



МИНІСТЭРСТВА  
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ  
РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ

МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**ЗАГАД**

24.08.2022 № 1100

г. Мінск

**ПРИКАЗ**

г. Минск

**О порядке оказания медицинской  
помощи в межрайонном центре**

На основании подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденным постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, в целях обеспечения доступности и повышения качества оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи пациентам,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:

Инструкцию о порядке оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом в межрайонном центре (прилагается);

Инструкцию о порядке оказания медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения в межрайонном центре (прилагается).

2. Директору государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр «Кардиология» Митьковской Н.Н., директору государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии» Сидоровичу Р.Р.:

2.1. обеспечить оказание организационно-методической помощи главным управлениям по здравоохранению областных исполнительных комитетов, организациям здравоохранения, в которых функционирует межрайонный центр по организации специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи (далее – межрайонный центр);

2.2. доработать формы ведомственной статистической отчетности с учетом организации оказания медицинской помощи в межрайонных центрах и представить их в главное управление организации медицинской помощи Министерства здравоохранения в срок не позднее 1 декабря 2022 г.;

2.3. провести анализ эффективности работы межрайонных центров по итогам работы за 2022 год и представить информацию с выводами и

предложениями по дальнейшему совершенствованию работы межрайонных центров в главное управление организации медицинской помощи Министерства здравоохранения в срок не позднее 1 февраля 2023 г.

3. Начальникам главных управлений по здравоохранению областных исполнительных комитетов:

3.1. разработать и согласовать в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии» Дорожную карту по оказанию медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и с острым нарушением мозгового кровообращения с учетом создания межрайонных центров;

3.2. организовать и обеспечить работу межрайонных центров в организациях здравоохранения в соответствии с настоящим приказом.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя Министра Кроткову Е.Н.

Министр



Д.Л.Пиневич

УТВЕРЖДЕНО  
Приказ  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
*24.08.2022 № 1100*

Инструкция о порядке оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом в межрайонном центре

1. Настоящая Инструкция определяет порядок оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом (далее – ОКС) в межрайонном центре.

2. Медицинским работником при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

осуществляются диагностические и лечебные мероприятия в соответствии с клиническим протоколом «Диагностика и лечение инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии», утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 июня 2017 г. № 59;

устанавливается наличие (отсутствие) медицинских показаний для госпитализации;

вызывается бригада скорой медицинской помощи (далее – бригада СМП) (при необходимости).

3. Бригада СМП оказывает медицинскую помощь в соответствии с клиническим протоколом диагностики и лечения инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии, утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 июня 2017 г. № 59 и оформляет чек-лист пациента с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST на ЭКГ по форме согласно приложению 1 (далее – чек-лист пациента с ОКС).

4. Тромболитическая терапия на догоспитальном этапе выполняется в случаях, когда при предполагаемом развитии ОКС с подъемом сегмента ST ожидаемое время от первичного медицинского контакта (далее – ПМК) до поступления пациента в межрайонный центр превышает 60 минут. Необходимым условием для выполнения тромболитической терапии на догоспитальном этапе пациенту с ОКС является оснащенность бригады аппаратами ЭКГ и дефибрилляторами с автономным питанием.

5. Транспортировка пациентов с ОКС, имеющих стабильную гемодинамику, проводится бригадой СМП, которая осуществила ПМК с пациентом. Вызов дополнительной бригады СМП допускается в

случаях нестабильной гемодинамики, препятствующей немедленной транспортировке пациента, а также при развитии на фоне ОКС жизнеугрожающих нарушений сердечного ритма и проводимости, требующих экстренной медицинской помощи.

6. Бригада СМП информирует дежурного врача приемного отделения межрайонного центра о предполагаемом времени прибытия пациента.

7. Дежурный врач приемного отделения межрайонного центра вызывает врача-анестезиолога-реаниматолога, врача-рентгено-эндоваскулярного хирурга, врача-кардиолога для встречи бригады СМП.

8. Бригада врачей в составе врача-анестезиолога-реаниматолога, врача-рентгено-эндоваскулярного хирурга, дежурного врача приемного отделения, врача-кардиолога принимает решение о назначении необходимых диагностических и лечебных рентгенэндоваскулярных вмешательств (далее – РЭВ), в том числе о проведении экстренной коронароangiографии и дальнейшей реваскуляризации.

9. Врач-рентгено-эндоваскулярный хирург продолжает оформление переданного бригадой СМП чек-листа пациента с ОКС, а врач-кардиолог после окончания РЭВ завершает его заполнение.

