

ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В г. ФЕРГАНА

Хабибуллаева Н. Х. кизи

Научный руководитель: ассистент Маматалиева Жанона Алимжановна
Ферганский Медицинский Институт Общественного Здоровья

Контактная информация: Хабибуллаева Наргиза Хамидулло кизи — студент 1 курса Фармацевтического
факультета 1, E-mail: janona1990.uz@mail.ru

Ключевые слова: неврологическая помощь, этапы неврологической помощи

Актуальность исследования: сосудистая патология мозга считается одной из самых важных проблем в неврологии, ишемический инсульт занимает третье место среди заболеваний, приводящих к летальному исходу после онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний и часто приводит к инвалидности лиц молодого и среднего возраста.

Цель исследования: проанализировать состояние оказания скорой помощи больным с сосудистыми заболеваниями головного мозга в г. Фергана.

Материалы и методы: в г. Фергана неотложная неврологическая помощь оказывается по графику тремя неврологическими отделениями муниципальных учреждений здравоохранения. Все отделения входят в состав многопрофильных больниц. Из них только две больницы оснащены компьютерным томографом. Всего в городе около 65 неврологических коек. Обеспеченность составляет 4,7 на 10 тыс. населения. В каждом отделении выделены койки для оказания помощи при неотложных состояниях (в основном по 2-4 койки). В основе схемы оказания помощи лежит принцип раннего поэтапного начала лечения: приемный покой — реанимационное отделение — палаты интенсивной терапии — неврологические койки.

Результаты: в 2019 г. было госпитализировано 13702 больных (с неврологической патологией). Из них 1311 больных с цереброваскулярной патологией (из них 134 — с инсультами). В структуре инсультов ишемический инсульт являлся преобладающим (до 80%). Соотношение церебральных инфарктов и кровоизлияний составляло 3 : 1. Больные с транзиторными ишемическими атаками не учитывались. Возрастного ценза при госпитализации больных с цереброваскулярной патологией нет. Противопоказанием является только агонирующее состояние. Из общественных мест больные доставляются в стационары, как правило, в течение первых 45 мин. В течение первых 6 ч госпитализируются 15—25% всех больных. В первые 3 суток госпитализируются 55,7% больных. Выводы: исходя из вышеуказанных данных, в настоящее время можно условно выделить три экономически мало затратные задачи для снижения числа последствий инсультов: с целью раннего обращения за помощью — распространение знаний о первых симптомах инсульта среди жителей города; для ранней диагностики — проведение школ-семинаров для врачей и фельдшеров скорой медицинской помощи; для раннего проведения дифференцированной терапии — организация круглосуточной работы компьютерного томографа в дежурные дни.

Литература

1. Инсульт. Ишемический инсульт. Профилактика и лечение инсульта. Реабилитация после инсульта. Микроинсульт . www.proinsult.ru. Архивировано 4 января 2012 года.
2. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 (англ.) // The Lancet. — London, England: Elsevier, 2015-08-22. — Vol. 386, iss. 9995. — P. 743—800. — ISSN 0140-6736. — doi:10.1016/S0140-6736(15)60692-4.