

Список литературы

1. Профилактика вирусного гепатита С : санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.3112-13 : утв. постановлением № 58 Гл. гос. санитар. врача Рос. Федерации 22 окт. 2013 года.
2. Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами : санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.958-00 : утв. Гл. гос. санитар. врачом Рос. Федерации 1.02.2000.
3. Профилактика ВИЧ-инфекции : санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.5.2826-10 : утв. постановлением № 1 Гл. гос. санитар. врача Рос. Федерации 11.01.2011.
4. Профилактика ВИЧ-инфекции в государственных судебно-медицинских экспертных учреждениях : метод. рекомендации : утв. гл. внештат. специалистом по судеб.-мед. экспертизе Минздрава России А. В. Ковалевым 20 марта 2013 года : письмо № 14-1/10/2-2018 М-ва здравоохранения Рос. Федерации 22.03.2013.
5. Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг : санитарные правила СП 2.1.3678-20 : утв. постановлением № 44 Гл. гос. санитар. врача Рос. Федерации 24.12.2020.
6. Балаян, М. С. Вирусные гепатиты: энциклопедический словарь / М. С. Балаян, М. И. Михайлов. – М. : Амипресс, 1999. – 304 с.
7. Воробьев, И. А. Российская энциклопедия по охране труда / И. А. Воробьев. – М., 2007. – Т. 1: А – К. – 440 с.
8. Нозокомальная передача гемоконтактных инфекций. – М., 2007. – 68 с.
9. Руководство по инфекционному контролю в стационаре / под ред. Р. Венцеля, Т. Бревера, Ж.-П. Бутцлера. – Смоленск : МАКМАХ, 2003. – 272 с.
10. Храпунова, И. А. Состояние внутрибольничной инфекционной заболеваемости медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях Москвы / И. А. Храпунова // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2002. – № 2. – С. 20–23.

DOI: 10.33454/1728-1261-2021-4-37-42

УДК 616.1-083.98-053.8(571.620)

Неотложные состояния при болезнях системы кровообращения взрослого населения Хабаровского края: состояние и тенденции

Часть 3. Острые нарушения мозгового кровообращения

К. П. Топалов¹, Т. В. Зайцева², Т. Г. Трембач³

¹ КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел.: +7 (4212) 72-87-37; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

² КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. проф. С. И. Сергеева МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел.: +7 (4212) 39-05-72; e-mail: kkb1@dvmc.khv.ru

³ КГКУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» МЗ ХК, 680000, г. Хабаровск, ул. Истомина, 51; тел.: +7 (4212) 91-01-90; e-mail: tsp@miac.medkhv.ru

Emergencies in diseases of the circulatory system in the adult population of the Khabarovsk Territory: the current status and trends

Part 3. Acute disorders of cerebral circulation

К. P. Topalov¹, T. V. Zaitseva², T. G. Trembach³

¹ Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 9 Krasnodarskaya Street, Khabarovsk, Russia; zip code: 680009; phone +7 (4212) 72-87-37; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

² Khabarovsk Krai Clinical Hospital No.1 named after professor S.I. Sergeev under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 9 Krasnodarskaya Street, Khabarovsk, Russia; zip code: 680009; phone +7 (4212) 39-05-72; e-mail: kkb1@dvmc.khv.ru

³ Medical Information and Analytical Center under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 51 Istomin Street, Khabarovsk, Russia; zip code: 680000; phone: +7 (4212) 91-01-90; e-mail: tsp@miac.medkhv.ru

Изучены показатели заболеваемости взрослого населения Хабаровского края болезнями системы кровообращения и смертность от них в 2002–2019 гг. Особое внимание уделено неотложной патологии – острому коронарному синдрому и острым нарушениям мозгового кровообращения. Установлено, что острый коронарный синдром и острые нарушения мозгового кровообращения в крае составляют около 75–85 % всех впервые выявленных заболеваний системы кровообращения – ишемической болезни сердца, цереброваскулярных заболеваний; они дают до 32 % летальных исходов от болезней системы кровообращения.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, смертность населения от болезней системы кровообращения, острый коронарный синдром, острые нарушения мозгового кровообращения.

