

ганизации здравоохранения (ВОЗ) по профилактике НИЗ, скринингу населения на модифицируемые факторы риска (ФР) кардиоваскулярных заболеваний, проанализированы результаты скрининговых исследований, статистические показатели по распространенности НИЗ, изучена структура смертности населения РТ, доля патологии болезней кровообращения в общем бремени болезней. Осуществлены тренинговые семинары по пакету основных мероприятий ВОЗ PEN 1-4 по интегрированной профилактике НИЗ на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). В пилотных районах РТ осуществляется полномасштабное внедрение STEPS-исследований при методической и финансовой поддержке ВОЗ.

Результаты:

По данным World Health Statistics 2015, доля НИЗ в структуре общей смертности населения Таджикистана составляет 66%. Из этого на сердечно-сосудистые заболевания сегодня приходится не менее 41% всех смертей. Среди стран СНГ стандартизированный по возрасту показатель смертности населения от НИЗ в Таджикистане признан наиболее низким и составляет 753 в расчете на 100 000 населения (в РФ этот же показатель составляет 790, в сопредельном Узбекистане – 811, Кыргызстане – 835, в Афганистане – 845, а в Казахстане – 950). Показатель утраченных лет жизни от НИЗ в расчете на 100 000 населения составляет 11 930 утраченных лет жизни, что приближает нас к Региону Восточного Средиземноморья (11 173). Однако в сравнении с минимальными значениями Мирового уровня (3 086) наш показатель на 3,8 раза остаётся выше этих значений, что определяет дальнейшие цели в профилактике основных НИЗ на пути снижения бремени болезней и, главным образом, сердечно-сосудистых заболеваний. В структуре смертности населения на факторы, связанные с деструктивным поведением, приходится до 33%, еще более 26% смертей связано с избыточным питанием и ожирением; 19,7% — с курением табака (насвая), 9% — с низкой физической активностью (фактором гиподинамии), 6,4% смертей связано с употреблением алкоголя. В Таджикистане 7 из 10 смертей у лиц моложе 65 лет происходят по причине НИЗ, которые напрямую связаны с обозначенными факторами риска. В ответ на эти вызовы в РТ были разработаны и успешно внедряются «Национальная программа профилактики, диагностики и лечения ишемической болезни сердца на период 2007-2015 гг.», «Национальная стратегия здоровья населения РТ на 2010-2020 годы» и «Стратегический план реконструкции медицинских учреждений РТ на период 2011-2020 годов». Также успешно внедряется стратегический документ: «Перспективы профилактики неинфекционных заболеваний и травматизма в Таджикистане на период 2013-2023 гг.».

Заключение:

Высокая распространенность ССЗ в структуре НИЗ определяется профилем и распространенностью модифицируемых ФР, которые необходимо контролировать прежде всего на уровне ПМСП. Качественная реализация важнейших стратегических документов ВОЗ и правительства РТ помогут снижению бремени болезней в РТ за счет оздоровления популяции.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Садриев О., Гаилов А.Д., Гаилова З.В.

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Введение (цели/ задачи):

Цель работы - обобщение результатов диагностики и хирургического лечения больных с новообразованиями надпочечников.

Материал и методы:

С 1994 по 2015 годы в РНЦССХ проведено хирургическое лечение 49 больных с опухолями надпочечников разного генеза. Женщины составили – 61,2%, мужчин – 37,8%. Средний возраст больных составил 24±0,5 года. Двустороннее поражение отмечено у 4 больных. Опухоли надпочечников были представлены следующими нозологическими формами: феохромоцитомы — отмечена у 25 больных, альдостеромы — у 14, кортикостеромы - в 10 наблюдениях. Основными методами диагностики опухолей надпочечников явились: УЗИ, КТ, МРТ и определение уровня гормонов надпочечников в венозной крови и в суточной моче.

Результаты:

Основным клиническим признаком новообразований надпочечников явилось повышение АД доходящих до 280 мм.рт.ст. Опухоли надпочечников размерами, от 2,5 см и более в диаметре довольно хорошо визуализировались на УЗИ (специфичность – 64%, чувствительность – 82%), однако при гиперплазии надпочечников визуализация новообразования было невозможной. В 44 случаях выполнялась КТ и МРТ, позволившие в 98% случаев выявить новообразования надпочечника, её размеры, локализацию и отношение к окружающим органам. У всех исследованных больных отмечалось повышение уровня выше перечисленных гормонов от 1 до 4 раза, чем в норме. Адреналэктомия из мини-люмботомного доступа выполнена 16 пациентам, с использованием лапароскопических технологий 3 пациентам. При гистологическом изучении макропрепарата, признаков малигнизации ни разу не обнаружены. В послеоперационном периоде раневых осложнений отмечалась у 6 пациентов. Летальный исход отмечен у двух больных. Рецидивов заболевания за двадцатилетний период наблюдений не выявлено.

Заключение:

Применения современных гормональных и лучевых методов исследования облегчают диагностику новообразований надпочечников и позволяют, определяют размеров опухоли, глубина и сторона ее расположения, отношение с окружающими образованиями. У больных с глубоко расположенными опухолями и при больших размерах образования оптимальным доступом является торакофренолюмботомия. Адреналэктомия из мини-люмботомии с использованием эндовидеохирургических технологий должна проводиться при условии технической возможности удаления опухоли и у больных без злокачественного их перерождения.