

ОРГАНИЗАЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Ажиева З.Б.

**К.м.н., заведующий отделением подстанции №1 города Нукус
Каракалпакского филиала РЦСМП**

Все возрастающая заболеваемость цереброваскулярными заболеваниями, принимающая в последнее десятилетие эпидемический характер и высокая летальность от мозгового инсульта привлекает все большее внимание ученых, практических врачей и организаторов здравоохранения. В последнее время его распространение происходит исключительно быстро, все чаще поражая более молодых людей, унося много жизней и снижая эпидемическую продуктивность (Верещагин Н.В., Варакин Ю. Я., 1996).

В нашей стране исследования с использованием программы «Регистр острого мозгового инсульта» единичны. В г. Нукусе установление частоты и особенностей заболеваемости острым мозговым инсультом и оценка качества оказания помощи представляется важной, так как от этого зависит в определенной мере планирование органами здравоохранения средств, необходимых для организации медицинской помощи больным острым мозговым инсультом.

Регистр мозговых инсультов проводили сплошным методом. Регистрации подлежали все новые и повторные случаи мозгового инсульта, развившиеся в период наблюдения у постоянных жителей г Нукуса, а также все случаи смерти от МИ. Подлежали обследованию больные в возрасте старше 20 лет.

Информация о случаях ОНМК или подозрении на его возникновение, случаях смерти от МИ получали от врачей станции скорой помощи,

поликлиник №№ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10 и стационаров Республиканской больницы №1 им. У.Халмуратова (РБ №1), Республиканской больницы №2 (РБ №2), Республиканского кардиологического центра (РКЦ), Республиканского научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП), от патологоанатомов из Республиканской централизованной патологоанатомической лаборатории (РЦПАЛ) и судебно-медицинских экспертов (СМЭ). Полнота получаемой информации контролировалась путем проверки данных учета госпитализации, проверок врачебных заключений о смерти, данных ВТЭК и учетных данных ВОП. Полноту получаемой информации о летальных случаях МИ контролировали проверкой записей в бюро ЗАГСа.

Больным находившемся на стационарном лечении диагноз ставился на основании жалоб больного, анамнеза, общесоматического и неврологического осмотра, по данным клинических, параклинических и биохимических исследований, в частности исследованиям ЭЭГ, Допплерографии, Эхо-ЭГ, коагулограммы, определению содержания холестерина и β -липопротеидов в крови по общепринятой методике.

Для оценки качества оказания помощи больным мозговым инсультом на догоспитальном этапе, мы разбили на 3 временных интервала: время от начала заболевания до обращения или вызова врача, отражающее медицинскую грамотность населения; время от поступления вызова до прибытия врача (в основном имеется в виду скорая медицинская помощь), отражающее организацию неотложной медицинской помощи; время от осмотра врача до госпитализации, отражающее организованность и врачебную квалификацию, а также состояние медицинской помощи.

Было выявлено, что в первый час заболевания к врачам обратились всего 3 (0,4±0,2%) больных. Наибольшее количество больных 613 (72,7±1,5%) обратилось к врачу в течение первых шести часов от начала

инсульта, а в течение суток – 83 (9,8±1,0%). К сожалению, были больные, которые обратились за медицинской помощью позже первых суток – 144 (17,1%): до 3 суток – 108 (12,8±1,2%); до 7 суток – 21 (2,5±0,5%); более 7 суток – 15 (1,8±0,5%).

На время обращения за медицинской помощью существенное влияние оказывал характер мозгового инсульта: при субарахноидальном кровоизлиянии 100% больных обращались в первые 6 часа заболевания, при кровоизлиянии в мозг – 89,5%, а при ишемическом – только 27,4%.

В результате анализа данных о системе медицинской помощи больным с ОНМК выявлено, что у большинства больных инсульт развился дома 886 (79,82%). У 73 (6,58%) больных инсульт развился на улице, у 59 (5,32%) – на работе, в больнице – у 33 (2,97%), где они получали лечение по поводу того или иного заболевания, в поликлинике – у 8 (0,72%), в прочих местах – у 51 (4,59%) больных.

В г.Нукус у большинства больных инсультом 815 (73,4%) первый медицинский осмотр произведен врачом скорой медицинской помощи (СМП). По данным нашего исследования в 195 (17,6%) случаях больные были осмотрены участковым терапевтом (ВОП), неврологом осмотрены лишь 43 (3,87%) больных. Исследования показали, что фельдшером СМП осмотрены 8 (0,72%) больных, прочими (врачом медицинского пункта, медицинской сестрой, врачом санатория, врачом амбулатории, фельдшером, врачами разного профиля) – 49 (4,41%) больных.

По нашим данным большинство больных обращаются в скорую медицинскую помощь утром с 6 до 12 часов – 35,0% и вечером с 18 до 24 часов – 29,2%, меньше всего ночью с 1 до 6 часов 7,8%. В поликлинику также обращаются больше утром с 6 до 12 часов – 46,8% больных. Это логично, так как приступ острого мозгового инсульта чаще наступает с 6 до 12 часов.