The indicators of morbidity of the adult population of the Khabarovsk Krai with diseases of the circulatory system and mortality from them in 2002–2019 have been studied. Special attention is paid to urgent pathology – acute coronary syndrome and acute disorders of cerebral circulation. It was found that acute coronary syndrome and acute disorders of cerebral circulation in the region account for about 75–85% of all newly diagnosed diseases of the circulatory system – ischemic heart disease, cerebrovascular diseases; they give up to 32% of deaths from diseases of the circulatory system.

Key words: diseases of the circulatory system, mortality of the population from diseases of the circulatory system, acute coronary syndrome, acute disorders of cerebral circulation.

Развитие неотложных состояний при сосудистых заболеваниях мозга тесно связано с реактивностью и адаптивностью организма в целом и сосудистой системы мозга в частности.

Риск развития ОНМК возникает при «определённом» образе жизни, наличии других патологических состояний, называемых факторами риска. Среди факторов риска ОНМК различают неконтролируемые (неуправляемые) (возраст, пол, расовые и наследственные) предпосылки и те, которые можно контролировать (артериальная гипертензия (АГ), нарушения сердечного ритма и проводимости, инфаркт миокарда, сахарный диабет, курение, злоупотребление алкоголем, острые респираторные вирусные инфекции, высокий общий холестерин крови, ожирение). Кроме того, повышают риск возникновения ОНМК метеорологические, гелиоприродные и геофизические факторы окружающей среды.

Главной причиной острых нарушений мозгового кровообращения остается ишемия, нарушение проходимости того или иного мозгового сосуда, связанное, как правило, с тромбозом артерии [1]. Тромб отрывается либо с поверхности измененной атеросклерозом сонной артерии, либо из ушка левого предсердия.

Главной причиной острых нарушений мозгового кровообращения остается ишемия, нарушение проходимости того или иного мозгового сосуда, связанное, как правило, с тромбозом артерии [1]. Тромб отрывается либо с поверхности измененной атеросклерозом сонной артерии, либо из ушка левого предсердия.

Согласно национальному стандарту РФ ГОСТ Р 52600.5-2008, в группу ОНМК включены: переходящие транзиторные церебральные ишемические приступы (атаки) и родственные синдромы (G45), субарахноидальное кровоизлияние (I60), внутримозговое и другое внутричерепное кровоизлияние (I61, I62), инфаркт мозга (I63) и инсульт, не уточненный, как кровоизлияние или инфаркт (I64) [1].

Не вызывает сомнений идентичность патофизиологических механизмов ишемических инсультов (ИИ) и транзиторных ишемических атак (ТИА), что предопределяет схожесть основных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при данных нозологиях. Транзиторная ишемическая атака является кратковременным эпизодом неврологического дефицита, вызванного очаговой ишемией головного мозга, спинного мозга или сетчатки глаза с клиническими симптомами, длящимися менее 24 часов [3, 5].

Проведенный анализ распространенности острых нарушений мозгового кровообращения среди взрослых жителей РФ, ДФО

и ХК свидетельствует, что в среднем за 2010–2019 гг. общая заболеваемость взрослого населения ОНМК в РФ, ДФО и ХК составила 429,2±0,19, 381,9±0,77 и 339,9±1,77 случая на 100 тыс. соответственно. На протяжении изучаемого периода распространенность ОНМК среди взрослого населения РФ, ДФО и ХК оказалась следующей: ежегодные темпы прироста составили 1,27, 3,32 и 1,15 % соответственно.

Так, распространенность ОНМК среди взрослого населения РФ выросла на 8,2 %, с 412,3±0,265 в 2010–2014 гг. до 446,1±0,276 случая на 100 тыс. в 2015–2019 годах. В ДФО распространенность ОНМК среди взрослого населения увеличилась на 15,8 %, с 354,6±1,036 до 410,5±1,133 случая на 100 000 населения (рис. 6).

Несмотря на ежегодные темпы прироста общей заболеваемости взрослого населения края ОНМК их распространенность в крае снизилась на 1,58 %, с 342,8±2,50 в 2010–2014 гг. до 337,4±2,52 случая на 100 тысяч в 2015–2019 годах (рис. 6).

Подобные закономерности сохраняются и в отношении первичной заболеваемости ОНМК среди взрослых жителей РФ, ДФО и ХК (рис. 7).