10. При поступлении пациента с кардиогенным шоком или его развитием во время выполнения РЭВ рассматривается возможность установки системы экстракорпоральной мембранный оксигенации/внутриаортальной баллонной контргульсации (ЭКМО/ВАБК).

11. После выполнения всех диагностических и лечебных РЭВ пациенты с ОКС с подъемом сегмента ST переводятся для дальнейшего лечения в отделение анестезиологии и реанимации.

Пациенты с ОКС без подъема сегмента ST после проведения РЭВ, в зависимости от тяжести состояния, могут быть переведены в блок (палату) интенсивной терапии кардиологического (инфарктного) отделения или отделение анестезиологии и реанимации.

12. Через 24 часа после проведения РЭВ показано определение чувствительности к компонентам двойной антитромбоцитарной терапии. При отсутствии необходимого эффекта принимается решение о коррекции лекарственной терапии.

13. Пациенты с ОКС с подъемом сегмента ST, которые отказались от проведения РЭВ или имеют медицинские противопоказания к проведению данного вида хирургического вмешательства; пациенты с ОКС без подъема сегмента ST при отсутствии медицинских показаний к экстренной интервенционной стратегии по шкале GRACE 2.0 госпитализируются в кардиологическое отделение (при наличии

медицинских показаний – в отделение анестезиологии и реанимации или блок (палату) интенсивной терапии кардиологического отделения) для определения дальнейшей тактики лечения.

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

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

15. Медицинское наблюдение и лечение пациента с ОКС в амбулаторных условиях осуществляется врачом-кардиологом (врачом общей практики) в организации здравоохранения по месту жительства (месту пребывания) пациента.

16. Оценка эффективности работы межрайонного центра осуществляется по критериям эффективности оказания медицинской помощи пациентам с ОКС согласно приложению 2.

Приложение 1  
к Инструкции о порядке  
оказания медицинской  
помощи пациентам с  
острым коронарным  
синдромом в межрайонном  
центре

Форма

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

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

	инфаркт-связанной артерии <sup>4</sup>		
11.	Время от постановки диагноза до проведения проводника в дистальные отделы инфаркт-связанной артерии <sup>4</sup>	Указывается время	
12.	Время окончания РЭВ <sup>4</sup>	Указывается время	
13.	Суммарная продолжительность проведения коронароangiографии, РЭВ в межрайонном центре <sup>4</sup>	Указывается время от начала коронароangiографии, РЭВ до окончания манипуляции	

<sup>1</sup>Заполняются бригадой СМП;

<sup>2</sup>Заполняется бригадой СМП, если тромболизис начат бригадой СМП, если тромболизис начат в отделении реанимации или интенсивной терапии, врачом, проводившим тромболитическую терапию;

<sup>3</sup>Заполняются в отделении анестезиологии и реанимации;

<sup>4</sup>Заполняются врачом рентгено-эндоваскулярным хирургом, проводившим РЭВ.

**Приложение 2**  
к Инструкции о порядке  
оказания медицинской  
помощи пациентам с  
острым коронарным  
синдромом в межрайонном  
центре

**Критерии эффективности оказания  
медицинской помощи пациентам с  
ОКС**

**1. Амбулаторный этап:**

1.1. удельный вес пациентов с ОКС, которым оказана медицинская помощь в соответствии с клиническим протоколом диагностики и лечения инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии, утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 июня 2017 г. № 59; целевой уровень: более 95%.

$$\frac{\text{Кол} - \text{во пациентов с ОКС, которым оказана мед. помощь по клин. протоколам}}{\text{Общее кол} - \text{во пациентов с ОКС, которым оказана мед. помощь}} \times 100\%$$

**2. Этап СМП:**

2.1. своевременность обращения пациентов за медицинской помощью в период до 30 минут от начала интенсивного болевого синдрома (индикатор качества профилактической работы); целевой уровень: более 70%;

$$\frac{\text{Кол} - \text{во пациентов с ОКС, обратившихся за мед. помощью в течение 30 мин.}}{\text{Общее кол} - \text{во пациентов с ОКС, обратившихся за мед. помощью}} \times 100\%$$

2.2. время от ПМК до начала тромболитической терапии (оценка выполняется в случаях проведения тромболитической терапии); целевой уровень: не более 30 минут;

2.3. удельный вес пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСnST), доставленных в межрайонный центр для проведения РЭВ в течение 60 минут с момента ПМК; целевой уровень: более 50% (не учитываются случаи во время поломки либоостоя ангиографического оборудования по причине отсутствия расходного инструментария);

$$\frac{\text{Кол} - \text{во пациентов с ОКСnST доставленных в течении 60 мин. от ПМК для РЭВ}}{\text{Общее кол} - \text{во доставленных пациентов с ОКСnST от ПМК для РЭВ}} \times 100\%$$

