

69% натиҷаи аъло ва хуб дошт. Фақат дар 31% беморон натиҷаро баъд дуюм ва сеюм зинаҳои табобат гирифта шуд. Ин усул реабилитасияи тиббию иҷтимоии бармаҳал ва сифати ҳаётии беморонро

хуб намуд.

**Калимаҳои қалиди:** зуҳурот, пешгири, изофаҳои пуст, пусти фарқи сар ва пусти мавқеи ҷоғу рӯй ва гардан.

**УДК 616.441-008.63**

**Н.А. Иноятова<sup>1</sup>, А.Д. Исаков<sup>1</sup>, А.А. Мусоев<sup>2</sup>**

## **К ВОПРОСУ О ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА И НЕОБХОДИМОСТИ ВНЕДРЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН**

<sup>1</sup> Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино

<sup>2</sup> Государственное учреждение «Медицинский комплекс Истиклол»

**Мусоев Ашраф Ахматович** – Заведующий отделения диабетологии ГУ «МК Истиклол»; г. Душанбе, ул. А. Навои 35, кв. 125; e-mail: musoев.ashraf@mail.ru; тел: +(992)939-959-959

**Цель исследования.** Анализ частоты выявления врождённого гипотиреоза и его распространенности в регионах Таджикистана.

**Материалы и методы исследования.** Нами был проведен катамнестический анализ историй болезней по детскому эндокринологическому отделению в городском медицинском центре имени К. Ахмедова за последние 9 лет. Регистрировались такие параметры как ТТГ, свободная фракция тироксина, общий анализ крови, общий анализ мочи, и тд.

**Результаты исследования и их обсуждение.** На что хотелось бы обратить особое внимание, так это на позднюю диагностику заболевания, которая варьирует от 6 месяцев до 16 лет! Отмечается отставание антропометрических показателей у 74% больных, связанных с поздней диагностикой и неадекватной терапией заболевания. Статистически большая распространенность ВГ регистрировалась в РРП и Хатлонской области, что можно объяснить сниженней обращаемостью населения из других регионов.

**Ключевые слова:** врождённый гипотиреоз, детский возраст, неонатальный скрининг, Республика Таджикистан.

**N.A. Inoyatov<sup>1</sup>, A.D. Isakov<sup>1</sup>, A.A. Musoев<sup>2</sup>**

## **TO THE QUESTION ABOUT LATEST DIAGNOSTICS OF CONGENITAL HYPOTHYROIDISM AND THE NEED FOR IMPLEMENTATION OF NEONATAL SCREENING IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN**

<sup>1</sup>Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

<sup>2</sup> State Institution “Medical Complex Istiklol”, Dushanbe, Tajikistan

**Musoev Ashraf Akhmatovich** - Head of the Department of Diabetology, State Institution “Medical Complex Istiklol”; Dushanbe, st. A. Navoi 35, sq. 125; e-mail: musoев.ashraf@mail.ru; tel: + (992) 939-959-959

**Aim.** To study diagnosis timeliness of congenital hypothyroidism and the frequency of its spread in regions of Tajikistan

**Material and methods.** The follow-up analysis of case histories of the past 9 years at the pediatric endocrinology department of Akhmedov City Medical Center was conducted. Such parameters as TSH, free thyroxine fraction, complete blood count, urinalysis, etc. were studied.

**Results.** It was found that the late diagnosis of the disease varies from 6 months to 16 years. There is a lag of anthropometric indices in 74% of patients associated with late diagnosis and inadequate treatment of the disease. Statistically high prevalence of congenital hypothyroidism was recorded in the RRS and Khatlon region, which can be attributed to reduced admission of patients from other regions.