На 11,7 % возросла первичная заболеваемость взрослого населения РФ ОНМК, с 369,7±0,251 случая в 2010–2014 гг. до 413,1±0,265 случая на 100 тыс. соответствующего населения. В ДФО первичная заболеваемость взрослого населения ОНМК увеличилась на 15,8 %, с 354,6±1,036 до 410,5±1,133 случая на 100 тыс. человек. В ХК первичная заболеваемость взрослого населения ОНМК в эти сроки снизилась незначительно, а именно на 1,46 %, с 315,3±2,39 до 310,7±2,42 случая

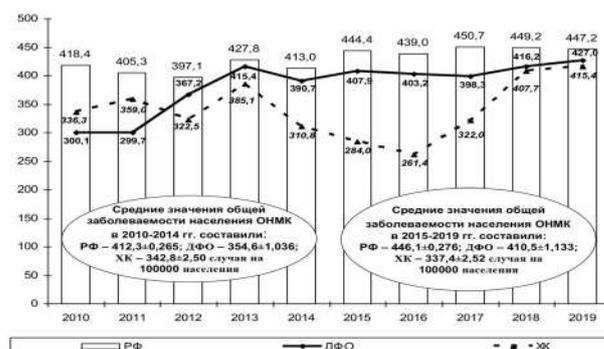


Рис. 6. Распространенность острых нарушений мозгового кровообращения среди взрослого населения РФ, ДФО и ХК (на 100 000 населения)

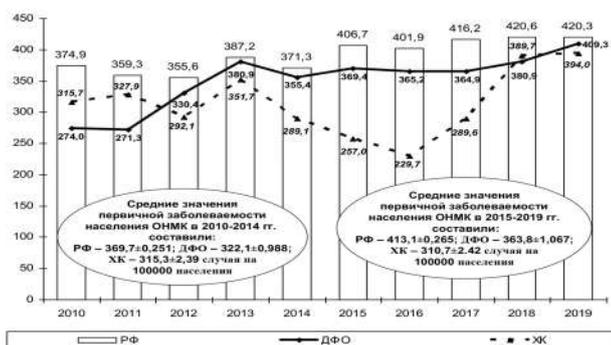


Рис. 7. Первичная заболеваемость взрослого населения РФ, ДФО и Хабаровского края острыми нарушениями мозгового кровообращения (на 100 000 человек)



Рис. 9. Смертность взрослого населения Хабаровского края от острых нарушений мозгового кровообращения в зависимости от территории проживания (на 100 000 населения)

на 100 тыс. Имеет значение рост числа госпитализаций по поводу ОНМК среди лиц старше трудоспособного возраста [4].

Смертность взрослого населения ХК от ОНМК снизилась за 18 лет почти в 1,5 раза. Так, в 2002–2007 гг. смертность взрослого населения края от ОНМК составляла $141,8 \pm 1,31$ случая; в 2014–2019 годах этот показатель был равен $80,8 \pm 1,04$ случая на 100 тыс. (рис. 8).

Удельный вес умерших жителей края старше 18 лет от ОНМК увеличился в когорте умерших взрослых больных от цереброваскулярных заболеваний за изучаемый период на 1,48 % ($t=2,01$; $p<0,05$), с $66,44 \pm 0,316$ до $67,42 \pm 0,375$ %.

Изучение показателей смертности населения края в динамике свидетельствует о существенной разнице между Хабаровском, Комсомольском-на-Амуре и прочими районами Хабаровского края. Оказалось, что в Хабаровске наблюдается более высокая смертность населения от ОНМК, чем в Комсомольске-на-Амуре и прочих муниципальных образованиях (рис. 9).

Вместе с тем, средняя заболеваемость населения Хабаровска ОНМК за 2010–2019 годы оказались существенно ниже ($209,5 \pm 2,0$ случая на 100 тыс.), чем в Комсомольске-на-Амуре ($414,1 \pm 4,5$) и прочих районах края ($398,7 \pm 3,3$). В Комсомольске-на-Амуре заболеваемость на-

селения ОНМК достоверно выше ($t=2,8$; $p<0,05$), чем в районах края. Краевой показатель заболеваемости населения ОНМК в среднем за 2010–2019 годы составил $314 \pm 1,7$ случая на 100 тыс. населения.

В течение 2009–2020 гг. в крае госпитальная заболеваемость взрослого населения ЦВЗ, включая транзиторные ишемические атаки, в среднем составила $976,4 \pm 2,74$ случая на 100 тыс. соответствующего населения, из них на ОНМК приходится $542,6 \pm 2,04$ случая. Удельный вес пролеченных больных ОНМК в общей когорте получивших лечение по поводу ЦВЗ составил 55,6 %.