2.4. использование технологии телемедицинской передачи ЭКГ; целевой уровень: не менее 95% от всех выездов фельдшерских бригад (ФБ) СМП по поводу ОКС с подъемом сегмента ST;

$$\frac{\text{Кол -- во телемедицинских передач ЭКГ с выездов ФБ по поводу ОКСнST}}{\text{Общее количество выездов ФБ по поводу ОКСнST}} \times 100\%$$

### 3. Стационарный этап:

3.1. удельный вес пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, подвергшихся РЭВ, в течение первых 90 минут с момента ПМК; целевой уровень: более 70%;

$$\frac{\text{Кол -- во пациентов с ОКСнST, кот. выполнено РЭВ в течение 90 мин. от ПМК}}{\text{Общее кол -- во пациентов с ОКСнST с выполненным РЭВ}} \times 100\%$$

3.2. уровень летальности, в том числе в трудоспособном возрасте, при остром инфаркте миокарда (всего, крупноочаговый инфаркт миокарда, повторный инфаркт миокарда).

### 4. Региональные показатели:

уровень смертности от инфаркта миокарда за календарный год (всего и в трудоспособном возрасте);

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

удельный вес пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, которым было выполнено РЭВ; целевой уровень: более 75%;

$$\frac{\text{Кол -- во пациентов с ОКСнST с выполненным РЭВ}}{\text{Общее кол -- во пациентов с ОКСнST, поступивших в стационар}} \times 100\%$$

удельный вес пациентов трудоспособного возраста (ТВ), перенесших острый/повторный инфаркт миокарда (О/ПИМ), прошедших реабилитацию в стационарных условиях; целевой уровень: 90%.

$$\frac{\text{Кол -- во пациентов ТВ, перенесших О/ПИМ, пропедвших реаб. в стационарных условиях}}{\text{Общее кол -- во пациентов ТВ перенесших О/ПИМ}} \times 100$$

УТВЕРЖДЕНО  
Приказ  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
*24.08.2022 № 1100*

Инструкция о порядке оказания медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения в межрайонном центре

1. Настоящая Инструкция устанавливает порядок оказания медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения (далее – ОНМК) в межрайонном центре.

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

осуществляет диагностические и лечебные мероприятия в соответствии с клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями нервной системы (взрослое население)», утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 января 2018 г. № 8;

устанавливает наличие (отсутствие) медицинских показаний для госпитализации;

вызывает бригаду скорой медицинской помощи (далее – бригада СМП) (при необходимости).

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

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

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

В случае угнетения сознания до комы и (или) если время от начала заболевания до прогнозируемого времени доставки пациента в

межрайонный центр составляет более 4,5 часов пациент транспортируется в ближайшую больничную организацию, имеющую возможность проведения нейровизуализации и оказания медицинской помощи пациентам с подозрением на ОНМК.

6. Бригада СМП при транспортировке пациента с подозрением на ОНМК в межрайонный центр или ближайшую больничную организацию:

информирует дежурного врача приемного отделения о предполагаемом времени прибытия пациента;

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

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

8. Пациентам с ОНМК по ишемическому типу, госпитализированным в первые 6 часов от начала заболевания, врач-рентгенолог/врач лучевой диагностики проводит оценку данных нейровизуализации с расчетом баллов по шкале ASPECTS, по форме согласно приложению 1, и оценку степени повреждения головного мозга, включая оценку коллатерального кровотока. При оценке 6 баллов и более врач-рентгенолог/врач лучевой диагностики выполняет исследование сосудов головного мозга (КТ-ангиография (от дуги аорты) или МР-ангиография).

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

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

Рекомендуется придерживаться следующей последовательности:

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

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

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

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

10. Врач-рентгено-эндоваскулярный хирург оценивает соответствие пациента существующим критериям отбора для проведения РЭХВ:

время от начала ОНМК не более 6 часов;

тромботическая окклюзия внутренней сонной артерии;

тромботическая окклюзия сегменты M1 (средней мозговой артерии);

тромботическая окклюзия сегменты M2 (средней мозговой артерии) при наличии технической возможности;

тромботическая окклюзия сегмент A1 (передней мозговой артерии) при наличии технической возможности.

Начало РЭХВ не должно быть отсрочено ожиданием эффекта от ТЛТ.

11. Бригадой врачей с участием врача-невролога, врача-рентгено-эндоваскулярного хирурга и врача-анестезиолога-реаниматолога принимается решение о проведении внутрисосудистой тромбэктомии.