**Keywords:** congenital hypothyroidism, childhood, neonatal screening, Republic of Tajikistan.

**Актуальность.** Географически Республика Таджикистан (РТ) расположена в Центральной Азии и не имеет выхода к Мировому океану. 93% территории Таджикистана занимают горы, и больше половины территории страны находятся на высоте более чем 3000 метров над уровнем моря [2]. Закономерно, что на территории РТ из покон веков отмечался дефицит йода. Со дня провозглашения о государственной независимости 9 сентября 1991 года минуло 27 лет и с проблемой йодного дефицита республика столкнулась буквально через пару лет отсутствия в регионе йодированной соли. В связи с чем была организована рабочая группа во главе с профессором Анваровой Ш.С. и разработана Национальная программа по борьбе с йод – дефицитными заболеваниями (ЙДЗ) с 1997 по 2001 годы [1]. Уже в 2002 году был принят закон «О йодировании соли» [7].

При тяжелом йодном дефиците сниженный уровень тиреоидных гормонов у женщин может привести к развитию тяжелого неврологического кретинизма. При данном кретинизме терапия тиреоидными гормонами неэффективна, поскольку развивающиеся на начальных этапах эмбриогенеза неврологические нарушения необратимы [3,6].

Учитывая более чем 20 летнюю практику ведения борьбы с ЙДЗ в РТ на сегодняшний день в РТ отмечается легкий йодный дефицит, а в высокогорных регионах умеренный дефицит. Однако необходимо понимать, что даже легкий йодный дефицит во время беременности приводит к недостатку тиреоидных гормонов, хотя может и не выходить за рамки референсных значений.

В результате чего могут отмечаться пограничные нарушения интеллектуального развития, не достигающие уровня тяжелой олигофрении. Поздно диагностированный или неадекватнолеченный врожденный гипотиреоз (ВГ) относиться к одной из наиболее часто встречающихся причин умственной задержки в детском возрасте [7]. В связи с чем представляет интерес изучения сроков диагностики врожденного гипотиреоза и частоты распространения его в регионах РТ.

**Цель исследования.** Анализ частоты выявления врожденного гипотиреоза и его распространенности в регионах Таджикистана.

**Материалы и методы исследования.** Нами был проведен катамнестический анализ историй болезней по детскому эндокринологическому отделению в городском медицинском центре имени К. Ахмедова за последние 9 лет. Количество больных составило 252, из их числа мальчиков 100, девочек 152. Средний возраст составил  $8,6 \pm 0,37$  лет. Регистрировались такие параметры как ТТГ, свободная фракция тироксина, общий анализ крови, общий анализ мочи, регион проживания, срок установления диагноза, длительность заболевания, дозы при проводимой терапии, а также антропометрические данные.

Статистическая обработка данных велась в программе Statistica 7.0.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По результатам катамнестического анализа не выявлено закономерного снижения частоты врожденного гипотиреоза со снижением степени тяжести йодного дефицита, что отражено в табл. 1.

Таблица 1

**Распространённость больных с врожденным гипотиреозом по регионам**

Регионы	2017, n=23, (9,1%)	2016, n=39, (15,5%)	2015, n=35, (13,9%)	2014, n=29, (11,5%)	2013, n=36, (14,3%)	2012, n=26, (10,3%)	2011, n=20, (7,9%)	2010, n=13, (5,2%)	2009, n=31, (12,3%)
РРП	17 (73,9%)	26 (66,7%)	25 (71,4%)	20 (69%)	23 (63,9%)	18 (69,2%)	13 (65%)	6 (46,2%)	23 (76,3%)
ХО	4 (17,4%)	12 (30,8)	10 (28,6%)	9 (31%)	11 (30,6%)	6 (23,1%)	7 (35%)	7 (53,8)	7 (23,3%)
СО	1 (4,3%)	1 (2,6%)	0	0	2 (5,6%)	2 (7,7%)	0	0	0
ГБАО	1 (4,3%)	0	0	0	0	0	0	0	0

Примечание: % - от общего числа больных за год. РРП – Районы республиканского подчинения, ХО – Хатлонская область, СО – Согдийская область, ГБАО – Горно-Бадахшанская автономная область.

Как видно врождённый гипотиреоз чаще встречается в районах республиканского подчинения (РРП) и Хатлонской области (ХО) (табл. 1).

Среди всех пациентов преобладают девочки, соотношение составило 1:1,5, что согласуется с литературными данными [3]. Распространённость больных с врожденным гипотиреозом по полу представлены в табл. 2.