В динамике по периодам наблюдается снижение удельного веса взрослых больных ОНМК в когорте больных ЦВЗ с $55,6 \pm 0,240$ до $51,5 \pm 0,224$ % в 2017–2020 годах (табл. 3). Особенно высокие цифры этого показателя отмечены в региональном сосудистом центре (ККБ № 2) на уровне 82,9–84,9 % и в первичном сосудистом отделении ГБ № 7 г. Комсомольска-на-Амуре – 83,3–90,0 % соответственно. В первичном сосудистом отделении ККБ № 1 эти показатели оставались на одном уровне – 56,5–56,2 % соответственно (табл. 3).

С открытием сосудистых центров в крае снизилась госпитальная летальность взрослого населения от ОНМК на 11,6 %, с $24,1 \pm 0,342$ до $21,3 \pm 0,184$ %, несмотря на то, что в 2017–2020 гг. по сравнению с 2013–2016 годами достоверно ($t=4,08$; $p<0,001$) увеличилась летальность с $20,5 \pm 0,261$ до $22,0 \pm 0,259$ %. В региональном сосудистом центре и в ПСО ГБ № 7 показатели госпитальной летальности взрослого населения от ОНМК оказались выше, чем в ПСО ККБ № 1 (табл. 3).

Удельный вес умерших взрослых пациентов от ОНМК в общей когорте умерших лиц, старше 18 лет, от ЦВЗ достаточно высок; в среднем он достигает почти 95 %.

Более половины взрослых больных ОНМК поступает в стационары в первые сутки от

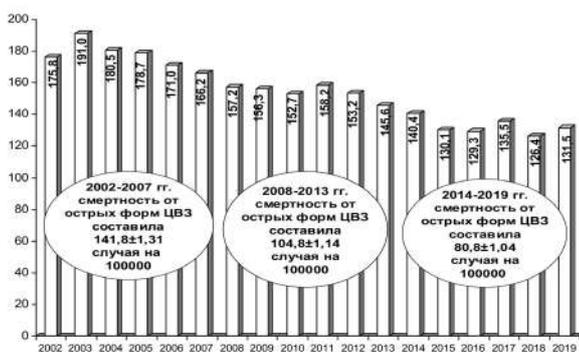


Рис. 8. Смертность взрослого населения Хабаровского края от острых нарушений мозгового кровообращения (на 100 000 населения)

Таблица 3

Основные показатели неврологической помощи населению края при ОНМК

Показатели	Хаб. край	ККБ № 2	ККБ № 1	ГБ № 7	Прочие МО края
Пролечено больных с ЦВЗ					
2009–2012 годы	33351	8832	2485	3410	18624
2013–2016 годы	43039	11662	4182	4364	22831
2017–2020 годы	49754	13813	4226	5842	25873
Пролечено больных с ОНМК					
2009–2012 годы	20538	8082	1354	2496	8606
2013–2016 годы	23925	9662	2364	3635	8190
2017–2020 годы	25640	11731	2373	5257	6279
Из общего числа больных ЦВЗ удельный вес больных с ОНМК (в %)					
2009–2012 годы	61,6±0,266	91,5±0,297	54,5±0,999	73,2±0,759	46,2±0,365
2013–2016 годы	55,6±0,240	82,9±0,349	56,5±0,767	83,3±0,565	36,2±0,318
2017–2020 годы	51,5±0,224	84,9±0,304	56,2±0,763	90,0±0,393	24,3±0,267
Из общего числа пролеченных больных с ОНМК умерло					
2009–2012 годы	4943	2245	178	746	1774
2013–2016 годы	4902	2136	269	956	1541
2017–2020 годы	5632	2947	348	1215	1122
Госпитальная летальность от ОНМК (в %)					
2009–2012 годы	24,1±0,342	27,8±0,585	13,1±0,980	29,9±1,090	20,6±0,489
2013–2016 годы	20,5±0,261	22,1±0,422	11,4±0,653	26,3±0,730	18,6±0,428
2017–2020 годы	22,0±0,259	25,1±0,400	14,7±0,726	23,1±0,581	17,9±0,483
Удельный вес умерших от ОНМК среди умерших от ЦВЗ (в %)					
2009–2012 годы	97,0±0,240	99,6±0,140	95,2±1,565	90,6±1,015	96,8±0,409
2013–2016 годы	95,4±0,291	97,9±0,304	98,2±0,809	95,3±0,667	91,8±0,668
2017–2020 годы	89,0±0,393	91,9±0,482	98,3±0,686	96,0±0,548	74,8±1,121
Удельный вес больных ОНМК, поступивших в первые сутки					
2009–2012 годы	48,5±0,349	50,5±0,556	38,2±1,320	25,4±0,872	54,9±0,536
2013–2016 годы	55,6±0,322	59,5±0,499	33,2±0,969	51,3±0,829	59,2±0,543
2017–2020 годы	55,4±0,310	53,0±0,461	38,2±0,997	72,7±0,613	52,0±0,630
Удельный вес больных ОНМК, поступивших в первые 6 часов и получивших ТЛТ					
2009–2012 годы	12,3±0,458	1,4±0,289	0	19,1±1,909	18,9±0,741
2013–2016 годы	5,1±0,294	4,7±0,560	0	7,0±0,924	4,7±0,418
2017–2020 годы	5,9±0,342	9,0±0,951	4,7±1,148	3,9±0,437	6,9±0,643
Удельный вес больных с инфарктом мозга, получивших ТЛТ (в %)					
2009–2012 годы	4,22±0,165	0,37±0,079	0	4,53±0,491	8,54±0,356
2013–2016 годы	1,60±0,094	0,85±0,104	0	2,07±0,279	2,95±0,226
2017–2020 годы	1,41±0,084	0,85±0,093	0,87±0,217	1,71±0,195	2,69±0,256