Интерес представляло изучение влияния факторов сезонности на частоту возникновения мозгового инсульта. Таким образом, основная частота возникновения ОНМК по кварталам по убывающей приходится: на II ой квартал 309 случая (27,8 %), I ый 282 (25,4%) и IV ый квартал 266 (23,9%) случаев. Самый низкий показатель был в летние месяцы III квартал 253 (22,8%). Основной пик заболеваемости 108 (9,7%) и 107 (9,6%) пришелся на март-апрель-месяцы с превалированием ишемического инсульта. Наиболее высокий процент заболеваемости отмечался в декабре, марте, апреле и мае – относительно низкие показатели в октябре и ноябре месяцах.

При анализе показателей летальности было выявлено, что среди умерших до госпитализации (254 случая) у 207 человек (81,5%) смерть наступила до прибытия врача скорой помощи или врача поликлиники, у 28 (11%) – в присутствии медицинского работника. Оказалось, что до возникновения острого мозгового инсульта 69 больных (27,2%) из числа умерших дома обращались за медицинской помощью к врачу в связи с появлением клинической недостаточности.

Достационарная летальность превысила стационарную в 7,8 раз. Имела тенденция к незначительному уменьшению общей летальности с 36,2% в первом году, до 31,8% во втором году, с понижением до 17,9% в третьем году. Такое соотношение отмечалось и другими исследователями.

Больничная летальность при МИ, приводимая большинством авторами составляет 15-20% [3]. Только при учете достационарных случаев смертей и общей летальности можно говорить о снижении летальности. Естественно, если много больных умерло до стационара, стационарная летальность будет невысокой.

Причины данного явления следует искать в изменении методов организации медицинской помощи, а именно тем, что больные ОМИ

госпитализируются в первые часы заболевания, что имеет особое значение для больных, с особо тяжелыми формами заболевания.

Результаты проводимых санитарно-просветительных мероприятий среди населения, а также госпитализируются и тех больных, которые раньше считались нетранспортабельными и которых лечили дома, свидетельствуют о большей эффективности этих мероприятий.

Использованная литература

1. З.Б. Ажиева. Некоторые показатели смертности и летальности от острого мозгового инсульта по регистру г. Нукус // Сборник тезисов НПК «Вегетативные расстройства в клинике нервных и внутренних болезней-2009», Москва, 2-3 ноября. –С. 6.
2. З.Б.Ажиева, А.Б. Ажиев, Т.К. Туремуратов. Некоторые показатели острых нарушений мозгового кровообращения по регистру г.Нукус // РНПК «Современные проблемы психиатрии и неврологии». Андижан, 2009. –С. 30-32.
3. М.М.Асадуллаев, З.Б. Ажиева. Прогнозирование инсульта в регионе Приаралья по основным факторам риска (методическая рекомендация). Типография НГПИ-Нукус, 2010 г. 22 с.
4. Ажиева З.Б. Прогнозирование инсульта в регионе Приаралья по основным факторам риска // Врач-аспирант-Воронеж , 2010.- № 6.4(43)- с.475-482.
5. Axmatovich J. R. In vitro rearing of trichogramma (Hymenoptera: Trichogrammatidae) //European science review. – 2016. – №. 9-10. – С. 11-13.
6. Jumaev R. A. et al. The technology of rearing Braconidae in vitro in biolaboratory //European Science Review. – 2017. – №. 3-4. – С. 3-5.
7. Жумаев Р. А. Массовое размножение трихограммы на яйцах хлопковой совки в условиях биологической лаборатории и ее применение в агробиоценозах //Халқаро

- илмий-амалий конференция “Ўзбекистон мева-сабзавот маҳсулотларининг устунлиги” мақолалар тўплами. Тошкент. – 2016. – С. 193-196.
8. Жумаев Р. А. Значение представителей семейства BRACONIDAE в регулировании численности совок в агробиоценозах //ЎзМУ Хабарлари. – 2017. – Т. 3. – №. 1.
 9. Жумаев Р. А. РАЗМНОЖЕНИЯ ИН ВИТРО ВАСОН НАВЕТОР САУ И BRACON GREENI ASHMEAD //Актуальные проблемы современной науки. – 2017. – №. 3. – С. 215-218.
 10. Axmatovich J. R. In Vitro Rearing of Parasitoids (Hymenoptera: Trichogrammatidae and Braconidae) //Texas Journal of Agriculture and Biological Sciences. – 2022. – Т. 4. – С. 33-37.
 11. Suleymanov B. A., Jumaev R. A., Abduvosiqova L. A. Lepidoptera Found In Cabbage Agrobiocenosis The Dominant Types Of Representatives Of The Category Are Bioecology //The American Journal of Agriculture and Biomedical Engineering. – 2021. – Т. 3. – №. 06. – С. 125-134.