**Таблица 2**

**Распространённость больных с врожденным гипотиреозом по полу**

Годы	Мальчики, n=100	Девочки, n=152
2017	11 (11%)	12 (7,9%)
2016	15 (15%)	24 (15,8%)
2015	15 (15%)	20 (13,2%)
2014	11 (11%)	18 (11,8%)
2013	13 (13%)	23 (15,1%)
2012	8 (8%)	18 (11,8%)
2011	5 (5%)	15 (9,9%)
2010	5 (5%)	8 (5,3%)
2009	17 (17%)	14 (9,2%)

Примечание: % - от общего количества больных.

**Таблица 3**

**Сроки диагностирования врождённого гипотиреоза**

Возраст	0 – 1 лет	2 – 5 лет	6 – 10 лет	11 и выше лет
Количество больных	20 (38,5%)	18 (34,6%)	8 (15,4%)	6 (11,5%)

Примечание: % - от общего числа поздно диагностированных больных

На что хотелось бы обратить особое внимание, так это на позднюю диагностику заболевания, которая варьирует от 6 месяцев до 16 лет. Сроки диагностирования врождённого гипотиреоза представлены в табл. 3. В результате анализа историй болезней выявлено 52 случая позднего диагностирования ВГ.

В проанализированных историях болезнях не регистрируется топическая диагностика щитовидной железы. Как правило, у детей с ВГ отмечается неполный атиреоз, а гипоплазия и дисгенез

щитовидной железы подчас с атипичным ее расположением. Для топической диагностики необходимо проведение ультразвуковой сонографии и сцинтиграфии щитовидной железы. В проанализированных историях нет проведения ультразвуковой сонографии щитовидной железы, а сцинтиграфия в РТ не проводиться.

Отмечается отставание антропометрических показателей у 74% больных, что связано с поздней диагностикой и неадекватной терапией заболевания. Также нет соответствия костного возраста паспортному у 126 пациентов. Необходимо также подчеркнуть, что в результате поздней диагностики заболевания у пациентов отмечалось выраженное отставание костного возраста, который варьировал от 1 года до 13 лет.

В проведенном исследовании показано, что в связи с многофакторностью развития ВГ устранение йодного дефицита не может снизить заболеваемость. Возможно, это еще связано с тем, что тяжелый йодный дефицит уже был ликвидирован в 2009 году. Статистически большая распространенность ВГ регистрировалась в РРП и ХО, что можно объяснить сниженной обращаемостью населения из других регионов. Для выяснения других факторов необходимо инициировать дополнительные исследования. В представленных данных четко показано поздняя диагностика заболевания, так у 6 пациентов впервые диагностирован ВГ спустя более чем 11 лет, а у одного больного через 16 лет.

С середины 70-х годов во многих странах мира внедрены государственные программы неонатального скрининга на ВГ [8]. Как показал мировой опыт при проведении неонатального скрининга частота встречаемости ВГ в европейских странах составляет 1 случай на 2000-4500 новорожденных по сравнению с 1 на 6700 новорожденных до эры скрининга.

Отсутствие в РТ налаженного неонатального скрининга приводит к различным клиническим проявлениям этого заболевания. ВГ является медико-социальной проблемой, приводящей к стойкой инвалидизации с последующим государственным обеспечением.

**Заключение.** Учитывая вышеперечисленную многофакторность заболевания необходима государственная программа в РТ по раннему неонатальному скринингу новорожденных на ВГ для своевременной диагностики патологии. По сравнению с первичным определением свободного тироксина наиболее эффективным методом определения ВГ является определение тиреотропного

гормона.

Своевременная диагностика и последующее адекватное назначение L-тиroxина способствуют благоприятному прогнозу в отношении нервно-психического и физического развития данных больных.