начала появления первичных симптомов заболевания. С открытием сосудистых центров этот показатель улучшился. Так, в крае удельный вес больных ОНМК старше 18 лет, поступивших в стационар в первые сутки от момента заболевания, увеличился на 14,2 %, с 48,5±0,349 % в 2009–2012 гг. до 55,4±0,188 % в 2013–2020 годах. Этот показатель улучшился в региональном сосудистом центре и в первичном сосудистом отделении ГБ № 7 на 10,9 и 152,0 % соответственно.

В динамике (2013–2020 гг.) в ПСО ККБ № 1 процент поступивших больных ОНМК старше 18 лет в первые сутки от начала заболевания снизился на 6,5: с 38,2±1,320 до 35,7±0,614 %. Однако за последние четыре года (2017–2020) этот показатель вырос до 38,2±0,997 против 33,2±0,969 % в 2013–2016 годах (табл. 3).

Численность взрослых больных с ОНМК, получивших ТЛТ в первые 4,5 часа с момента заболевания, в крае уменьшилась более чем в 2 раза, до 5,47±0,224 % против 12,3±0,458 % в 2009–2012 годах. В 2013–2020 годах число больных ОНМК старше 18 лет, получивших ТЛТ впервые 6 часов с момента заболевания, увеличилось в региональном сосудистом центре до 6,37±0,507 %; в динамике эти показатели с каждым периодом улучшались и достигли в 2017–2020 гг. 9,0±0,951 %. Во ПСО ГБ № 7 процент больных ОНМК старше 18 лет, получивших ТЛТ, снизился до 4,76±0,409 % (почти в 4 раза по сравнению с 2009–2012 годами, то есть, до открытия сосудистого центра). Если сопоставить число получивших ТЛТ с численностью взрослых пациентов с инфарктом мозга, то показатели будут выглядеть гораздо хуже (табл. 3).

Наш клинический опыт работы в первичном сосудистом отделении на базе ККБ № 1 свидетельствует об отсутствии истинной картины первичной заболеваемости взрослого населения края ОНМК. Показатели заболеваемости взрослого населения ОНМК в среднем за 2009–2019 гг. по форме 12 (316,4 случая) оказались ниже госпитальной заболеваемости (форма 14) за этот период (536,7 случая на 100 тыс. соответствующего населения) почти в 1,7 раза. Степень корреляции между изучаемыми двумя показателями оказался отрицательным и достаточно низкими $-0,16 \pm 0,11$ (рис. 10).

Для выработки тактики ведения больных ОНМК сосудистым центрам края необходимо наладить адекватный учет пациентов старше 18 лет, страдающих данной патологией.

