом и ТИА, прошедших проверку функции глотания .	Число случаев инсульта/ТИА с задокументированной проверкой функции глотания (без заключений относительно ее необходимости, применимости или пригодности пациента для проверки)	Общее количество случаев инсульта и/или ТИА в популяции. <i>Или</i>  Общее количество больных с ишемическим инсультом, госпитализированных в отделение скорой помощи или больницу (в зависимости от местных практик).	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
4. Доля пациентов с ишемическим инсультом, которые получают tPA внутривенно.	Число всех пациентов с ишемическим инсультом, получающих tPA (альтеплазу).	1. Общее количество больных с ишемическим инсультом, госпитализированных в отделение скорой помощи или больницу (в зависимости от местных практик).  2. Общее количество больных с ишемическим инсультом, госпитализированных в отделение скорой помощи или больницу (в зависимости от местных практик), которые доставлены в течение 4,5 асов после появления симптомов инсульта.	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
5. Время от поступления в стационар до начала лечения («от двери до иглы») у пациентов с ишемическим инсультом, получающих tPA (минуты)	Среднее время (в минутах) от прибытия пациента в отделение скорой помощи до введения tPA для всех пациентов, получающих tPA для лечения острого инсульта – медиана (вероятное отклонение)  Число всех пациентов с ишемическим инсультом, которым выполняется эндоваскулярная тромбэктомия.	Общее количество больных с ишемическим инсультом, госпитализированных в отделение скорой помощи или больницу (в зависимости от местных практик).  Общее количество больных с ишемическим инсультом, госпитализированных в отделение скорой помощи или больницу (в зависимости от местных практик).	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Показатели эффективности	Числитель	Знаменатель	Самостоятельная оценка
<b>Ведение больных в острейшем периоде инсульта (первые часы после инсульта)</b>			
6. Доля всех пациентов с ишемическим инсультом, получающих эндovasкулярную терапию для лечения острого инсульта.	Среднее время (в минутах) от прибытия пациента в отделение реанимации до получения артериального доступа (например, пункция в паховой области) у всех пациентов с ишемическим инсультом, которые получают эндovasкулярную терапию.	Общее количество больных с ишемическим инсультом, госпитализированных в отделение скорой помощи или больницу (в зависимости от местных практик).	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
7. Среднее время от поступления в больницу до получения артериального доступа (например, пункция в паховой области) у пациентов, получающих эндovasкулярную терапию (в минутах)	Доля пациентов с ишемическим инсультом и ТИА, получающих неотложное лечение аспирином в течение первых 48 часов.	Общее количество больных с ишемическим инсультом, госпитализированных в отделение скорой помощи или больницу (в зависимости от местных практик).	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
8. Доля пациентов с ишемическим инсультом и ТИА, получающих неотложное лечение аспирином в течение первых 48 часов.	Доля всех государственных/частных медицинских учреждений в регионе, которые проводят лечение внутривенным (и внутриаrтериальным) активатором тканевого плазминогена и/или проводят эндovasкулярную терапию.	Общее количество больных с ишемическим инсультом, госпитализированных в отделение скорой помощи или больницу (в зависимости от местных практик).	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
9. Показатель системы – доступность системной тромболитической терапии и эндovasкулярного лечения в регионе	В. Количество специалистов в каждой организации/регионе, прошедших подготовку и умеющих проводить неотложное тромболитическое лечение	Количество медицинских учреждений в регионе (предварительно определенное).  Количество подходящих медицинских специалистов в каждой организации/регионе	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют

**Какие индикаторы являются для нас приоритетными?**

**Кто будет собирать данные?**

**Как будут собираться данные (в электронном, бумажном виде и т. д.)?**

**Как будут анализироваться данные? Когда? Как часто?**

**Кто получит результаты?**

Глобальное руководство и план  
действий по борьбе с инсультом:  
**Стратегический план обеспечения  
качественного лечения инсульта**

**СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ  
БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНСУЛЬТОМ**

Авторы: Линдсей М.П., Норрвинг Б., Фури К.Л., Доннан Г., Лангхорн П., Дэвис С.  
От имени Глобального консультативного комитета по качеству и руководству  
лечением инсульта,  
Глобальной рабочей группы по руководству по борьбе с инсультом  
и Глобальной рабочей группы по качеству лечения инсульта.

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНСУЛЬТОМ

В этом разделе основное внимание уделяется периоду стационарного лечения пациентов с острым инсультом после завершения сверхострого этапа. Этот этап лечения обычно начинается примерно через 24 часа после начала инсульта и длится первые 5-7 дней. На этом этапе состояние пациента стабилизируется, и приоритетами становятся текущая оценка инсульта, определение этиологии, лечение стойких симптомов, начало восстановления, ранняя реабилитация и профилактика острых осложнений. Лечение острого инсульта в идеале проводят медицинские специалисты с опытом лечения инсульта в клинике или отделении или палате для больных с инсультом, но оно может проводиться и в других учреждениях, в том числе дома, в зависимости от наличия ресурсов и учреждений.

**Контрольный список возможностей медицинской службы по оказанию помощи больным с инсультом<sup>А</sup>**



Пожалуйста, укажите следующую информацию, чтобы четко определить услуги для больных с инсультом, которые вы разрабатываете или оцениваете.

РЕГИОН:	ОРГАНИЗАЦИЯ, ЗАПОЛНЯЮЩАЯ СПИСОК:	ОСНОВНОЕ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО:
ОБЪЕМ УСЛУГ:	ЦЕЛИ ДАННОЙ ОЦЕНКИ/КОММЕНТАРИИ: Заполняется местной группой	
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Оценка на уровне провинции/штата/государства</li> <li><input type="radio"/> Региональная/местная оценка</li> <li><input type="radio"/> Крупная городская больница с расширенными услугами по лечению инсульта (комплексные услуги по лечению инсульта)</li> <li><input type="radio"/> Государственные больницы, предоставляющие некоторые услуги по лечению инсульта</li> <li><input type="radio"/> Район, где есть только поликлиника</li> <li><input type="radio"/> Сельский район с приходящим медицинским работником</li> </ul>		



# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## А. Наличие услуг и ресурсов для лечения инсульта



Изучите каждый список и отметьте все услуги и ресурсы, которые у вас есть в настоящее время и могут использоваться для предоставления помощи больным с инсультом. Затем просмотрите свои ответы, чтобы определить, к какой категории услуг для больных с инсультом вы относитесь.

Минимальные медицинские услуги	Основные услуги для больных с инсультом (В дополнение к услугам, перечисленным в столбце минимальных услуг для больных с инсультом)	Расширенные услуги для больных с инсультом (В дополнение к услугам, перечисленным в столбце Минимальные и основные услуги для больных с инсультом)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Медицинская помощь, предоставляемая в местных населенных пунктах без координации в определенных географических регионах</li> <li>○ Очень ограниченный доступ к врачебной помощи Обеспечьте развитие навыков оценки               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечьте обучение по базовой оценке риска инсульта: артериальное давление, фибрилляция предсердий (проверка пульса), упражнения, алкоголь, питание (с учетом обстоятельств)</li> <li>• Основные навыки по управлению факторами риска, применению медикаментов, модификации образа жизни</li> <li>• Обучение основным методам реабилитации, активизации и применению лечебных укладок, о которых можно рассказать семье</li> <li>• Базовый тренинг по проверке глотания и лечению дисфагии, а также по контролю за температурой</li> </ul> </li> <li>○ Нерегулярный доступ к медицинским работникам (медсестрам или непрофессиональным работникам)               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обучение по базовой оценке риска инсульта: артериальное давление, фибрилляция предсердий (проверка пульса), упражнения, алкоголь, питание (с учетом обстоятельств)</li> <li>• Обучение основным методам реабилитации, активизации и применению лечебных укладок, о которых можно рассказать семье</li> <li>• Базовый тренинг по проверке глотания и лечению дисфагии, а также по контролю за температурой</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к диагностическим службам или стационарному лечению отсутствует</li> <li>○ Ограниченный доступ к основным профилактическим рекомендациям относительно образа жизни</li> <li>○ Доступ в Интернет               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Доступ к интерактивному образованию по вопросам инсульта (например, portalу Всемирной академии по борьбе с инсультом (WSA))</li> <li>• Доступ к мобильным инструментам, таким как Riskometer</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Доступ к базовым диагностическим службам               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Лабораторный анализ крови (общий анализ крови, электролиты, мочевина, глюкоза, МНО, ПВ)</li> <li>• Электрокардиограмма (в 12 отведениях)</li> <li>• Компьютерная томография (КТ) мозга и сосудистой системы</li> <li>• Возможность проведения компьютерной ангиографии (КТА)</li> <li>• Эхокардиография</li> <li>• Допплерография</li> <li>• Холтеровское мониторирование</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к медсестрам и оценке медсестер, прошедших обучение по лечению инсультов               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Учреждения для лечения больных в остром состоянии</li> <li>• Высококвалифицированные практические медсестры</li> <li>• Медсестра</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к врачам, имеющим знания в области инсульта (хотя они могут и не быть специалистами по инсультам)               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Общие/семейные/врачи первичной медицинской помощи</li> <li>• Невролог</li> <li>• Нейрохирург</li> <li>• Терапевт</li> <li>• Кардиолог</li> <li>• Гериатр</li> <li>• Врач скорой помощи</li> <li>• Физиотерапевт и реабилитолог</li> <li>• Реаниматолог</li> <li>• Доступ к специалистам по инсульту посредством программы «Telestroke» и телерадиологии</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к стационарной помощи при остром инсульте, когда пациентов с острым инсультом лечат:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• В специализированном отделении острого инсульта (“Stroke Unit”)</li> <li>• На основе кластерной модели в одном и том же отделении</li> <li>• В разных палатах и отделениях по всей больнице</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к лечению инсульта в специализированном отделении (“Stroke Unit”) (модуль WSA):               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Структурно обособленное отделение, предназначенное для лечения пациентов с инсультом - или модель кластеризации больных с инсультом</li> <li>• Члены междисциплинарной бригады специалистов по лечению инсульта</li> <li>- Врачи с опытом лечения инсульта</li> <li>- Медсестры с опытом лечения инсульта</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Доступ к расширенным диагностическим возможностям               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Магнитно-резонансная томография (МРТ)</li> <li>• Возможность проведения МР-ангиографии</li> <li>• Перфузионная компьютерная томография</li> <li>• Устройства длительного мониторинга ЭКГ</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к врачам с опытом лечения острых инсультов, профилактики инсульта и/или реабилитации после инсульта               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Невролог</li> <li>• Нейрохирург</li> <li>• Терапевт</li> <li>• Нейрорадиолог / специалист по инвазивной радиологии</li> <li>• Гериатр</li> <li>• Реаниматолог</li> <li>• Кардиолог</li> <li>• Врач скорой помощи</li> <li>• Физиотерапевт и реабилитолог</li> <li>• Общий/семейный/врач первичной медицинской помощи</li> <li>• Программа по развитию и поддержанию основных компетенций в области лечения инсульта</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к дополнительным междисциплинарным специалистам по лечению острого инсульта               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Медсестры</li> <li>• Младшие медсестры</li> <li>• Фармацевт</li> <li>• Социальный работник / специалист по ведению пациентов</li> <li>• Группа паллиативной помощи</li> <li>• (См. список специалистов по реабилитации ниже)</li> </ul> </li> <li>○ Полностью скоординированный уход за больными с инсультом, предоставляемый в географически разрозненных регионах               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Расширенные услуги по лечению инсульта, сконцентрированные в меньшем количестве центров</li> <li>• Протоколы обслуживания больных с инсультом, которые определяют направление пациентов с инсультом по всему региону на более высокий и более низкий уровень услуг по мере необходимости</li> </ul> </li> </ul>

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Минимальные медицинские услуги	Основные услуги для больных с инсультом (В дополнение к услугам, перечисленным в столбце минимальных услуг для больных с инсультом)	Расширенные услуги для больных с инсультом (В дополнение к услугам, перечисленным в столбце Минимальные и основные услуги для больных с инсультом)
	<p><i>Младшие медсестры</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Фармацевт</li> <li>- Социальный работник / специалист по ведению пациентов</li> <li>- Группа паллиативной помощи</li> <li>- Физиотерапевт</li> <li>- Специалист по эрготерапии</li> <li>- Логопед</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Протоколы для быстрой оценки и диагностики пациентов с инсультом</li> <li>• Протоколы для лечения острого инсульта на основе рекомендаций по передовым методам               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Медицинская и сестринская оценка:</li> <li>- Анамнез</li> <li>- Проверка функции глотания</li> <li>- Оценка нутритивного статуса и гидратации</li> <li>- Функциональный статус, подвижность, риск тромбоза глубоких вен</li> <li>- Степень зависимости от посторонней помощи</li> <li>- Состояние кожи</li> <li>- Контроль над мочеиспусканием и дефекацией</li> <li>- Температура</li> </ul> </li> <li>• Еженедельные междисциплинарные совещания специалистов для обсуждения состояния пациентов в сравнении с целями лечения; актуализация планов лечения</li> <li>• Ранний доступ к реабилитационной терапии – в том числе обучение медсестер, помощников медсестер и членов семьи необходимым навыкам</li> <li>• Обучение пациентов и членов семей, отработка навыков и участие в планировании ухода</li> <li>• Планирование выписки</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Доступ к реабилитационным услугам для больных с инсультом               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ранняя оценка функционального статуса, постановка целей и индивидуальные планы реабилитации</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к средствам профилактики инсульта, включая аспирин, рекомендации по изменению образа жизни, регулирование артериального давления</li> <li>○ Ограниченная скоординированная помощь при инсульте, предоставляемая в географически разрозненных регионах</li> <li>○ Программы обучения по ведению инсульта для медицинских работников всех уровней</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Скоординированная система направлений           <ul style="list-style-type: none"> <li>Проведение консультаций относительно инсульта для небольших и сельских центров в рамках руководства «Telestroke»               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Соглашения об оказании срочной медицинской помощи в ближайшем подходящем центре</li> <li>• Соглашения о переводе пациентов обратно в их регионы</li> </ul> </li> <li>• Доступ к протоколам для ведения пациентов с инсультом: оценка глотания, питания и баланса жидкостей. Укладка пациента, активизация, контроль тазовых функций, осложнения (лихорадка, тромбоз глубоких вен, пролежни)</li> <li>• Образовательные печатные материалы для пациентов с инсультом</li> </ul> </li> <li>○ Программы обучения по ведению инсульта для медицинских работников всех уровней</li> <li>○ Стратегия и механизмы сбора данных           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Реестр стационарных больных с острым инсультом</li> <li>• База данных стационарных больных с острым инсультом (местная или региональная)</li> <li>• Реестр профилактики инсульта</li> <li>• База данных профилактики инсульта</li> <li>• Реестр реабилитации после инсульта</li> <li>• База данных реабилитации после инсульта (местная или региональная)</li> </ul> </li> </ul>

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## В. Основные рекомендации по оказанию помощи больным с инсультом



Для каждой рекомендации по передовым методам отметьте, применяется ли метод в качестве обычной составляющей ухода; находится в процессе внедрения в практику; не внедрен, что означает, что услуга/ресурс может быть доступен, но в настоящее время он не является элементом ухода за больными с инсультом в вашей организации; или услуга/ресурс/оборудование недоступны в вашей организации, поэтому их невозможно реализовать.