12. Врач-рентгено-эндоваскулярный хирург по результатам выполненного РЭХВ проводит оценку (ангиографическую оценку восстановления кровотока) по шкале TICI, по форме согласно приложению 2, отражает результаты оценки по шкале TICI и время реперфузии в протоколе хирургического вмешательства.

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

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

14. Врачебный консилиум принимает решение о возможности хирургического лечения пациентов с ОНМК в соответствии с клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов (взрослое

население) с заболеваниями нейрохирургического профиля в стационарных условиях», утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 октября 2021 г. № 117.

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

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

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

17. Оценка эффективности работы межрайонного центра осуществляется по критериям эффективности оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК согласно приложению 3.

Приложение 1  
к Инструкции о порядке  
оказания медицинской  
помощи пациентам с  
острым нарушением  
мозгового кровообращения  
в межрайонном центре

### **ШКАЛА**

оценки ранних признаков инфаркта головного мозга для врачей-рентгенологов (шкала ASPECTS)

Шкала ASPECTS является 10-балльной топографической КТ-шкалой, применяемой у пациентов с ишемическим инсультом в бассейне средней мозговой артерии.

Территория кровоснабжения средней мозговой артерии на двух аксиальных срезах (один на уровне таламуса и базальных ганглиев, другой – ростральнее сразу над базальными ганглиями) делится на 10 участков.

За каждый участок, имеющий признаки ранних ишемических изменений (гиподенсивность), вычитается один балл. Значение «0 баллов» означает диффузное поражение всей территории кровоснабжения средней мозговой артерии. При отсутствии изменений значение шкалы составляет «10 баллов».

Оцениваемые участки:

C – хвостатое ядро (Cauda);

L – чечевицеобразное ядро (Lentiform nucleus);

IC – внутренняя капсула (Internal capsule);

I – островковая долька (Insular cortex);

M1 – «передняя кора СМА» или «оперкулярная зона»;

M2 – «средняя кора СМА» или «передне-височная зона»;

M3 – «задняя кора СМА»;

M4 – «передняя верхняя территория СМА»;

M5 – «средняя верхняя территория СМА»;

M6 – «задняя верхняя территория СМА».

Участки M1-M3 находятся на уровне базальных ганглиев, участки M4-M6 – на уровне желудочков непосредственно над базальными ганглиями).

**Приложение 2**  
**к Инструкции о порядке**  
**оказания медицинской**  
**помощи пациентам с**  
**острым нарушением**  
**мозгового кровообращения**  
**в межрайонном центре**

**ШКАЛА TICI**

Используется для ангиографической оценки состояния церебрального кровотока после проведения РЭХВ:

0 – отсутствие перфузии;

1 – антеградная реперфузия дистальнее места первоначальной окклюзии с ограниченным заполнением дистальных ветвей с небольшой или медленной дистальной реперфузией (полная или почти полная окклюзия);

2а – антеградная реперфузия менее чем половины ранее ишемизированной территории окклюзированной целевой артерии (одной из крупной ветви СМА и ее территории);

2в – антеградная реперфузия более чем половины ранее ишемизированной территории окклюзированной целевой артерии (двух крупных ветвей СМА и ее территории);

3 – полное антеградная реперфузия ранее ишемизированной территории окклюзированной целевой артерии с отсутствием визуализированной окклюзии во всех дистальных ветвях.

**Приложение 3**  
**к Инструкции о порядке**  
**оказания медицинской**  
**помощи пациентам с**  
**острым нарушением**  
**мозгового кровообращения**  
**в межрайонном центре**

**Критерии эффективности  
оказания медицинской  
помощи пациентам с ОНМК**

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

число пациентов с ОНМК, к которым была вызвана бригада СМП в сроки до 3 часов от начала заболевания, к числу всех пациентов с ОНМК, доставленных в больничную организацию бригадами СМП; целевой уровень – 70% и более.

2. Этап СМП:

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

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

целевой уровень –100%;

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

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

целевой уровень – 100%.

3. Стационарный этап:

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

число пациентов с ОНМК, которым проведено КТ или МРТ головного мозга в течение первого часа от момента поступления в

межрайонный центр, к числу всех пациентов с ОНМК, поступивших в межрайонный центр;

целевой уровень – 100%;

3.2 проведение ТЛГ или РЭХВ при инфаркте головного мозга:

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

целевой уровень – 7%;

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

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

целевой уровень – 18%;

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

целевой уровень – 18%;

3.4 удельный вес пациентов с ОНМК, прошедших стационарный этап реабилитации:

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

целевой уровень – 80%.