На основании приказов Министерства здравоохранения РФ № 766н (05.07.2016) «Об утверждении скорой медицинской помощи при ОНМК», № 928н (15.11.2012) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с ОНМК», № 1740н (29.12.2012) «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга» медицинская помощь больным с ОНМК организуется в несколько этапов:

1. Догоспитальный этап: диагностика ОНМК, проведение комплекса неотложных лечебных мероприятий для поддержания жизненно важных функций, осуществление экстренной госпитализации больных.

2. Стационарный этап: диагностика характера и патогенетического вида ОНМК, выбор оптимальной лечебной тактики и осуществление лечебных, реабилитационных мероприятий и мероприятий, направленных на профилактику повторной ОНМК.

3. Амбулаторно-поликлинический этап: реабилитация и мероприятия по вторичной профилактике ОНМК.

Согласно Порядку оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (утвержден приказом

МЗ РФ 15 ноября 2012 г. № 928н) выработаны следующие мероприятия:

1. Все больные с подозрением на транзиторную ишемическую атаку и инсульт должны быть госпитализированы.

1. Экстренная госпитализация больных должна осуществляться в специализированное отделение ОНМК многопрофильной больницы («инсультные блоки» со специализированной мультидисциплинарной помощью, нейро- и ангиохирургическими возможностями, в том числе возможностью оказания высокотехнологической помощи), что снижает летальность и улучшает исход заболевания.

2. На догоспитальном этапе не существует каких-либо безусловно доказанных эффективных методов лечения и диагностических признаков, позволяющих абсолютно точно определить характер инсульта и проводить раннюю патогенетическую терапию. Поэтому все пациенты с подозрением на ОНМК (как с инсультом, так и с транзиторной ишемической атакой) должны госпитализироваться первой бригадой, прибывшей на вызов, в специализированное отделение для лечения больных с ОНМК [6].

3. Концепция «время-мозг» и понятие «терапевтического окна» означают, что помощь при ОНМК должна быть экстренной, с минимизацией задержки при транспортировке.

Как показал клинический опыт, логистика медицинской помощи при ОНМК состоит в следующем:

– обязательная госпитализация заболевшего пациента в период «терапевтического окна» (менее 4,5 часов от начала развития симптомов);

– быстрая транспортировка больного («время-мозг»);

– осуществление телефонного звонка бригадой скорой помощи в сосудистый центр о транспортировке пациента;

– подготовка инсультной команды к приему больного в сосудистом центре;

– круглосуточная работа рентгеновского кабинета, включая КТ, МРТ, кабинета ультразвуковой диагностики магистральных сосудов и сердца, клинической и биохимической лабораторий.

Время «от двери до КТ, МРТ» не должно превышать 40 минут, а время «от двери до иглы» (от поступления в стационар до начала тромболитика) не должно превышать 60 минут [6].

Медицинская помощь при ОНМК должна соответствовать периодам течения болезни: первые 5 суток ОНМК определяются как острейший период. Острый период ОНМК рассматривается на протяжении 28 суток; до 6 месяцев – ранний восстановительный период, до 2 лет – поздний восстановительный период.



Рис. 10. Первичная и госпитальная заболеваемость взрослого населения Хабаровского края ОНМК (на 100 000 человек)

Лечение больных ОНМК должно строиться на следующих принципах:

1. Формирование базисной терапии должно происходить вне зависимости от характера течения ОНМК. Базисная терапия обязана обеспечивать: оптимальный уровень функционирования физиологических систем заболевшего пациента с целью предупреждения и лечения нарушений дыхания; купирование изменений в центральной гемодинамике с организацией её мониторинга; коррекция уровня насыщения крови кислородом, АД, сердечной деятельности, основных параметров гомеостаза; проведение контроля глотания, состояния мочевого пузыря, кишечника; организация ухода за кожными покровами; проведения пассивной гимнастики и массажа.

2. Лечение сопутствующих неврологических нарушений (отек мозга, острая окклюзионная гидроцефалия, кровоизлияние в зону инфаркта, дислокация, ангиоспазм).

3. Специальные методы лечения разных видов ОНМК (реперфузия, хирургические методы).

4. Реабилитационные мероприятия (начиная с блока нейрореанимации), которые следует в несколько этапов: острый период ОНМК (первые 3–4 недели), ранний восстановительный период (до 1,5 месяцев), поздний восстановительный период (до года), амбулаторный (более года).