Система здравоохранения и распознавание инсульта Основные доказательные рекомендации	Уровень медицинских возможностей по лечению и уходу за больными с инсультом			Подтверждающие данные	Самостоятельная оценка
	Минимальный	Основной	Продвинутый		
Стационарное лечение больных с острым инсультом (первые дни после инсульта)					
1.a Пациентов с <b>острым инсультом</b> следует госпитализировать.		☑	☑	Уровень доказательности: А	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
1.b Пациентам с <b>малым инсультом или транзиторной ишемической атакой необходимо провести срочное обследование</b> и начать профилактическое лечение (в течение 48 часов после появления симптомов инсульта) в больнице или в специализированной амбулаторной клинике.		☑	☑	Уровень доказательности: В	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
2. Пациентов, госпитализированных с острым инсультом или транзиторной ишемической атакой, должна лечить междисциплинарная группа специалистов по инсульту, состоящая как минимум из врача, обученного лечению инсульта, медсестры, специалиста по реабилитации (например, физиотерапевта, специалиста по эрготерапии, логопеда).		☑	☑	Уровень доказательности: А	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
3. Пациентов, госпитализированных с острым инсультом или транзиторной ишемической атакой, следует лечить в специализированном инсультном отделении ("Stroke Unit"), которое является специализированным обособленным структурным подразделением в составе больницы, предназначенным для лечения пациентов с инсультом, в котором работает междисциплинарная группа по лечению инсульта (см. Рекомендацию № 2 выше).		☑	☑	Уровень доказательности: А	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
4. Необходимо использовать стратегии ведения для всех пациентов в целях предотвращения осложнений (например, лихорадка, инфекция, пневмония, гипогликемия, тромбоз глубоких вен, пролежни и повторный инсульт).	☑	☑	☑	Уровень доказательности: А	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Система здравоохранения и распознавание инсульта Основные доказательные рекомендации	Уровень медицинских возможностей по лечению и уходу за больными с инсультом			Подтверждающие данные	Самостоятельная оценка
	Минимальный	Основной	Продвинутый		
<b>Стационарное лечение больных с острым инсультом (первые дни после инсульта)</b>					
5. Пациентам, перенесшим инсульт с катастрофическими последствиями следует оказывать паллиативную помощь и соответствующий уход в конце жизни, когда лечение считается бесполезным.	☑	☑	☑	Уровень доказательности: В	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
6. Пациенты с подозрением на эмболический инсульт или неустановленным механизмом инсульта (например, нормальные результаты нейрососудистой диагностической визуализации, отсутствие признаков заболевания крупных сосудов) должны проходить расширенное обследование сердца.		☑	☑	Уровень доказательности: В	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
7.a Все пациенты с инсультом должны оцениваться на предмет риска развития венозной тромбоземболии.		☑	☑	Уровень доказательности: С	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
7.b Пациентам с высоким риском венозной тромбоземболии следует немедленно начать профилактику венозной тромбоземболии, если нет противопоказаний.		☑	☑	Уровень доказательности: А	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
8.a Не рекомендуется частое стимулирование активности в очень ранние сроки (в течение 24 часов после инсульта).  У некоторых пациентов с острым инсультом мобилизация в ранние сроки может быть разумной мерой, и она должна применяться на основе клинического состояния больного.	☑	☑	☑	Уровень доказательности: В  Уровень доказательности: С	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
8.b Всем пациентам, госпитализированным с острым инсультом, должна проводиться ранняя мобилизация (от 24 до 48 часов после инсульта), если у них нет противопоказаний.  <i>(Противопоказания к ранней мобилизации включают, но не ограничены следующими категориями: пациенты, перенесшие артериальную пункцию для инвазивной процедуры, нестабильное состояние, низкое насыщение крови кислородом и перелом или травма нижних конечностей).</i>	☑	☑	☑	Уровень доказательности: В	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Система здравоохранения и распознавание инсульта Основные доказательные рекомендации	Уровень медицинских возможностей по лечению и уходу за больными с инсультом			Подтверждающие данные	Самостоятельная оценка
	Минимальный	Основной	Продвинутый		
Стационарное лечение больных с острым инсультом (первые дни после инсульта)					
8.c Члены семьи должны пройти обучение по навыкам активизации.	✔	✔	✔	Уровень доказательности: С	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
9.a Необходимо следить за температурой и принимать меры для ее снижения, включая жаропонижающие средства и прохладные ванны при повышенной температуре.	✔	✔	✔	Уровень доказательности: В	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
9.b При температуре выше 37,5 °С чаще контролируйте больного, убедитесь, что у него нет инфекции, например, пневмонии или инфекции мочевых путей, и при необходимости начните лечение жаропонижающими и антимикробными препаратами.	✔	✔	✔	Уровень доказательности: А	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
10. Следует избегать использования постоянных катетеров из-за риска инфекции мочевыводящих путей.	✔	✔	✔	Уровень доказательности: В	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
11. Всех пациентов с инсультом следует проверять на предмет недержания и задержки мочи (с переполнением мочевого пузыря или без), недержания кала и запора.	✔	✔	✔	Уровень доказательности: С	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
12. Необходимо как можно раньше провести оценку функции глотания, нутриционного статуса и гидратации у пациентов с инсультом (по возможности с использованием валидизированных скрининговых шкал).	✔	✔	✔	Уровень доказательности: В	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
13. Члены семьи должны быть обучены надлежащим методам кормления пациентов с инсультом с трудностями глотания.	✔	✔	✔	Уровень доказательности: С	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Система здравоохранения и распознавание инсульта Основные доказательные рекомендации	Уровень медицинских возможностей по лечению и уходу за больными с инсультом			Подтверждающие данные	Самостоятельная оценка
	Минимальный	Основной	Продвинутый		
Стационарное лечение больных с острым инсультом (первые дни после инсульта)					
14. При отклонении от нормы в результатах первоначальной или текущих проверок функции глотания пациентов следует направлять к логопеду, специалисту по эрготерапии и/или диетологу для более детальной оценки и лечения.		✔	✔	Уровень доказательности: C	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
15. Планирование маршрутизации необходимо начать как можно скорее после того, как пациент пройдет каждый этап оказания помощи (например, отделение скорой помощи, стационарная помощь в остром периоде, реабилитация, комплексное непрерывное лечение, уход на дому).	✔	✔	✔	Уровень доказательности: B	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует

Какие рекомендации являются для вас наиболее приоритетными при реализации?

Каковы ваши следующие шаги в направлении разработки и внедрения этих передовых методов?



# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## С. Ключевые индикаторы качества услуг для больных с инсультом



Для каждого индикатора качества укажите, собираются ли данные активно и регулярно; или процессы сбора данных для индикатора находятся на этапе разработки; или данные могут быть доступны, но в настоящее время они не собираются; или данные для этого индикатора вообще недоступны, поэтому их невозможно собрать или получить. Пожалуйста, отметьте подходящую ячейку для каждого индикатора.

Показатели эффективности	Числитель	Знаменатель	Самостоятельная оценка
<b>Стационарное лечение больных с острым инсультом (первые дни после инсульта)</b>			
1. Доля пациентов с инсультом, поступивших в стационар для лечения острого инсульта.	Количество больных, обратившихся за медицинской помощью, которые были госпитализированы в стационар.	Общее количество обращений за медицинской помощью по поводу инсульта или ТИА.	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
2. Доля пациентов с ТИА, имеющих доступ к возможностям ускоренного обследования.	Количество больных, обратившихся за медицинской помощью, которые прошли быстрое обследование по поводу ТИА в течение 48 часов после появления симптомов инсульта.	Общее количество обращений за медицинской помощью по поводу ТИА.	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
3. Доля пациентов с инсультом и ТИА, госпитализированных в отделение для лечения острого инсульта.	Количество пациентов с инсультом и ТИА, поступивших в больницу и проходивших лечение в специализированном отделении острого инсульта в любое время за период пребывания в больнице.	Все пациенты с инсультом и ТИА, госпитализированные в стационар для острых больных.	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
4. Время от начала инсульта до первой активизации.	Часы/дни от начала инсульта до первой активизации после прибытия в больницу.	Все пациенты с инсультом и ТИА, госпитализированные в стационар для острых больных.	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
5. Распределение направлений маршрутизации пациентов с инсультом и ТИА, выписанных из отделения реанимации.	Количество пациентов с инсультом, выписанных домой или по месту жительства, в стационарное реабилитационное учреждение, учреждение для долгосрочного ухода или другое место после госпитализации по поводу инсульта.	Все пациенты с инсультом и ТИА, госпитализированные в стационар для острых больных и выписанные живыми.	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
6. Процент пациентов с инсультом, у которых задокументирована проверка функции глотания.	Количество пациентов с инсультом, поступивших в больницу, в документах которых есть отметка о проверке функции глотания.	Все пациенты с инсультом и ТИА, госпитализированные в больницу скорой помощи.	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Какие индикаторы являются для нас приоритетными?

Кто будет собирать данные?

Как будут собираться данные (в электронном, бумажном виде и т. д.)?

Как будут анализироваться данные? Когда? Как часто?

Кто получит результаты?

Глобальное руководство и план  
действий по борьбе с инсультом:  
Стратегический план обеспечения  
качественной помощи при инсульте

**ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ  
ПОВТОРНОГО ИНСУЛЬТА**

Авторы: Линдсей М.П., Норрвинг Б., Фури К.Л., Доннан Г., Лангхорн П., Дэвис С.  
От имени Глобального консультативного комитета по качеству и руководству  
лечением инсульта,  
Глобальной рабочей группы по руководству по борьбе с инсультом  
и Глобальной рабочей группы по качеству лечения инсульта.

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНОГО ИНСУЛЬТА

В этом разделе основное внимание уделяется оценке и управлению факторами риска инсульта и текущими физическими, когнитивными и эмоциональными проблемами у лиц, перенесших инсульт (включая пациентов с инсультом и ТИА). В этом разделе напрямую не рассматривается первичная профилактика инсульта. Мероприятия по профилактике инсульта проводятся на подострой стадии.

В идеальном варианте профилактику инсульта проводят медицинские работники с опытом в лечении инсульта в любых учреждениях и для любых пациентов с различными типами и степенью тяжести инсульта, в том числе в специализированных профилактических клиниках, в программах снижения риска развития сосудистых заболеваний, программах борьбы с хроническими заболеваниями, больницах скорой помощи, отделениях реанимации, учреждениях, предоставляющих первичную помощь и других учреждениях и на дому в зависимости от наличия ресурсов и учреждений. По возможности медицинские работники и непрофессионалы, прошедшие определенный тренинг, должны использовать проверенные инструменты для образования и профилактики (например, приложение для оценки риска инсульта, Фейгин и др., 2015 г.).

### Контрольный список возможностей медицинской службы по лечению и уходу за больными с инсультом<sup>А</sup>



Пожалуйста, укажите следующую информацию, чтобы четко определить услуги для больных с инсультом, которые вы разрабатываете или оцениваете.

РЕГИОН:	ОРГАНИЗАЦИЯ, ЗАПОЛНЯЮЩАЯ СПИСОК:	ОСНОВНОЕ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО:
ОБЪЕМ УСЛУГ:		ЦЕЛИ ДАННОЙ ОЦЕНКИ/КОММЕНТАРИИ: Заполняется местной группой
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Оценка на уровне провинции/штата/государства</li> <li><input type="radio"/> Региональная/местная оценка</li> <li><input type="radio"/> Крупная городская больница с расширенными возможностями по лечению инсульта (комплексные услуги по лечению инсульта)</li> <li><input type="radio"/> Государственные больницы, предоставляющие некоторые услуги по лечению инсульта</li> <li><input type="radio"/> Район, где есть только поликлиника</li> <li><input type="radio"/> Сельский район с приходящим медицинским работником</li> </ul>		

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## А. Наличие услуг и ресурсов для лечения инсульта



Изучите каждый список и отметьте все услуги и ресурсы, которые у вас есть в настоящее время и могут использоваться для предоставления помощи больным с инсультом. Затем просмотрите свои ответы, чтобы определить, к какой категории услуг для больных с инсультом вы относитесь.