5. Профилактика и терапия висцеральных осложнений: тромбоз эмболия легочной артерии, тромбоз эмболии глубоких вен нижних конечностей.

6. Индивидуальная вторичная профилактика сосудистых событий (медикаментозная и хирургическая).

Заключение

1. Распространенность ОНМК среди взрослого населения на протяжении 2010–2019 года оказалась следующей: ежегодные темпы прироста в ХК, РФ и ДФО составили 1,15, 1,27 и 3,32 % соответственно. В РФ и ДФО первичная заболеваемость взрослого населения возросла на 11,7 и 15,8 % соответственно. В ХК первичная заболеваемость взрослого населения ОНМК снизилась на 1,46 %: с $315,3 \pm 2,39$ до $310,7 \pm 2,42$ случая на 100 тыс.

Смертность взрослого населения ХК от ОНМК за 2002–2019 гг. снизилась в 1,5 раза

и составила в 2014–2019 годах $80,8 \pm 1,04$ случая на 100 тыс. Одновременно с этим увеличился ($t=2,01$; $p<0,05$) удельный вес умерших от ОНМК старше 18 лет в когорте умерших взрослых от ЦВЗ на 1,48 %.

Удельный вес умерших пациентов, старше 18 лет, от ОНМК в общей когорте умерших взрослых от ЦВЗ достаточно высок, около 95,0 % в среднем.

В крае увеличился удельный вес взрослых больных ОНМК, поступивших в стационар в первые сутки, на 14,2 %, особенно в региональном сосудистом центре (на 10,9 %) и Первичном сосудистом отделении ККБ № 1 (в 1,5 раза).

К сожалению, число взрослых пациентов, получивших ТЛТ в первые 4,5 часа с момента заболевания, уменьшилось в крае более чем в 2 раза, с $12,3 \pm 0,458$ (2009–2012) до $5,47 \pm 0,224$ % (2013–2020 гг.).

Отмечено несоответствие первичной заболеваемости взрослого населения края ОНМК и госпитальной заболеваемостью этого контингента; при этом показатели госпитальной заболеваемости взрослого населения ОНМК превышают первичную обращаемость по этому поводу в 1,7 раза. Степени корреляции между этими показателями практически не существует ($-0,16 \pm 0,11$).

2. Следует обратить внимание на высокую заболеваемость ОНМК жителей г. Комсомольска-на-Амуре по сравнению с г. Хабаровском и районами края.

3. Имеется существенная разница в заболеваемости населения Хабаровска и смертности жителей краевого центра от ОНМК. На наш взгляд, это обусловлено отсутствием единого координационного центра в диагностике, лечении и реабилитации больных с ОНМК.

4. Сосудистым центрам края следует улучшить учет неотложных состояний по форме 12 для составления истинной картины заболеваемости взрослого населения ОНМК, на основе которого будет возможным сформулировать концепцию по снижению смертности населения Хабаровского края от заболеваний системы кровообращения. Необходимо также разработать программу мероприятий по снижению заболеваемости жителей г. Комсомольска-на-Амуре и смертности населения г. Хабаровска от ОНМК.

Список литературы

1. Инсульт. Нормативные документы / под ред. П. А. Воробьева. – М.: НБЮДИАМЕД, 2010. – 480 с.
2. Инсульт. Современные подходы диагностики, лечения и профилактики: методические рекомендации / под ред. Д. Р. Хасановой, В. И. Данилова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 352 с.
3. Ишемический инсульт. Диагностика, лечение и профилактика (карманный справочник) / А. Н. Кузнецов, О. И. Виноградов. – М.: РАЕН, 2016. – 132 с.
4. Топалов, К. П. Кардиологическая помощь населению Хабаровского края: состояние и тенденции / К. П. Топалов, Т. В. Зайцева, Т. Г. Трёмбач // *Здравоохранение Дальнего Востока*. – 2018. – № 3. – С. 4–13.
5. Транзиторные ишемические атаки / ред. Ш. Учияма [и др.]; пер. с англ. О. А. Клочихиной, К. В. Андреевой; под ред. А. В. Стаховской. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 224 с.
6. Шамалов, Н. А. Тромболитическая терапия ишемического инсульта: рекомендации для врачей / Н. А. Шамалов, А. В. Стаховская. – М.: МЕД-пресс-информ, 2017. – 80 с.: ил.