Минимальные медицинские услуги	Основные услуги для больных с инсультом (В дополнение к услугам, перечисленным в столбце минимальных услуг для больных с инсультом)	Расширенные услуги для больных с инсультом (В дополнение к услугам, перечисленным в столбце Минимальные и основные услуги для больных с инсультом)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Медицинская помощь, предоставляемая в местных населенных пунктах без координации в определенных географических регионах</li> <li>○ Очень ограниченный доступ к врачебной помощи Обеспечьте развитие навыков оценки                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечьте обучение по базовой оценке риска инсульта: артериальное давление, фибрилляция предсердий (проверка пульса), упражнения, алкоголь, питание (с учетом обстоятельств)</li> <li>• Основные навыки управления факторами риска, применения медикаментов, модификации образа жизни</li> <li>• Обучение основным методам реабилитации, активизации и применению лечебных укладок, о которых можно рассказать семье</li> <li>• Базовый тренинг по проверке глотания и лечению дисфагии, а также по контролю за температурой</li> </ul> </li> <li>○ Нерегулярный доступ к медицинским работникам (медсестрам или непрофессиональным работникам)                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обучение по базовой оценке риска инсульта: артериальное давление, фибрилляция предсердий (проверка пульса), упражнения, алкоголь, питание (с учетом обстоятельств)</li> <li>• Обучение основным методам реабилитации, активизации и применению лечебных укладок, о которых можно рассказать семье</li> <li>• Базовый тренинг по проверке глотания и лечению дисфагии, а также по контролю за температурой</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к диагностическим службам или стационарному лечению отсутствует</li> <li>○ Ограниченный доступ к основным профилактическим рекомендациям относительно образа жизни</li> <li>○ Доступ в Интернет                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Доступ к интерактивному образованию по вопросам инсульта (например, portalу Всемирной академии по борьбе с инсультом (WSA))</li> <li>• Доступ к мобильным инструментам, таким как Stroke Riskmeter</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Доступ к базовым диагностическим службам                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Лабораторный анализ крови (общий анализ крови, электролиты, мочевины, глюкоза, МНО, ПВ)</li> <li>• Электрокардиограмма (в 12 отведениях)</li> <li>• Компьютерная томография (КТ) мозга и сосудистой системы</li> <li>• Возможность проведения компьютерной ангиографии (КТА)</li> <li>• Эхокардиография</li> <li>• Допплерография</li> <li>• Холтеровское мониторирование</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к медсестрам и оценке медсестер, прошедших обучение по лечению инсульта                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Учреждения первичной медицинской помощи</li> <li>• Учреждения для лечения больных в остром состоянии</li> <li>• Высококвалифицированные практические медсестры</li> <li>• Медсестра</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к врачам, имеющим знания в области инсульта (хотя они могут и не быть специалистами по инсультам)                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Общие/семейные/врачи первичной медицинской помощи</li> <li>• Невролог</li> <li>• Нейрохирург</li> <li>• Терапевт</li> <li>• Кардиолог</li> <li>• Гериатр</li> <li>• Врач скорой помощи</li> <li>• Физиотерапевт и реабилитолог</li> <li>• Реаниматолог</li> <li>• Доступ к специалистам по инсульту посредством программы «Telectroke» и телерадиологии</li> </ul> </li> <li>○ Члены междисциплинарной бригады специалистов по лечению инсульта                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Врачи с опытом лечения инсульта</li> <li>• Медсестры с опытом лечения инсульта</li> <li>• Младшие медсестры</li> <li>• Фармацевт</li> <li>• Социальный работник / специалист по ведению пациентов</li> <li>• Группа паллиативной помощи</li> <li>• Физиотерапевт</li> <li>• Специалист по эрготерапии</li> <li>• Логопед</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Доступ к расширенным диагностическим возможностям                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Магнитно-резонансная томография (МРТ)</li> <li>• Возможность проведения МР-ангиографии</li> <li>• Перфузионная компьютерная томография</li> <li>• Устройства длительного мониторинга ЭКГ</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к врачам с опытом лечения острых инсультов, профилактики инсульта и/или реабилитации после инсульта                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Невролог</li> <li>• Нейрохирург</li> <li>• Терапевт</li> <li>• Нейрорадиолог / специалист по инвазивной радиологии</li> <li>• Гериатр</li> <li>• Реаниматолог</li> <li>• Кардиолог</li> <li>• Врач скорой помощи</li> <li>• Физиотерапевт и реабилитолог</li> <li>• Общий/семейный/врач первичной медицинской помощи</li> <li>• Программа по развитию и поддержанию основных компетенций в области лечения инсульта</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к дополнительным междисциплинарным специалистам по лечению острого инсульта                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Медсестры</li> <li>• Младшие медсестры</li> <li>• Фармацевт</li> <li>• Социальный работник / специалист по ведению пациентов</li> <li>• Группа паллиативной помощи</li> <li>• (См. список специалистов по реабилитации ниже)</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к дополнительным специалистам междисциплинарных бригад по лечению острого инсульта</li> <li>○ Скоординированное лечение больных с инсультом осуществляется в географически обособленных регионах</li> <li>○ Программы профилактики и лечения инсульта для медицинских работников всех уровней</li> </ul>

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## Минимальные медицинские услуги

Основные услуги для больных с инсультом (В дополнение к услугам, перечисленным в столбце минимальных услуг для больных с инсультом)

Расширенные услуги для больных с инсультом (В дополнение к услугам, перечисленным в столбце Минимальные и основные услуги для больных с инсультом)

- Доступ к услугам по вторичной профилактике
  - Организованные профилактические клиники или специалисты
  - Оценка факторов риска
  - Контроль за артериальным давлением
  - Анти тромботические и антикоагулянтные препараты
  - Обучение пациентов и членов семей, отработка навыков и участие в планировании ухода
  - Текущая реабилитация
  - Выявление и коррекция когнитивных расстройств
  - Выявление и лечение депрессии
- Ограниченная скоординированная помощь при инсульте, предоставляемая в географически обособленных регионах
- Программы обучения по лечению инсульта для медицинских работников всех уровней

- Стратегия и механизмы сбора данных
  - Реестр стационарных больных с острым инсультом
  - База данных стационарных больных с острым инсультом (местная или региональная)
  - Реестр профилактики инсульта
  - База данных профилактики инсульта
  - Реестр реабилитации после инсульта
  - База данных реабилитации после инсульта (местная или региональная)

*one voice*  
One World Voice for Stroke



# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## В. Основные рекомендации по ведению больных с инсультом



Для каждой рекомендации по передовым методам отметьте, применяется ли метод в качестве обычной практики; находится в процессе внедрения в практику; не внедрен, что означает, что услуга/ресурс может быть доступен, но в настоящее время он не является элементом ухода за больными с инсультом в вашей организации; или услуга/ресурс/оборудование недоступны в вашей организации, поэтому их невозможно реализовать.

Система здравоохранения и распознавание инсульта Основные доказательные рекомендации	Уровень медицинских возможностей по оказанию помощи больным с инсультом			Подтверждающие данные	Самостоятельная оценка
	Минимальный	Основной	Продвинутый		
1.a Оценка факторов риска сосудистых заболеваний у пациентов с инсультом и ТИА и проблем, связанных с образом жизни: курение, физические упражнения, питание, вес, алкоголь и потребление соли.	☑	☑	☑	Уровень доказательности: В	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
1.b Оценка факторов риска сосудистых заболеваний у пациентов с инсультом и ТИА: гипертония, диабет, фибрилляция предсердий и гиперхолестеринемия.		☑	☑	Уровень доказательности: А	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
1.c Оценка факторов риска сосудистых заболеваний у пациентов с инсультом и ТИА: заболевания сонных артерий, заболевания сердца.		☑	☑	Уровень доказательности: А	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
2. Предоставление информации и консультаций о возможных стратегиях изменения образа жизни для снижения риска сосудистых заболеваний (курение, вес, питание, потребление соли, упражнения, стресс, употребление алкоголя).	☑	☑	☑	Уровень доказательности: В	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
3. Необходимо направление к соответствующим специалистам для предоставления более полных оценок и структурированных программ для управления конкретными факторами риска сосудистых заболеваний.		☑	☑	Уровень доказательности: С	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
4. Всем пациентам с ишемическим инсультом или транзиторной ишемической атакой следует назначать антитромбоцитарную терапию для профилактики повторного инсульта, если нет показаний для антикоагулянтной терапии (после подтверждения ишемической этиологии по результатам КТ).		☑	☑	Уровень доказательности: А	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
5. У всех пациентов с инсультом или транзиторной ишемической атакой следует регулярно контролировать артериальное давление.	☑	☑	☑	Уровень доказательности: В	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Система здравоохранения и распознавание инсульта Основные доказательные рекомендации	Уровень медицинских возможностей по лечению и уходу за больными с инсультом			Подтверждающие данные	Самостоятельная оценка
	Минимальный	Основной	Продвинутый		
Все пациенты с инсультом должны начать прием антигипертензивных препаратов до выписки из больницы для достижения индивидуальных целей лечения.					
6. Большинству пациентов, перенесших ишемический инсульт или транзиторную ишемическую атаку, показано назначение препаратов статинов для вторичной профилактики.		☑	☑	Уровень доказательности: В	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
7. У пациентов с диабетом, перенесших инсульт или транзиторную ишемическую атаку необходимо контролировать уровень гликемии.		☑	☑	Уровень доказательности: В	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
8. Пациентов с диабетом, перенесших инсульт или ТИА, следует лечить для достижения индивидуальных целевых уровней гликемии. В большинстве случаев пациентам следует лечить для достижения уровня гликированного гемоглобина (HbA1C) ≤ 7,0 %.		☑	☑	Уровень доказательности: А	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
9. Пациенты с фибрилляцией предсердий или трепетанием предсердий (пароксизмальным, персистирующим или постоянным) должны получать пероральный антикоагулянт. Прямые пероральные антикоагулянты предпочтительны по сравнению с варфарином для пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий.		☑	☑	Уровень доказательности: А	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
10. Оценку пациентов с транзиторной ишемической атакой или неинвалидирующим инсультом и ипсилатеральным стенозом 50-99 % внутренней сонной артерии должен проводить специалист с опытом лечения инсульта.		☑	☑	Уровень доказательности: В	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
11. Отобранных пациентов с ипсилатеральным стенозом 50-99 % внутренней сонной артерии следует направлять на реваскуляризацию сонной артерии как можно скорее, в течение 7-14 дней.			☑	Уровень доказательности: В	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Какие рекомендации являются для вас наиболее приоритетными при реализации?

Каковы ваши следующие шаги в направлении разработки и внедрения этих передовых методов?

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## С. Ключевые индикаторы качества услуг для больных с инсультом



Для каждого индикатора качества укажите, собираются ли данные активно и регулярно; или процессы сбора данных для индикатора находятся на этапе разработки; или данные могут быть доступны, но в настоящее время они не собираются; или данные для этого индикатора вообще недоступны, поэтому их невозможно собрать или получить. Пожалуйста, отметьте подходящую ячейку для каждого индикатора.

Показатели эффективности	Числитель	Знаменатель	Самостоятельная оценка
1. Доля пациентов с ишемическим инсультом и ТИА, которым назначен антиагрегант.	Количество пациентов с ишемическим инсультом и ТИА, которые выписываются из отделения реанимации или отделения острого инсульта, принимая антиагрегантные препараты.	Количество пациентов с ишемическим инсультом и ТИА в пределах определенной популяции и условий (на основе местоположения, временных рамок и т. д.).	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
2. Доля пациентов с ишемическим инсультом и ТИА, которым назначена терапия статинами (системный показатель: доступность препаратов статинов в регионе).	Количество пациентов с ишемическим инсультом и ТИА, которым назначают гиполипидемический препарат в определенных условиях и временных рамках.	Количество пациентов с ишемическим инсультом и ТИА в пределах определенной популяции и условий (на основе местоположения, временных рамок и т. д.).	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
3. Доля пациентов с ишемическим инсультом и ТИА, которым назначен антикоагулянт.	Количество пациентов с ишемическим инсультом и ТИА с фибрилляцией предсердий и отсутствием противопоказаний для лечения антикоагулянтами, которые получают антикоагулянтную терапию в определенных условиях и временных рамках.	Количество пациентов с ишемическим инсультом и ТИА в пределах определенной популяции и условий (на основе местоположения, временных рамок и т. д.).	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
4. Доля пациентов с ишемическим инсультом и ТИА в каротидном бассейне, которые проходят реваскуляризацию сонной артерии.	Количество пациентов с инсультом со стенозом сонной артерии от средней до тяжелой степени, которым выполняется вмешательство на сонной артерии.	Количество пациентов с диагнозом инсульта и стенозом сонной артерии от умеренной до тяжелой степени (50-99 %) в пределах определенной популяции и условий (на основе местоположения, временных рамок и т. д.).	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
5. Время от начала инсульта до реваскуляризации сонной артерии.	Среднее время (в днях) от появления симптомов инсульта до реваскуляризации сонной артерии у пациентов с острым инсультом и ТИА в каротидном бассейне (вероятное отклонение).	Общее количество пациентов с ишемическим инсультом и ТИА с заболеванием каротидной системы, поступивших в отделение скорой помощи или больницу (в зависимости от местной практики).	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Какие индикаторы являются для нас приоритетными?

Кто будет собирать данные?

Как будут собираться данные (в электронном, бумажном виде и т. д.)?

Как будут анализироваться данные? Когда? Как часто?

Кто получит результаты?

# Глобальное руководство и план действий по борьбе с инсультом: Стратегический план обеспечения качественного лечения инсульта

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Авторы: Линдсей М.П., Норрвинг Б., Фури К.Л., Доннан Г., Лангхорн П., Дэвис С.  
От имени Глобального консультативного комитета по качеству и руководству лечением инсульта,  
Глобальной рабочей группы по руководству по борьбе с инсультом  
и Глобальной рабочей группы по качеству лечения инсульта.



# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

В этом разделе основное внимание уделяется постановке целей, обследованию, лечению и другим мероприятиям по реабилитации, а также другим вмешательствам, содействующим оптимальному физическому, когнитивному и эмоциональному восстановлению больных, перенесших инсульт. Цель реабилитации после инсульта заключается в том, чтобы помочь больным, перенесшим инсульт, достичь максимально возможной независимости и повысить качество жизни. Реабилитация после инсульта может значительно улучшить состояние больных, перенесших инсульт, и она должна быть целенаправленной.

Мероприятия по реабилитации после инсульта проводятся на подострой стадии, обычно начинаются вскоре после инсульта, как только состояние больного относительно стабилизируется, и они могут быть благотворны в течение нескольких недель, месяцев или даже лет после инсульта. В идеальном варианте в реабилитации после инсульта принимают участие медицинские специалисты с опытом реабилитации после инсульта, и она проводится во многих местах, включая стационарные реабилитационные отделения, амбулаторные реабилитационные программы, больницы, принимающие людей по скорой помощи, дневные программы и домашние условия в зависимости от наличия ресурсов и учреждений.

### Контрольный список возможностей медицинской службы по оказанию помощи больным с инсультом<sup>А</sup>



Пожалуйста, укажите следующую информацию, чтобы четко определить услуги для больных с инсультом, которые вы разрабатываете или оцениваете.

РЕГИОН:	ОРГАНИЗАЦИЯ, ЗАПОЛНЯЮЩАЯ СПИСОК:	ОСНОВНОЕ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО:
ОБЪЕМ УСЛУГ:	ЦЕЛИ ДАННОЙ ОЦЕНКИ/КОММЕНТАРИИ: Заполняется местной группой	
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Оценка на уровне провинции/штата/государства</li> <li><input type="radio"/> Региональная/местная оценка</li> <li><input type="radio"/> Крупная городская больница с расширенными услугами по лечению инсульта (комплексные услуги по лечению инсульта)</li> <li><input type="radio"/> Государственные больницы, предоставляющие некоторые услуги по лечению инсульта</li> <li><input type="radio"/> Район, где есть только поликлиника</li> <li><input type="radio"/> Сельский район с приходящим медицинским работником</li> </ul>		

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## А. Наличие услуг и ресурсов для лечения инсульта



Изучите каждый список и отметьте все услуги и ресурсы, которые у вас есть в настоящее время и могут использоваться для предоставления помощи больным с инсультом. Затем просмотрите свои ответы, чтобы определить, к какой категории услуг для больных с инсультом вы относитесь.

Минимальные медицинские услуги	Основные услуги для больных с инсультом (В дополнение к услугам, перечисленным в столбце минимальных услуг для больных с инсультом)	Расширенные услуги для больных с инсультом (В дополнение к услугам, перечисленным в столбце Минимальные и основные услуги для больных с инсультом)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Медицинская помощь, предоставляемая в местных населенных пунктах без координации в определенных географических регионах</li> <li>○ Очень ограниченный доступ к врачебной помощи Обеспечьте развитие навыков оценки                         <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечьте обучение по базовой оценке риска инсульта: артериальное давление, фибрилляция предсердий (проверка пульса), упражнения, алкоголь, питание (с учетом обстоятельств)</li> <li>• Основные навыки управления факторами риска, применения медикаментов, модификации образа жизни</li> <li>• Обучение основным методам реабилитации, активизации и применению лечебных укладок, о которых можно рассказать семье</li> <li>• Базовый тренинг по проверке глотания и лечению дисфагии, а также по контролю за температурой</li> </ul> </li> <li>○ Нерегулярный доступ к медицинским работникам (медсестрам или непрофессиональным работникам)                         <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обучение по базовой оценке риска инсульта: артериальное давление, фибрилляция предсердий (проверка пульса), упражнения, алкоголь, питание (с учетом обстоятельств)</li> <li>• Обучение основным методам реабилитации, активизации и применению лечебных укладок, о которых можно рассказать семье</li> <li>• Базовый тренинг по проверке глотания и лечению дисфагии, а также по контролю за температурой</li> </ul> </li> <li>○ Доступ в Интернет                         <ul style="list-style-type: none"> <li>• Доступ к интерактивному образованию по вопросам инсульта (например, порталы Всемирной академии по борьбе с инсультом (WSA))</li> <li>• Доступ к мобильным инструментам, таким как Riskometer</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Доступ к врачам, имеющим знания в области инсульта (хотя они могут и не быть специалистами по инсультам)                         <ul style="list-style-type: none"> <li>• Физиотерапевт и реабилитолог</li> <li>• Общие/семейные/врачи первичной медицинской помощи</li> <li>• Невролог</li> <li>• Доступ к специалистам по инсульту посредством программы «Telestroke» и телерадиологии</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к медсестрам и специалистам по сестринскому делу, обученным реабилитации после инсульта                         <ul style="list-style-type: none"> <li>• Высококвалифицированные практические медсестры</li> <li>• Медсестра</li> </ul> </li> <li>○ Ранний доступ к реабилитационной терапии – в том числе обучение медсестер, помощников медсестер и членов семьи необходимым навыкам</li> <li>○ Доступ к реабилитационным услугам для больных с инсультом                         <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ранняя оценка функционального статуса, постановка целей и индивидуальные планы реабилитации</li> <li>• Стационарные койки для больных, проходящих реабилитацию после инсульта</li> <li>• Программы обучения пациентов и семей простым методам реабилитации и самостоятельного управления</li> <li>• Услуги по реабилитации на дому для пациентов с инсультом</li> <li>• Организованные амбулаторные реабилитационные услуги</li> <li>• Программы реабилитации после инсульта на местном/частном уровне</li> <li>• Группы поддержки пациентов и семей</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к отделениям по реабилитации после инсульта (модуль WSA):                         <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обособленное отделение, предназначенное для лечения пациентов с инсультом - Или модель кластеризации больных с инсультом</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Доступ к врачам с опытом лечения острых инсультов, профилактики инсульта и/или реабилитации после инсульта                         <ul style="list-style-type: none"> <li>• Физиотерапевт и реабилитолог</li> <li>• Невролог</li> <li>• Общий/семейный/врач первичной медицинской помощи</li> <li>• Программа по развитию и поддержанию основных компетенций в области лечения инсульта</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к специалистам междисциплинарной бригады по реабилитации после инсульта                         <ul style="list-style-type: none"> <li>• Физиотерапевт</li> <li>• Специалист по эрготерапии</li> <li>• Логопед</li> <li>• Реабилитолог</li> <li>• Нейропсихологи</li> <li>• Социальный работник</li> <li>• Специалист по эрготерапии</li> <li>• Помощники по реабилитации</li> <li>• Медсестры</li> <li>• Младшие медсестры</li> <li>• Фармацевт</li> <li>• Социальный работник / специалист по ведению пациентов</li> <li>• Другие специалисты</li> </ul> </li> <li>○ Проведение телемедицинских консультаций относительно инсульта для небольших и сельских центров в рамках руководства «Telestroke»</li> <li>○ Образовательные печатные материалы для пациентов с инсультом</li> <li>○ Программы обучения по лечению инсульта для медицинских работников всех уровней</li> <li>○ Стратегия и механизмы сбора данных                         <ul style="list-style-type: none"> <li>• Реестр реабилитации после инсульта</li> <li>• База данных реабилитации после инсульта (местная или региональная)</li> </ul> </li> </ul>

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Минимальные медицинские услуги	Основные услуги для больных с инсультом (В дополнение к услугам, перечисленным в столбце минимальных услуг для больных с инсультом)	Расширенные услуги для больных с инсультом (В дополнение к услугам, перечисленным в столбце Минимальные и основные услуги для больных с инсультом)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Члены междисциплинарной бригады специалистов по лечению инсульта               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Врачи с опытом лечения инсульта</li> <li>- Медсестры по лечению инсульта</li> <li>- Младшие медсестры</li> <li>- Фармацевт</li> <li>- Социальный работник / специалист по ведению пациентов</li> <li>- Группа паллиативной помощи</li> <li>- Физиотерапевт</li> <li>- Специалист по эрготерапии</li> <li>- Логопед</li> </ul> </li> <li>• Протоколы для быстрой оценки и диагностики пациентов с инсультом</li> <li>• Протоколы по реабилитации после инсульта на основе рекомендаций по передовым методам               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Медицинские и сестринские оценки:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Функция глотания</li> <li>- Питание, гидратация</li> <li>- Функциональный статус, подвижность, риск тромбоза глубоких вен</li> <li>- Уровень зависимости</li> <li>- Функционирование верхних и нижних конечностей, походка и координация движений</li> <li>- Проблемы общения</li> <li>- Нарушения зрения и восприятия</li> <li>- Когнитивные функции</li> <li>- Скрининг и коррекция нарушений настроения и депрессии</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Еженедельные междисциплинарные совещания специалистов для обсуждения состояния пациентов в сравнении с целями лечения; актуализация планов лечения</li> <li>• Обучение пациентов и членов семей, отработка навыков и участие в планировании ухода</li> <li>• Планирование маршрутизации</li> </ul> <p>○ Ограниченная скоординированная помощь при инсульте, предоставляемая в географически разрозненных регионах</p> <p>○ Программы обучения по лечению инсульта для медицинских работников всех уровней</p>	

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## В. Основные рекомендации по ведению больных с инсультом



Для каждой рекомендации по передовым методам отметьте, применяется ли метод в качестве обычной практики; находится в процессе внедрения в практику; не внедрен, что означает, что услуга/ресурс может быть доступен, но в настоящее время он не является элементом ухода за больными с инсультом в вашей организации; или услуга/ресурс/оборудование недоступны в вашей организации, поэтому их невозможно реализовать.

Система здравоохранения и распознавание инсульта Основные доказательные рекомендации	Уровень медицинских возможностей по лечению и уходу за больными с инсультом			Подтверждающие данные	Самостоятельная оценка
	Минимальный	Основной	Продвинутый		
1. Все пациенты с острым инсультом должны пройти начальную функциональную оценку для определения потребностей в реабилитации и разработки индивидуального плана реабилитации.		☑	☑	Уровень доказательности: А	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
2. Все пациенты, направляемые на стационарную реабилитацию после инсульта, должны лечиться в специализированном реабилитационном отделении.		☑	☑	Уровень доказательности: А	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
3. Реабилитация должна включать регулярное и интенсивное выполнение заданий, способствующих приобретению пациентом функционально значимых навыков.	☑	☑	☑	Уровень доказательности: А	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
4. Пациенты должны проходить адаптивное обучение (например, использованию специализированных устройств) для повышения качества выполнения определенных функциональных действий.	☑	☑	☑	Уровень доказательности: А	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
5. Спастичность и контрактуры можно предотвратить или лечить с помощью применения антиспастических укладок, упражнений с объемом движений и/или растяжек.  Рутинное использование медицинских шин не рекомендуется.	☑	☑	☑	Уровень доказательности: В  Уровень доказательности: А	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
6. Медицинские работники и члены семей должны быть обучены защищать и поддерживать парализованную руку во время движения и во время использования инвалидных колясок путем применения лонгет или специальных подлокотников.	☑	☑	☑	Уровень доказательности: В	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
7. Пациенты должны знать о повышенном риске падений и получить рекомендации о мерах предосторожности для снижения такого риска.	☑	☑	☑	Уровень доказательности: С	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
8. Пациентов необходимо обследовать на предмет болей после инсульта, включая постоянную центральную боль и боль в плече на пораженной стороне.		☑	☑	Уровень доказательности: С	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Система здравоохранения и распознавание инсульта Основные доказательные рекомендации	Уровень медицинских возможностей по лечению и уходу за больными с инсультом			Подтверждающие данные	Самостоятельная оценка
	Минимальный	Основной	Продвинутый		
9. Пациенты должны пройти оценку коммуникативных расстройств.	✔	✔	✔	Уровень доказательности: С	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
10. Необходимо использовать стратегии для улучшения коммуникации с пациентами с афазией (например, рассказывать семьям о необходимости постоянного общения с больным, использования невербальных стратегий).	✔	✔	✔	Уровень доказательности: В	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
11. Пациентов с афазией следует направить к логопеду для индивидуализированных занятий, направленных на улучшение коммуникационных навыков.		✔	✔	Уровень доказательности: С	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует

Какие рекомендации являются для вас наиболее приоритетными при реализации?

Каковы ваши следующие шаги в направлении разработки и внедрения этих передовых методов?

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## С. Ключевые индикаторы качества помощи для больных с инсультом



Для каждого индикатора качества укажите, собираются ли данные активно и регулярно; или процессы сбора данных для индикатора находятся на этапе разработки; или данные могут быть доступны, но в настоящее время они не собираются; или данные для этого индикатора вообще недоступны, поэтому их невозможно собрать или получить. Пожалуйста, отметьте подходящую ячейку для каждого индикатора.

Показатели эффективности	Числитель	Знаменатель	Самостоятельная оценка
1. Распределение показателей инвалидизации среди больных с инсультом с использованием модифицированной шкалы Рэнкина при выписке из отделения острого инсульта и через 3 месяца после инсульта.	Частотное распределение по модифицированной шкале Рэнкина для каждого пациента в момент выписки из отделения скорой помощи и через три месяца после начала инсульта. [(Мы будем использовать данные для классификации MRS 0-2, MRS 0-5 или MRS 0-6 позже.)]	Все пациенты с инсультом и ТИА, госпитализированные в больницу скорой помощи и выписанные живыми.	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
2. Доля пациентов с инсультом, проходящих реабилитацию в стационаре, получающих лечение в специализированных реабилитационных отделениях.	Число пациентов с инсультом и ТИА, занимавших стационарное реабилитационное койко-место и проходивших лечение в специализированном реабилитационном отделении в любое время в течение пребывания в больнице.	Все пациенты с инсультом и ТИА, принятые в стационарную реабилитационную больницу.	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
3. Средний объем прямого лечения, получаемого ежедневно по каждому реабилитационному направлению (в минутах).	Среднее количество (в минутах) прямого лечения для каждого пациента, занимавшего стационарное реабилитационное койко-место (рассчитать в целом, затем указать каждый тип лечения – например, физиотерапия, эрготерапия, логопедические занятия).	Все пациенты с инсультом и ТИА, принятые в стационарную реабилитационную больницу.	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
4. Доля пациентов с инсультом в больнице или реабилитационной больнице, у которых случались падения после инсульта или ТИА.	Количество пациентов с инсультом и ТИА, принятых в стационарное учреждение (отделения острого инсульта или реабилитационное), которые падали как минимум один раз во время их пребывания.	Все пациенты с инсультом и ТИА, принятые в больницу (с разделением на больницу скорой помощи и реабилитационную больницу).	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
5. Доля пациентов с инсультом, у которых случались падения и которые нуждаются в лечении травм, полученных при падении.	Количество пациентов с инсультом и ТИА, принятых в стационарное учреждение (отделения острого инсульта или реабилитационное), которые падали как минимум один раз во время их пребывания, и им требовалась медицинская помощь в связи с травмами, полученными при падении.	Количество пациентов с инсультом и ТИА, принятых в стационарное учреждение (отделения острого инсульта или реабилитационное), которые падали как минимум один раз во время их пребывания.	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Какие индикаторы являются для нас приоритетными?

Кто будет собирать данные?

Как будут собираться данные (в электронном, бумажном виде и т. д.)?

Как будут анализироваться данные? Когда? Как часто?

Кто получит результаты?



Глобальное руководство и план  
действий по борьбе с инсультом:  
Стратегический план обеспечения  
качественного лечения инсульта

**РЕИНТЕГРАЦИЯ В ОБЩЕСТВО  
И ДОЛГОСРОЧНОЕ  
ВОССТАНОВЛЕНИЕ**

Авторы: Линдсей М.П., Норрвинг Б., Фури К.Л., Доннан Г., Лангхорн П., Дэвис С.  
От имени Глобального консультативного комитета по качеству и руководству  
лечением инсульта,  
Глобальной рабочей группы по руководству по борьбе с инсультом  
и Глобальной рабочей группы по качеству лечения инсульта.

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## РЕИНТЕГРАЦИЯ В ОБЩЕСТВО И ДОЛГОСРОЧНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ

В этом разделе основное внимание уделяется пациентам, выжившим после инсульта и находящимся в подострой фазе, которые выписываются из стационарного учреждения (больницы скорой помощи или реабилитационной больницы) и возвращаются туда, где жили до инсульта, или в другое место, где будут получать уход и поддержку, необходимую после инсульта. Цели реинтеграции в общество состоят в содействии возвращению человека к приемлемому образу жизни, участию в социальной и бытовой деятельности, восстановлению независимости и повышению качества жизни. Успешная реинтеграция может значительно улучшить исходы больных, выживших после инсульта, и должна быть целенаправленной.

Услуги и действия по реинтеграции в общество после инсульта начинаются во время планирования выписки из больницы скорой помощи и представляют собой ряд действий по уходу за больными в течение последующих лет после инсульта. В идеальном варианте реинтеграция в общество включает медицинских специалистов с опытом в области реабилитации после инсульта, социальную и семейную поддержку, меры по реабилитации, организации досуга и повышению качества жизни. Она проводится в различных условиях, включая амбулаторные программы реабилитации, дневные программы, развлекательные программы, образовательные учреждения, рабочие места и домашние условия в зависимости от наличия ресурсов и возможностей.

### Контрольный список возможностей медицинской службы по лечению и уходу за больными с инсультом<sup>А</sup>



Пожалуйста, укажите следующую информацию, чтобы четко определить услуги для больных с инсультом, которые вы разрабатываете или оцениваете.

РЕГИОН:	ОРГАНИЗАЦИЯ, ЗАПОЛНЯЮЩАЯ СПИСОК:	ОСНОВНОЕ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО:
ОБЪЕМ УСЛУГ:		ЦЕЛИ ДАННОЙ ОЦЕНКИ/КОММЕНТАРИИ: Заполняется местной группой
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Оценка на уровне провинции/штата/государства</li> <li><input type="radio"/> Региональная/местная оценка</li> <li><input type="radio"/> Крупная городская больница с расширенными услугами по лечению инсульта (комплексные услуги по лечению инсульта)</li> <li><input type="radio"/> Государственные больницы, предоставляющие некоторые услуги по лечению инсульта</li> <li><input type="radio"/> Район, где есть только поликлиника</li> <li><input type="radio"/> Сельский район с приходящим медицинским работником</li> </ul>		

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## А. Наличие услуг и ресурсов для оказания помощи при инсульте



Изучите каждый список и отметьте все услуги и ресурсы, которые у вас есть в настоящее время и могут использоваться для предоставления помощи больным с инсультом. Затем просмотрите свои ответы, чтобы определить, к какой категории услуг для больных с инсультом вы относитесь.

Минимальные медицинские услуги	Основные услуги для больных с инсультом (В дополнение к услугам, перечисленным в столбце минимальных услуг для больных с инсультом)	Расширенные услуги для больных с инсультом (В дополнение к услугам, перечисленным в столбце Минимальные и основные услуги для больных с инсультом)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Медицинская помощь, предоставляемая в местных населенных пунктах без координации в определенных географических регионах</li> <li>○ Очень ограниченный доступ к врачебной помощи               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечьте развитие навыков оценки</li> <li>• Обеспечьте обучение по базовой оценке риска инсульта: артериальное давление, фибрилляция предсердий (проверка пульса), упражнения, алкоголь, питание (с учетом обстоятельств)</li> <li>• Основные навыки управления факторами риска, применения медикаментов, модификации образа жизни</li> <li>• Обучение основным методам реабилитации, активизации и применению лечебных укладок, о которых можно рассказать семье</li> <li>• Базовый тренинг по проверке глотания и лечению дисфагии, а также по контролю за температурой</li> </ul> </li> <li>○ Нерегулярный доступ к медицинским работникам (медсестрам или непрофессиональным работникам)               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обучение по базовой оценке риска инсульта: артериальное давление, фибрилляция предсердий (проверка пульса), упражнения, алкоголь, питание (с учетом обстоятельств)</li> <li>• Обучение основным методам реабилитации, активизации и применению лечебных укладок, о которых можно рассказать семье</li> <li>• Базовый тренинг по проверке глотания и лечению дисфагии, а также по контролю за температурой</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к диагностическим службам или стационарному лечению отсутствует</li> <li>○ Ограниченный доступ к основным профилактическим рекомендациям относительно образа жизни</li> <li>○ Доступ в Интернет               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Доступ к интерактивному образованию по вопросам инсульта (например, порталу Всемирной академии по борьбе с инсультом (WSA))</li> <li>• Доступ к мобильным инструментам, таким как Riskometer</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Доступ к медсестрам и специалистам по сестринскому делу, прошедшим обучение по лечению инсульта               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Учреждения первичной медицинской помощи</li> <li>• Высококвалифицированные практические медсестры</li> <li>• Медсестра</li> </ul> </li> <li>○ Возможность повторного обращения к врачам с опытом лечения инсульта (хотя они могут и не быть специалистами по лечению инсульта)               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Общие/семейные/врачи первичной медицинской помощи</li> <li>• Невролог</li> <li>• Нейрохирург</li> <li>• Терапевты</li> <li>• Кардиолог</li> <li>• Гериатр</li> <li>• Врач скорой помощи</li> <li>• Физиотерапевт и реабилитолог</li> <li>• Доступ к специалистам по инсульту посредством программы «Telestroke» и телерадиологии</li> <li>• Протоколы для лечения острого инсульта на основе рекомендаций по передовым методам                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Медицинская и сестринская оценка</li> <li>- Анамнез</li> <li>- Проверка функции глотания</li> <li>- Питание, гидратация</li> <li>- Функциональный статус, подвижность,</li> <li>- риск тромбоза глубоких вен</li> <li>- Уровень зависимости</li> <li>- Состояние кожи</li> <li>- Контроль над мочеиспусканием и дефекацией</li> </ul> </li> <li>• Обучение пациентов и членов семей, отработка навыков и участие в планировании ухода</li> <li>• Планирование дальнейшей маршрутизации</li> </ul> </li> <li>○ Доступ к средствам профилактики инсульта, включая аспирин, рекомендации по изменению образа жизни, регулирование артериального давления</li> <li>○ Ограниченная скоординированная помощь при инсульте, предоставляемая в географически разрозненных регионах</li> <li>○ Программы обучения по лечению инсульта для медицинских работников всех уровней</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Доступ к общественным программам по восстановлению после инсульта               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Стационарные койки для больных, проходящих реабилитацию после инсульта</li> <li>• Программы ранней выписки</li> <li>• Услуги по уходу за пациентами с инсультом на дому</li> <li>• Организованные амбулаторные реабилитационные услуги</li> <li>• Программы реабилитации после инсульта на местном/частном уровне</li> <li>• Группы поддержки пациентов и семей</li> <li>• Клиники по профилактике инсульта</li> <li>• Восстановление эргоспособности</li> </ul> </li> <li>○ Полностью скоординированная помощь больным с инсультом, предоставляемая в географически обособленных регионах               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Расширенные услуги по лечению инсульта, сконцентрированные в меньшем количестве центров</li> <li>• Протоколы обслуживания больных с инсультом, которые определяют направление пациентов с инсультом по всему региону на более высокий и более низкий уровень услуг по мере необходимости</li> <li>• Скоординированная система направлений</li> <li>• Проведение телемедицинских консультаций относительно инсульта для небольших и сельских центров в рамках руководства «Telestroke»</li> <li>• Соглашения об оказании срочной медицинской помощи в ближайшем подходящем центре</li> <li>• Соглашения о переводе пациентов обратно в их регионы</li> <li>• Образовательные печатные материалы для пациентов с инсультом</li> </ul> </li> <li>○ Программы обучения по лечению инсульта для медицинских работников всех уровней</li> <li>○ Стратегия и механизмы сбора данных               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Реестр стационарных больных с острым инсультом</li> <li>• База данных стационарных больных с острым инсультом (местная или региональная)</li> <li>• Реестр профилактики инсульта</li> <li>• База данных профилактики инсульта</li> <li>• Реестр реабилитации больных с инсультом</li> <li>• База данных реабилитации после инсульта (местная или региональная)</li> </ul> </li> </ul>

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## В. Основные рекомендации по ведению больных с инсультом



Для каждой рекомендации по передовым методам отметьте, применяется ли метод в качестве обычной практики; находится в процессе внедрения в практику; не внедрен, что означает, что услуга/ресурс может быть доступен, но в настоящее время он не является элементом ухода за больными с инсультом в вашей организации; или услуга/ресурс/оборудование недоступны в вашей организации, поэтому их невозможно реализовать.

Система здравоохранения и распознавание инсульта Основные доказательные рекомендации	Уровень медицинских возможностей по оказанию помощи больным с инсультом			Подтверждающие данные	Самостоятельная оценка
	Минимальные	Основной	Продвинутый		
1. Все пациенты с инсультом должны пройти обследование для выявления симптомов депрессии (в идеале с использованием валидизированной шкалы).		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Уровень доказательности: В	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
2. Пациенты с диагнозом депрессивного расстройства должны пройти формальную оценку, по результатам которой им следует предложить медикаментозное лечение или психотерапевтическую помощь или их сочетание.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Уровень доказательности: А	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
3.a Пациентов с инсультом необходимо обследовать на предмет изменения когнитивных функций.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Уровень доказательности: С	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
3.b Пациенты с когнитивными нарушениями должны получать когнитивную реабилитацию в зависимости от вида нарушений.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Уровень доказательности: В	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
4. Пациентам, перенесшим инсульт, а также их семьям и лицам, предоставляющим уход, следует предложить участие в расширенном планировании лечения и ухода вместе с группой специалистов по лечению инсульта.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Уровень доказательности: С	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
5. Пациентам, семьям и лицам, осуществляющим уход, следует предоставлять информацию, проводить обучение, предлагать эмоциональную поддержку и услуги социальных организаций в зависимости от их ситуации.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Уровень доказательности: А	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
6. Пациенты, семьи и лица, предоставляющие уход, должны участвовать в определении целей.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Уровень доказательности: С	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
7. Больные с инсультом, проживающие в населенном пункте, должны регулярно и постоянно наблюдаться у медицинских специалистов для оценки восстановления, предотвращения ухудшения состояния, достижения максимально возможных функциональных и психосоциальных результатов и улучшения качества жизни.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Уровень доказательности: В	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Система здравоохранения и распознавание инсульта Основные доказательные рекомендации	Уровень медицинских возможностей по оказанию помощи больным с инсультом			Подтверждающие данные	Самостоятельная оценка
	Минимальный	Основной	Продвинутый		
8. Пациенты с последствиями инсульта, у которых наблюдается изменение/снижение функционального статуса, должны пройти повторное обследование, даже если прошли месяцы после инсульта.		☑	☑	Уровень доказательности: В	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
9. Пациентов с инсультом следует регулярно обследовать на предмет утомляемости после перенесенного инсульта при обращении за медицинской помощью (например, при оказании первичной медико-санитарной помощи, ухода на дому и амбулаторного лечения) после возвращения домой и на переходных этапах.	☑	☑	☑	Уровень доказательности: С	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует
10. Пациентам, которые испытывают утомляемость после инсульта, их семьям и лицам, предоставляющим уход, следует рассказывать о стратегиях сохранения энергии и борьбы с усталостью.	☑	☑	☑	Уровень доказательности: В	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует

Какие рекомендации являются для вас наиболее приоритетными при реализации?

Каковы ваши следующие шаги в направлении разработки и внедрения этих передовых методов?

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## С. Ключевые индикаторы качества медицинской помощи для больных с инсультом



Для каждого индикатора качества укажите, собираются ли данные активно и регулярно; или процессы сбора данных для индикатора находятся на этапе разработки; или данные могут быть доступны, но в настоящее время они не собираются; или данные для этого индикатора вообще недоступны, поэтому их невозможно собрать или получить. Пожалуйста, отметьте подходящую ячейку для каждого индикатора.

Показатели эффективности	Числитель	Знаменатель	Самостоятельная оценка
<b>В. Долгосрочное восстановление после инсульта</b>			
1. Доля пациентов с документацией о последующей всесторонней проверке (например, контрольный список для пациентов, перенесших инсульт)	Количество пациентов с документированной последующей оценкой медицинским специалистом.	Все пациенты с инсультом и ТИА, выписанные живыми для проживания дома.	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
2. Процент пациентов с инсультом, у которых диагностировано депрессивное расстройство через 6 месяцев и 1 год после инсульта.	Количество пациентов с диагнозом депрессии, зарегистрированным через 6 месяцев или один год после начала рассматриваемого инсульта.	Все пациенты с инсультом и ТИА, выписанные живыми для проживания дома.	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
3. Процент пациентов с инсультом, у которых диагностировано новое когнитивное расстройство через 6 месяцев и 1 год после инсульта.	Количество пациентов, которым была проведена и документально оформлена оценка когнитивных функций через 6 месяцев или один год после начала рассматриваемого инсульта.	Все пациенты с инсультом и ТИА, выписанные живыми для проживания дома.	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
4. Процент пациентов с инсультом и семей, неспособных справиться с последствиями инсульта через 6 месяцев и один год после инсульта.	Количество пациентов с диагнозом неспособности справиться с последствиями инсульта, задокументированным через 6 месяцев или один год после начала индексного инсульта.	Все пациенты с инсультом и ТИА, выписанные живыми для проживания дома.	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
5. Документированные подтверждения последующей встречи с членом группы специалистов по лечению инсульта примерно через 6 недель после выписки.	Количество пациентов с последующим обращением по поводу инсульта или ТИА, имевшим место и задокументированным в течение 6 недель после выписки из отделения острого инсульта.	Все пациенты с инсультом и ТИА, выписанные живыми для проживания дома.	<input type="checkbox"/> Данные собраны <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Данные не собраны <input type="checkbox"/> Данные отсутствуют
6. Процент пациентов с инсультом, которые возвращаются домой после инсульта, а затем в течение 6 месяцев или 1 года нуждаются в направлении в учреждение, предоставляющее долговременный уход. (Примечание: также можно включить дни проживания дома до поступления в учреждение).	Количество пациентов, принятых в учреждение для долгосрочного ухода в течение 6 месяцев или одного года после инсульта или ТИА.	Все пациенты с инсультом и ТИА, выписанные живыми для проживания дома.	<input type="checkbox"/> Выполняется <input type="checkbox"/> В процессе развития <input type="checkbox"/> Не выполнена <input type="checkbox"/> Отсутствует

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Какие индикаторы являются для нас приоритетными?

Кто будет собирать данные?

Как будут собираться данные (в электронном, бумажном виде и т. д.)?

Как будут анализироваться данные? Когда? Как часто?

Кто получит результаты?



# ПРИЛОЖЕНИЕ 1

## МЕРЫ ПО АДАПТАЦИИ ГЛОБАЛЬНОГО РУКОВОДСТВА ПО БОРЬБЕ С ИНСУЛЬТОМ WSO ДЛЯ МЕСТНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

### Адаптация Глобального руководства по борьбе с инсультом WSO для местного использования

В Глобальном руководстве по борьбе с инсультом WSO описывается идеальное обслуживание больных с инсультом на протяжении всего континуума оказания помощи.

В этом руководстве освещены темы с наивысшим уровнем доказанной эффективности и факторы, считающиеся определяющими для системы. Мы понимаем, что пользователи Глобального руководства и плана действий по борьбе с инсультом WSO могут иметь возможность выполнить только некоторые рекомендации и/или могут принимать меры только на некоторых этапах непрерывного континуума оказания помощи в определенный момент времени (как указано в схеме выше).

Руководства по клинической практике предлагаются в качестве инструмента, способствующего внедрению полученных доказательств в клиническую практику. Исследования систем оказания помощи больным с инсультом по всему миру неоднократно показывали, что существует большой разрыв между передовыми основанными на доказательствах практиками ведения больных с инсультом и фактическим положением дел. Некоторые цели Глобального руководства по борьбе с инсультом WSO включают содействие использованию полученных данных в практической деятельности, поддержку при принятии клинических решений, определение эффективных терапевтических подходов и влияние на государственную политику (Кастнер и др., 2011 г.).

Внедрение рекомендаций по ведению больных с инсультом на местах следует проводить на основе проверенного и тщательного процесса. Комитет по Глобальному руководству по борьбе с инсультом и обеспечению качества WSO разработал структуру для оказания помощи группам в реализации Глобального руководства по борьбе с инсультом WSO на основе существующих моделей, таких как модель ADAPTE (ADAPTE Collaboration, 2009) и инструмент оценки рекомендаций AGREE (AGREE Trust, 2010 г.).

В следующей схеме описываются шаги, которые следует выполнить, когда какая-либо местная, региональная или национальная группа адаптирует Руководство по борьбе с инсультом WSO для местного использования. Затем следует более подробное описание каждого шага. По возможности предоставляются практические рекомендации для каждого шага. В этом разделе также представлены ссылки на полезные ресурсы, содержащие более подробную информацию.

В регионах с ограниченными ресурсами некоторые шаги могут быть изменены или полностью пропущены. Однако важно оценить связанные с этим преимущества и риски. Например, может быть принято решение создать небольшую рабочую группу, однако в ее состав желательно включить представителей нескольких дисциплин.

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Шаги по адаптации Глобального руководства и плана действий по борьбе с инсультом WSO для местного использования.

<p><b>Организация рабочей группы</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечить представление основных заинтересованных сторон</li> <li>• Поиск специалистов из других юрисдикций</li> </ul>
<p><b>Определение областей и тем</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Определить соответствующие этапы оказания помощи больным с инсультом</li> <li>• Выбрать основные темы, которые будут рассматриваться в вашем местном руководстве</li> </ul>
<p><b>Поиск лучших доказательств</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Изучить и выбрать руководства из стран, вносящих вклад в Глобальное руководство борьбе с инсультом WSO, в качестве основы для местного руководства</li> <li>• Изучить фактические данные, представленные в существующих глобальных руководствах</li> <li>• Выполнить поиск фактических данных для выявления дополнительной актуальной информации</li> </ul>
<p><b>Оценка и сопоставление фактических данных</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Выполнять систематический процесс оценки качества и надежности новых доказательств</li> </ul>
<p><b>Выбор рекомендаций и их модификация по мере необходимости в соответствии с местными условиями</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сформулировать рекомендации предельно ясно и лаконично</li> <li>• Включить критически важные темы для охвата рассматриваемых мер (Приложение 1)</li> <li>• Связать фактические данные с рекомендациями</li> </ul>
<p><b>Консультации и обзор внешними специалистами</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Провести обсуждения с конечными пользователями, руководителями систем и спонсорами</li> <li>• Отправить рекомендации на рассмотрение внешними специалистами, не участвовавшими в первоначальной разработке и адаптации</li> </ul>
<p><b>Распространение и внедрение</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предоставить инструменты для внедрения</li> <li>• Обеспечить обучение и профессиональную подготовку для всех лиц, участвующих в предоставлении помощи</li> </ul>
<p><b>Стратегия оценки</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Определить ключевые показатели качества для оценки внедрения и влияния на результаты лечения</li> <li>• Разработать механизм сбора данных через реестр или путем регулярного аудита</li> </ul>

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## Подробные шаги по адаптации и внедрению Глобального руководства и плана действий WSO

### 1.0 Создание рабочей группы

Руководства должны разрабатываться группой специалистов с широким спектром знаний, относящихся к теме разрабатываемого руководства. Списки таких специалистов содержатся в различных руководствах для разработчиков (см. ссылки в конце этого документа). Методы совместной работы группы могут существенно повлиять на результат процесса.

Для участия в разработке руководства по ведению больных с инсультом следует рассмотреть специалистов из следующих областей: медицина (неврология, внутренняя медицина, неотложная помощь, первичная медико-санитарная помощь, физиотерапия), сестринское дело, реабилитация (физиотерапия, эрготерапия, логопедия, инструктора ЛФК), социальная работа, психология и фармация. Другие дисциплины и руководители систем также могут иметь значение в зависимости от фазы континуума оказания помощи, включенной в руководство. В группу важно также включить больных, перенесших инсульт, и лиц, осуществляющих уход за ними.



#### **Практические рекомендации:**

- Составьте список людей, участвующих в процессе.
- Обратитесь в любую профессиональную организацию и попросите рекомендации у представителя этой профессии с опытом лечения инсульта
- Учтите все заинтересованные стороны, участвующие в лечении больных с инсультом, например, врача первичной медицинской помощи, администратора больницы и т. д.
- Количество участников группы по разработке руководства должно быть разумным (от 6 до 10 человек).
- В других регионах также есть специалисты с опытом разработки руководств по лечению инсульта. Вы можете обратиться к председателю Комитета по глобальным рекомендациям по борьбе с инсультом для направления к специалистам по разработке рекомендаций по лечению инсульта в вашей стране или регионе, если вашей группе необходимы дополнительные знания.

### 2.0 Определение объема и тем

Обычно группа должна знать, какие темы нужно включить в руководство. Группе важно согласовать рассматриваемые вопросы и темы, поскольку от этого зависит направление исследований и оценки.

Борьба с инсультом охватывает весь континуум от первичной профилактики до долгосрочного восстановления и реинтеграции в общество. В руководство можно включить несколько отдельных сегментов этого континуума или оно может быть более всеобъемлющим и включать в себя гораздо больше сегментов.



#### **Практические рекомендации:**

- Изучите существующие руководства по инсультам, определите наиболее соответствующие вашим темам и начните с их адаптации.
- Чем больше тем включено в руководство, тем больше работы требуется для его разработки.
- Группа должна понимать, какими ресурсами она располагает и каковы сроки ее работы, а также согласовать ОСНОВНЫЕ темы для включения в руководство.
- Изучите существующие руководства, чтобы узнать, какие темы обычно включаются и на какие доказательства вы можете опираться (см. Приложение 2 со списком важных тем для рассмотрения на каждом этапе оказания помощи).
- Определите ширину и глубину содержания каждой темы (уровень детализации и подробности для каждой рекомендации)
- Ссылки на существующие руководства по инсульту приведены в Приложении 1.

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## 3.0 Поиск лучших доказательств

Как и большинство исследований, качество и надежность руководства зависят от методов, используемых для сокращения любой необъективности. Поиск и оценка лучших и наиболее актуальных доказательств, возможно, является наиболее важной частью разработки руководства и требует систематического подхода.

При поиске доказательств настоятельно рекомендуется, чтобы этот процесс выполнялся при содействии специалиста по поиску литературы. На этом этапе рабочая группа должна тщательно составить вопросы, ответы на которые она хочет получить, и сформулировать темы, которые она планирует рассмотреть в руководстве. Вопросы обычно касаются влияния конкретных вмешательств и состоят из трех частей: вмешательства, популяции и результатов. Примером может служить вопрос «Каково влияние противосудорожной терапии на снижение частоты притсупов у больных с постинсультными судорогами?» В этом примере противосудорожная терапия – это вмешательство, снижение частоты постинсультных приступов – результат, а популяция – это больные с постинсультными судорогами.

Чем более конкретными будут вопросы и фразы, тем легче специалисту по поиску информации найти подходящие исследования. Поиск исследований должен включать:

- a) Изучение электронных баз данных (например, Cochrane, MEDLINE, CINAHL и EMBASE) – см. ссылки в Руководстве Канадской медицинской ассоциации, стр.14.
- b) Обращение к международным экспертам в изучаемой области и конкретных предметных областях.
- c) Ручной поиск в основных журналах и справочных списках в статьях и других руководствах, касающихся инсульта.

В результате поиска можно найти чрезвычайно большое количество исследовательских работ, особенно по таким темам, как гипертония. Необходимо определить дополнительные критерии, чтобы сузить поиск статей для подробного изучения.

### Использование существующих результатов поисков в качестве отправной точки:

Альтернативный и более простой способ поиска наилучших доказательств, особенно при ограниченных ресурсах, заключается в использовании результатов поиска, выполненного в рамках существующего руководства. Обобщенная информация о доказательствах обычно предоставляется группами по разработке руководств. Ваша группа по разработке руководства может обратиться к другой группе по разработке руководства и попросить предоставить информацию о результатах поиска или доказательствах, если она не находится в открытом доступе. В качестве альтернативы можно использовать такую обобщенную информацию, но дополнить список исследованиями, проведенными после даты последнего поиска в предыдущем списке. Такой подход значительно сокращает время, усилия и использование ресурсов без ущерба для качества.

При принятии решения об обновлении и использовании результатов поисков, выполненных для предыдущих руководств, важно, чтобы поиск, на результаты которого вы опираетесь, был выполнен надежным способом. Инструмент AGREE позволяет определить качество процесса, использованного для разработки существующего руководства.<sup>1</sup> Если вы используете несколько существующих руководств, вы можете воспользоваться инструментом AGREE, чтобы определить, для каких руководств применялся наиболее систематический процесс разработки и принять их за основу вашего собственного руководства (см. Приложение А, чтобы ознакомиться со списком существующих руководств по инсультам). Этот процесс также может помочь вам найти другие рекомендации, которые более точно соответствуют вашей популяции или имеющимся ресурсам и больше подходят для адаптации или принятия.



### Практические советы:

- При проведении поиска привлечите специалиста по работе с источниками информации с опытом работы в этой области.
- По возможности используйте существующие качественные рекомендации, чтобы определить ключевые доказательства для конкретной темы. По возможности свяжитесь с предыдущими разработчиками для получения дополнительной информации и обмена ресурсами.
- При наличии обновленного руководства можно выполнить поиск исследований, опубликованных после даты его выхода, или просто использовать существующую информацию и сэкономить время, необходимое для поиска другой информации.
- Независимо от подхода необходимо приложить определенные усилия для сбора информации о новых исследованиях, которые могут существенно повлиять на содержание и направление рекомендаций. Это снизит риск того, что руководство окажется устаревшим еще до его завершения и реализации.
- Всегда старайтесь находить и использовать доказательства самого высокого уровня (систематические обзоры). Если они существуют, то необходимость искать дополнительные доказательства отсутствует.
- Составьте список критериев включения для целенаправленного и разумного поиска.

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## 4.0 Оценка и сопоставление доказательств

После сбора основной литературы рабочая группа должна изучить представленные в ней доказательства и обобщить выводы по каждой теме. Как и при поиске доказательств, настоятельно рекомендуется использовать систематический подход для оценки доказательств. Рабочая группа должна с самого начала согласовать подход к оценке доказательств и составлению рекомендаций. Члены группы должны быть знакомы и иметь определенную подготовку в отношении выбранной системы классификации. Большинство разработчиков руководств по инсультам используют процесс, аналогичный описанному в Шотландской межуниверситетской сети рекомендаций (SIGN) – см. ссылку на справочник руководства SIGN в разделе ресурсов.

В нескольких базах данных также имеется обобщенная информация о доказательствах по отдельным темам. Некоторые примеры включают:

[www.effectivestrokecare.org](http://www.effectivestrokecare.org)  
[www.strokengine.org](http://www.strokengine.org)  
[www.ebrsr.com](http://www.ebrsr.com)



### **Практические советы:**

- Для упрощения сопоставления доказательств по конкретным темам можно использовать сводную информацию по доказательствам из существующих руководств.
- По возможности используйте имеющиеся оценки доказательств и обобщенную информацию о ресурсах.
- Различные группы по разработке руководств могут классифицировать доказательства по-разному. Выберите свой предпочтительный метод и используйте последовательный подход к оценке доказательств для всех исследований, которые ваша группа рассматривает или включает в руководство.

## 5.0 Выбор рекомендаций и их модификация в зависимости от местных условий.

После сбора и обобщения доказательств, рабочая группа должна тщательно подготовить рекомендации по каждой теме. По возможности рекомендации должны быть как можно более четкими, и между рекомендациями и доказательствами должна прослеживаться ясная связь. Также полезно провести оценку надежности рекомендаций, и для этого во многих странах используются различные системы (более подробная информация об этом представлена в различных справочниках).

Исследования показывают, что формальный процесс формирования выводов/рекомендаций лучше, чем неформальный процесс достижения консенсуса (т. е. он снижает вероятность предвзятого мнения одного или двух членов группы). Два распространенных подхода к достижению формального консенсуса – это метод номинальной группы и дельфийский метод. Более подробная информация об этих подходах представлена в ресурсах по разработке руководств.

- Если для определения и обобщения доказательств использовались существующие руководства, то согласно подходу ADAPTE<sup>2</sup> вы можете:
- принять руководство и рекомендации целиком;
- принять только обобщенные доказательства и составить собственные рекомендации;
- принять только некоторые рекомендации;
- модифицировать конкретные рекомендации.

Вам необходимо ссылаться на источники и используемый метод. При адаптации существующего руководства важно и полезно связаться с группой по разработке такого руководства, чтобы получить разрешение на его использование и обсудить любые изменения в фактических рекомендациях (для того, чтобы убедиться в применимости доказательств в местных условиях), а также получить полезные рекомендации специалистов с опытом разработки руководств.

2. ADAPTE: инструкции по адаптации руководства. ADAPTE Group; 2007 г. <http://www.adapte.org>

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ



## **Практические рекомендации:**

- Каждая рекомендация должна быть четкой, краткой и охватывать только одну тему, действие или вмешательство.
- Избегайте двусмысленности.
- Включите рекомендации о том, чего не следует делать (например, процедура xx НЕ рекомендуется).
- Предпочтительно включить краткий обзор доказательств и рекомендаций по каждой теме.
- Свяжите рекомендации с конкретными доказательствами (по возможности укажите тип или уровень доказательства и надежность рекомендаций).
- Если это возможно и уместно, используйте в рекомендациях формулировки, соответствующие формулировкам рекомендаций, связанным с инсультом, которые сделаны группами по другим болезням в вашей юрисдикции (таким как группа по диабету, группа по гипертензии и местные руководства по первичной профилактике)
- Включение предлагаемых показателей эффективности также может стимулировать пользователей руководства контролировать свою приверженность рекомендациям.
- Четкая отчетность о выполненных действиях повышает прозрачность и доверие к руководству.
- Предоставляйте рекомендации с сопроводительной документацией, включая обоснование, последствия для системы, показатели эффективности и краткий обзор доказательств.

## 6.0 Консультации и обзор внешними специалистами

Важно узнать мнение всех лиц, которые будут пользоваться руководством (клиницисты, администраторы, профессиональные сообщества и т. д.) до окончательной публикации руководства. Это поможет улучшить процесс составления рекомендаций, привлечь к участию заинтересованных лиц и повысить заинтересованность во внедрении рекомендаций. Это также обеспечит содержательную валидность и даст возможность определить потенциальные спорные вопросы до публикации, для того чтобы группа по разработке руководства была готова реагировать на эти потенциальные проблемы. Важно систематически анализировать все мнения и регистрировать обобщенные данные об окончательных изменениях в отчете о процессе. После проведения всех консультаций и выполнения обновлений окончательный документ может быть направлен соответствующим органам здравоохранения и профессиональным сообществам для одобрения. Доказано, что одобрение со стороны заинтересованных лиц способствует принятию и выполнению руководства.



## **Практические рекомендации:**

- Консультируйтесь как можно с более широким кругом лиц. Таким образом вы оповестите их о том, что руководство разрабатывается и скоро будет доступно. Кроме того, вы убедитесь, что не исключили случайно из процесса основные профессиональные группы.
- Прозрачность процесса обзора внешними специалистами также повышает доверие к процессу разработки руководства.
- Обратитесь за консультацией к лицам, которые непосредственно не участвовали в процессе разработки, даже если другие члены их коллегиальной группы или профессионального сообщества официально участвовали в этом процессе.
- Во время процесса полезно как можно раньше связаться с соответствующими административными органами и профессиональными организациями. У властей могут быть требования, которые необходимо учитывать в процессе разработки.
- Публичное признание таких одобрений и включение их в руководство может способствовать лучшему восприятию и готовности следовать данному руководству.

## 7.0 Распространение и реализация

После составления руководства следует распространить его среди максимально широкой аудитории. Стратегию распространения следует разработать и внедрить сразу же после публичного выпуска руководства. Необходимо создать основной список всех заинтересованных сторон, а также механизм распространения руководства среди этих заинтересованных сторон

Часто организации создают пакет для распространения, который может включать обзор документа и обзорные слайды в дополнение к полному документу, в которых кратко представлено содержание руководства. Электронные копии любого ресурса следует распространить среди всех соответствующих организаций и сетей медицинских работников. Вы можете опубликовать краткий обзор руководства в соответствующем журнале.



# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Разработка руководства еще не означает его широкого использования, и большинство стратегий по внедрению руководств в лучшем случае дают лишь скромные результаты. Одновременно с разработкой руководства необходимо разрабатывать план его внедрения, который нужно осуществить как можно скорее. Руководства следует внедрять наряду с другими стратегиями, направленными на поощрение их использования, такими как профессиональное образование, аудит, обратная связь и по возможности аккредитация. Задача состоит в использовании системного подхода для связи руководства со сбором качественных данных, эффективной многопрофильной реализацией и механизмом оценки. Вы можете перенять опыт у других стран, которые регулярно разрабатывают и используют руководства.

Стратегии содействия внедрению руководящих принципов обсуждаются во многих существующих инструкциях по руководствам (например, см. стр. 45 руководства SIGN) и в справочном разделе этого руководства.



### **Практические рекомендации:**

- Используйте связи и сети вашей рабочей группы для распространения и продвижения рекомендаций.
- Подумайте о стратегиях внедрения на ранних этапах разработки, так как это поможет вам лучше сформулировать рекомендации и улучшить их восприятие.

## 8.0 Оценка

Оценка качества оказания помощи больным с инсультом является важным компонентом при планировании и внедрении. Сбор основных данных по ведению больных с инсультом и результатам лечения пациентов на систематической основе позволяет постоянно улучшать предоставление помощи и дает информацию для разработки коммерческих и информационно-пропагандистских материалов для расширения и дальнейшего развития услуг и ресурсов для больных с инсультом. Цель информации, содержащейся в этом руководстве, состоит в том, чтобы повысить согласованность и стандартизировать оценку эффективности оказания помощи больным с инсультом, а также обеспечить сопоставление между группами и разработку проверенных контрольных показателей для соответствующих групп экспертов в одной области.



### **Практические рекомендации:**

Сотрудничайте со специалистами по анализу данных и аудиту для разработки соответствующих процессов проверки и обратной связи. Они могут быть очень простыми или более сложными.

*one voice*  
One World Voice for Stroke



# ПРИЛОЖЕНИЕ 2

**ОСНОВНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРЫХ  
ИНСУЛЬТОВ**

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Оценка качества предоставляемой помощи больным с инсультом является важным компонентом любой организованной системы оказания помощи независимо от ее масштаба. На раннем этапе процесса планирования необходимо рассмотреть вопрос об оценке, чтобы предусмотреть механизмы сбора данных в рамках предоставления услуг для больных с инсультом и плана реализации руководящих принципов.

В рамках Глобального руководства и плана действий по борьбе с инсультом WSO выбраны коды Международной классификации болезней для определения соответствующих случаев инсульта в целях включения в стратегию оценки эффективности услуг (см. таблицу ниже). Затем был определен базовый набор показателей эффективности в рамках составления ключевых рекомендаций по передовым методам. Эти ключевые показатели качества оказания помощи больным с инсультом представлены в данном стратегическом плане для повышения концентрации, согласованности и стандартизации оценки услуг для больных с инсультом в разных юрисдикциях. Предполагается, что со временем эта информация может быть использована для разработки глобальных эталонных показателей для оказания услуг больным с инсультом на минимальном, основном и расширенном уровне услуг и для содействия усилиям по улучшению услуг путем принятия обоснованных решений и системного планирования.

Чтобы разработать эффективные индикаторы качества для стратегии оценки на местном уровне, необходимо рассмотреть несколько элементов:

- Дать определение инсульта
- Определить критерии включения и исключения для интересующей целевой популяции пациентов (тип инсульта, возраст, пол, обстановка, этап лечения и т. д.)
- Определить ключевые показатели качества услуг для больных с инсультом из списка WSO ниже и добавить дополнительные индикаторы, чтобы в достаточной степени охватить предоставляемые услуги и отчетность
- Определить требуемые элементы данных и методы сбора всех необходимых элементов для расчета показателей качества
- Разработать методологию сбора и хранения данных (кто будет записывать данные, когда, где, как и для каких пациентов)
- Определить сроки сбора данных, анализа и отчетности
- Определить структуру и формат отчетности (по возможности следует рассмотреть интерактивные отчеты)
- Разработать план информирования о результатах анализа данных всех поставщиков услуг, лиц, принимающих решения, и пациентов

На местном уровне специалисты, оказывающие помощь больным с инсультом и/или группы специалистов по инсульту должны проводить обсуждения с местными сотрудниками по сбору медицинских данных и отчетности и сообщать о методах кодирования всех случаев инсульта для обеспечения оптимального качества, полноты и точности данных.

## Определения качества

**Стандарты оказания помощи:** являются основой для сравнения при оценке возможностей, качества, содержания или степени конкретной деятельности. В отсутствие доказательств стандарты могут разрабатываться на основе экспертных заключений. Стандарты можно рассматривать как основные профессиональные требования к медицинскому обслуживанию; они обычно определяются в рамках политик, процедур и документах по стандартной практике. Стандарты оказания помощи определяют минимально приемлемые характеристики качественной медицинской помощи.

В них предусматриваются принципы управления деятельностью на основе убедительных научных данных и сотрудничества между медицинскими специалистами, участвующими в лечении данного заболевания. В стандартах оказания помощи описывается уровень, который должен обеспечивать среднестатистический поставщик услуг в конкретном регионе и как специалисты с аналогичной квалификацией могли бы предоставлять помощь пациентам при тех же или подобных обстоятельствах.

**Индикатор качества:** Объективная мера качества медицинских услуг, разработанная для проведения самостоятельной оценки и улучшения качества на уровне поставщиков услуг, больниц или систем (целевая группа по оценке эффективности деятельности Американской кардиологической ассоциации/Американского кардиологического колледжа (ACC/ANA)).

**Эталонный показатель:** уровень эффективности, который признан стандартом передовых методов для конкретного вида помощи или исхода лечения и используется для сравнения между группами. Контрольные показатели представляют собой стандартные значения, посредством которых можно измерить, сравнить или оценить определенную деятельность. Контрольные показатели можно разработать с помощью нескольких методов, в том числе метода изучения проверенных исследований и статистики; выявления наиболее эффективных исполнителей; и анализа предыдущей деятельности собственной организации.

**Цель:** уровень эффективности, который организация стремится достичь в течение определенного периода времени. Обычно она находится между текущим фактическим уровнем эффективности и эталоном, но она может равняться эталону или превышать его. Целевые значения учитывают ресурсы и ограничения, связанные с соблюдением стандарта оказания помощи.

**Пороговое значение:** минимально допустимый уровень эффективности. Показатели эффективности, которые не соответствуют пороговому значению, считаются низкими, и в их отношении необходимо принять корректирующие меры.

*\*\* Показатели эффективности за рамками порогового значения, т. е. выше или ниже него в зависимости от специфики измеряемого показателя, считаются плохими показателями*

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## Идентификационные коды острого инсульта, обновление за 2016 г.\*

Группа	Основная категория острого инсульта	МКБ-9	коды МКБ-10 (в. 2015 г.)
<p><b>«Острый инсульт» – Обновленные определения случаев, август 2016 г.</b></p> <p>• все перечисленные ниже категории инсульта обозначены как «основной диагноз» в базе данных выписных эпикризов (DAD) или как «основная проблема» в Национальной системе отчетности по амбулаторным услугам (NACRS) могут включаться в когорты острого инсульта для расчета ключевых показателей качества в связи с инсультами Фонда HSF, если только не указано иное<sup>i</sup></p> <p>включение кодов инсульта, указанных в DAD как Тип диагноза 1, Тип 2, Тип 3, Тип W, X или Y или в NACRS как «другая проблема», будет зависеть от объема и цели показателей эффективности или анализа – в этих случаях необходимо четко сформулировать и объяснить характеристики анализа для обеспечения необходимой обобщаемости и сопоставимости.</p>			
a.	Субарахноидальное кровоизлияние	430	I60 (включая все подкоды)
b.	Внутричерепное кровоизлияние	431	I61 (включая все подкоды)
c.	Церебральный инфаркт (ишемический инсульт)	433	I63 (включая все подкоды)
d.	Инсульт не уточненный как кровоизлияние или инфаркт	434	I64 <sup>iii</sup>
e.	Окклюзия центральной артерии сетчатки (ишемический инсульт)	436	H34.1
f.	Транзиторные ишемические атаки и связанные с ними синдромы (ишемический инсульт)	435	G45 <sup>iv</sup> (кроме подкода G45.4)
g.	Транзиторная окклюзия артерии сетчатки (ишемический инсульт)		H34.0
<p>Следующие коды для <u>этиологии тромбоза вен головного мозга</u> можно включить или исключить при отборе случаев в рамках определения острого инсульта в зависимости от цели и популяции, представляющей интерес для анализа.</p>			
i.	Инфаркт мозга, вызванный тромбозом вен мозга, непиогенный		I63.6
j.	Непиогенный тромбоз внутричерепной венозной системы	437.6	I67.6
k.	Внутричерепной флебит и тромбофлебит	325	G08
<p>Следующие Z-коды (DAD) могут быть указаны как основной диагноз (MRDx, DAD) и должны быть включены в рамках определения острого инсульта при наличии сопутствующего диагностического кода острого инсульта, указанного как «другой диагноз» с диагнозом Типа 1, Типа 2, Типа 3 или Типа W, X или Y.</p>			
l.	Медицинская помощь с использованием реабилитационных процедур	-	Z50 (кроме подкодов Z50.2, Z50.3, Z50.4)
m.	Другая медицинская помощь: Паллиативная помощь	-	Z51.5 <sup>vi, vii</sup>
n.	Выздоровление после другого лечения	-	Z54.8
o.	Выздоровление после неуточненного лечения	-	Z54.9

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## ПРИМЕЧАНИЯ относительно выбора кода острого инсульта:

i	<p>Большинство показателей эффективности в <b>основном сосредоточены</b> на пациентах с геморрагическим или ишемическим инсультом или ТИА, которые находятся дома и поступают в больницу по поводу инсульта. Бывают случаи, когда у пациента, уже находящегося в больнице по другой медицинской причине, случается инсульт. Включение или исключение случаев госпитального инсульта будет зависеть от цели анализа и целевой популяции</p>
ii	<p>Состояния из категории <b>I62</b>. Другое нетравматическое внутримозговое кровоизлияние не считается острым инсультом и поэтому не должны включаться в случаи острого инсульта, идентификацию когорты или анализ данных об острых инсультах.</p>
iii	<p><b>I64</b> не следует регулярно использовать для кодирования случаев инсульта. I64 следует указывать только тогда, когда:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Диагностическая визуализация еще не выполнена (пациент умер или переведен в другое место)</li> <li>• Результаты диагностической визуализации неоднозначны</li> <li>• Пациент переведен в другое место, и в данных о переводе не указан тип инсульта</li> </ul> <p>Клиницисты должны стараться определить тип инсульта и указать тип инсульта как геморрагический или ишемический для кодировщиков медицинской документации. Кодировщики медицинской документации должны проанализировать выписные эпикризы, отчеты о консультациях и заключения по соответствующим диагностическим визуализациям для получения информации о типе инсульта.</p>
iv	<p>При расчете <b>показателей смертности</b> от инсульта следует исключить ТИА или указать ее как отдельную категорию, а не в сочетании с кодами острого инсульта.</p>
v	<p><b>Особые случаи – Реабилитация:</b> При лечении острого инсульта, включая реабилитационную помощь, существуют случаи, когда Z-код МКБ10 для реабилитационной помощи может соответствовать определению основного диагноза в зависимости от местного метода кодирования. При необходимости эти случаи следует включать в когорту острого инсульта. Группы специалистов по лечению инсульта должны провести обсуждения с местными группами по медицинской отчетности и договориться о кодировании случаев инсульта, чтобы обеспечить оптимальное качество данных, их полноту и точность.</p>
vi	<p><b>Особые случаи – Паллиативная помощь:</b> Если во время лечения у пациентов с острым инсультом присутствует компонент паллиативной помощи в том же учреждении из-за тяжести инсульта и/или других клинических характеристик, можно указать код МКБ10 Z51.5 «Паллиативная помощь», если случай пациента соответствует местному определению паллиативной помощи. При необходимости эти случаи следует включать в когорту острого инсульта.</p>
vii	<p><b>Показатели смертности</b> для пациентов, подходящих под определение паллиативной помощи и получающих услуги паллиативной помощи, выше, чем показатели общей смертности от инсульта без паллиативной помощи. Следовательно:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• При расчете общей смертности от инсульта в случаях, когда Z51.5 «Паллиативная помощь» является основным диагнозом (MRDx), а инсульт указан как вторичный диагноз, включение в когорту инсульта будет зависеть от объема и цели запланированного анализа.</li> </ul> <p>При расчете показателей смертности от инсульта у пациентов, получавших активное лечение, в качестве показателя эффективности оказания помощи, необходимо <b>ИСКЛЮЧИТЬ</b> случаи, когда Z51.5 «Паллиативная помощь» является основным диагнозом (MRDx) и инсульт указан как дополнительный код диагноза, а больные не получают активного лечения или ухода по поводу острого инсульта (например, очень тяжелые пациенты с инсультом, принимаемые непосредственно для паллиативной помощи без активного лечения острого инсульта).</p>

### Источники:

Руководство фонда Heart and Stroke Foundation of Canada по качеству лечения инсульта в Канаде – ключевые показатели качества и определения случаев, 2016 г. ([www.strokebestpractices.ca](http://www.strokebestpractices.ca)); и Валерий Фейгин и др. Глобальные проблемы определения случаев инсульта (Lancet 2015;385(9963):117-171. Веб-страница 280).

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## Выбор коды обследований для больных с инсультом\*

Обследования больных с инсультом	Коды вмешательства по МКБ9	Код вмешательства (в. 2015 г.) (по МКБ10)
Компьютерная томография	87.03	3AN20 Мозг 3ER20 Голова
МРТ	88.91	3AN40 Мозг 3ER40 Голова
Рентгенограмма грудной клетки	87.39, 87.44, 87.49	3GY10
ЭКГ в 12 отведениях	89,52	2HZ24.JA-KE
Длительный кардиологический мониторинг (с использованием петлевого регистратора или вживляемого кардиомонитора)	-	2.HZ.24.GP-XJ (Катетеризация сердца)  2.HZ.24.HA-XJ (Подкожно)
Холтеровский монитор		2.HZ.24.JA-KH
Допплерография сонных артерий.	88.71	3JE30
Допплерография сосудов нижних конечностей	88.77	3KG30
Эхокардиограмма (2D)  Эхокардиограмма (чреспищеводная)	88.72	3IP30
Введение tPA	99.10	1ZZ35HAC1 (IV) 1JW35HAC1 (IA)
Хирургическое вмешательство – каротидная эндартерэктомия	50.12	1JE.57.LA

# СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

## Идентификационные коды острого инсульта, обновление за 2016 г.\*

Обследования или процедуры, связанные с инсультом	Описание кода вмешательства	Код вмешательства (в. 2015 г.) (по МКБ10)
<b>Введение альтеплазы (tPA)</b>		
Введение альтеплазы (tPA) - Внутривенно	Фармакотерапия, системная, чрескожный доступ [внутримышечный, внутривенный, подкожный, внутрикожный] с использованием тромболитического средства.	1.ZZ.35.HA.1C
Введение альтеплазы (tPA) - Внутриаартериально	Фармакотерапия (местная), <u>инъекции</u> тромболитического препарата во внутречерепные сосуды	1.JW.35.HA.1C
<p><i>Следующее подмножество исследований и процедур должно последовательно обозначаться для пациентов с острым инсультом, проходящих экстренные эндоваскулярные вмешательства по поводу окклюзий крупных сосудов. Выявлены значительные расхождения кодирования этой относительно новой процедуры. Если ваша организация выполняет экстренные эндоваскулярные процедуры по поводу окклюзий крупных сосудов, вам следует разработать политику или протокол по передовым методам для последовательного кодирования всех процедур с использованием наиболее подходящего кода из приведенных ниже.*</i></p>		
<b>Церебральная эндоваскулярная тромбэктомия (стент-ретривер)*</b>	Экстракция из сонной артерии с использованием чрескожного транслюминального доступа. Включает механическую тромбэктомию.	1.JE.57-GQ-^^
	Экстракция из внутречерепных сосудов с использованием чрескожного транслюминального подхода и устройства не классифицированная в других рубриках. Включает механическую тромбэктомию.	1.JW.57.GP-GX
	Экстракция из других сосудов головы, шеи и позвоночника не классифицированная в других рубриках с использованием чрескожного транслюминального подхода и устройства не классифицированного в других рубриках.	1.JX.57.GP-GX
<b>Церебральная эндоваскулярная дилатация</b>	Дилатация внутречерепных сосудов с использованием чрескожного транслюминального подхода и устройства не классифицированная в других рубриках. Исключение: с экстракцией (см. 1.JW.57.GP-GX)	1.JW.50.GP-^^
	Дилатация других сосудов головы, шеи и позвоночника не классифицированная в других рубриках с использованием чрескожного транслюминального доступа. Исключение: с экстракцией (см. 1.JX.57.GP-GX)	1.JX.50.GP-^^
	Дилатация сонной артерии с использованием чрескожного транслюминального артериального доступа. Исключение: с экстракцией (например, эндартерэктомия) (см. 1.JE.57.GQ-^^)	1.JE.50.GQ-^^
<b>Каротидная эндоваскулярная дилатация и стентирование</b>	Дилатация сонной артерии с использованием чрескожного транслюминального доступа с баллонным расширителем (эндоваскулярным) и стентом (установка)	1.JE.50.GQ-OA

**Источники:**

Руководство фонда Heart and Stroke Foundation of Canada по качеству лечения инсульта в Канаде – ключевые показатели качества и определения случаев, 2016 г. ([www.strokebestpractices.ca](http://www.strokebestpractices.ca))

# О Всемирной организации по борьбе с инсультом

**НАША КОНЦЕПЦИЯ: ЖИЗНЬ БЕЗ ИНСУЛЬТА.**

## НАША ЗАДАЧА:

Задача Всемирной организации по борьбе с инсультом состоит в сокращении глобальных последствий инсульта путем профилактики, лечения и долгосрочного ухода. Наша работа направлена на уменьшение воздействия инсульта на больных, их семьи и общество. Члены нашей организации участвуют в мероприятиях по повышению осведомленности о риске инсульта и улучшению качества помощи. Мы считаем, что сокращение бремени инсульта во всем мире поможет оздоровить население земного шара.

## Корпоративные партнеры

Кампания по повышению осведомленности об инсульте World Stroke Campaign проведена благодаря щедрому финансированию ее корпоративных партнеров.

**ПЛАТИНОВЫЙ-ПЛЮС ПАРТНЕР-СПОНСОР**

---

**Medtronic**

**ПЛАТИНОВЫЙ ПАРТНЕР-СПОНСОР**

---



**ЗОЛОТОЙ ПАРТНЕР-СПОНСОР**

---



**Bristol-Myers Squibb**  
Together we can prevail®



**Boehringer  
Ingelheim**



**БРОНЗОВЫЙ ПАРТНЕР-СПОНСОР**

---



Мария Граппер  
Исполнительный директор  
Всемирная организация по борьбе с инсультом  
7, rue Francois Versonnex  
PO Box 6053  
CH 1211 Geneva 6, Switzerland  
Электронная почта: mgrupper@kenes.com

[www.world-stroke.org](http://www.world-stroke.org)