## ЛИТЕРАТУРА (пп. 7-8 см. в REFERENCES)

1. Анварова Ш.С. Национальная программа борьбы с йод-дефицитными заболеваниями в Республике Таджикистан. – Душанбе, 1997, 62 с.
2. География Таджикистана [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://ru.wikipedia.org/wiki/География\\_Таджикистана](https://ru.wikipedia.org/wiki/География_Таджикистана). (Дата обращения: 14.01.2019).
3. Дедова И.И., Петерковой В.А. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями. М.: Практика. - 2014. - 442 с.
4. Касымова С.Д., Турдалиева Н.М. Влияние йодного дефицита на половое развитие подростков // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2016. - №2. – С. 23-25.
5. О йодировании соли [Электронный ресурс]: Закон Республики Таджикистан от 2 декабря 2002 г., №85 — Режим доступа: [http://www.adlia.tj/show\\_doc.fwx?rgn=3295](http://www.adlia.tj/show_doc.fwx?rgn=3295) (Дата обращения: 14.01.2019).
6. Платонова Н.М. Гипотиреоз и беременность // Поликлиника. – 2014. - №2(1). - С. 7-11.

## REFERENCES

1. Anvarova Sh.S. Natsional'naya programma bor'by s iod-defitsitnymi zabolevaniyami v Respublike Tadzhikistan [National program to combat iodine deficiency diseases in the Republic of Tajikistan]. Dushanbe, 1997, 62 p.
2. Geography of Tajikistan [Electronic resource]. Access mode: [https://ru.wikipedia.org/wiki/География\\_Таджикистана](https://ru.wikipedia.org/wiki/География_Таджикистана). (Date of the inquiry: 14.01.2019).
3. Dedova I.I., Peterkovoi V.A. Federal'nye klinicheskie rekommendatsii (protokoly) po vedeniyu detei s endokrinnymi zabolevaniyami [Federal clinical guidelines (protocols) for the management of children with endocrine diseases]. Moscov, Praktika publ. 2014. 442 p.
4. Kasymova S.D., Turdalieva N.M. Vliyanie iodnogo defitsita na polovoe razvitiye podrostkov [Impact of iodine deficiency on adolescent sexual development]. Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya

v sfere zdravookhraneniya - Bulletin of Postgraduate Education in Healthcare, 2016, No. 2. pp. 23-25.

5. On salt iodization [Electronic resource]: Law of the Republic of Tajikistan dated December 2, 2002, No. 85. Access mode: [http://www.adlia.tj/show\\_doc.fwx?rgn=3295](http://www.adlia.tj/show_doc.fwx?rgn=3295) (Date of the inquiry: 14.01.2019).

6. Platonova N.M. Gipotireoz i beremennost' [Hypothyroidism and pregnancy]. Poliklinika - Polyclinics, 2014, No. 2(1). pp. 7-11.

7. Gross S.D., Van Vilet G. Prevention of intellectual disability through screening for congenital hypothyroidism: how much and at what level? Arch Dis Child. 2011. Vol. 96. pp. 374-379.

8. Leger J., Olivieri A., Donaldson M., et al. European Society for Paediatric Endocrinology Consensus Guidelines on Screening, Diagnosis, and Management of Congenital Hypothyroidism Horm Res Paediatr, 2014. Vol. 81. pp. 80-103.

## Хулоса

Н.А. Иноярова<sup>1</sup>, А.Д. Исаков<sup>1</sup>, А.А. Мусоев<sup>2</sup>

**САВОЛ ОИД БА ТАШХИСИ ДЕРИНАИ  
ГИПОТИРЕОЗИ МОДАРЗОДИ ВА  
ЗАРУРИЯТИ ВОРИДКУНОНИИ  
СКРИНИНГИ НЕОНАТАЛИ ДАР  
ЧУМХУРИИ ТОЧИКИСТОН**

<sup>1</sup>ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино

<sup>1</sup>МД “МТ Истиқлол”

**Мақсади таҳқиқот.** Омузиши миқдори дарёфткунии гипотиреози модарзоди ва пахн будани он дар ноҳияҳои Тоҷикистон.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Аз ҷониби мотаҳлиси катамнестикии таъриҳҳои бемории 9 сола шӯъбаи ғадудҳои доҳилаи кудаконаи маркази тиббии шаҳри ба номи Аҳмедов К. гузаронида шуд. Ҷунин таҳлилҳо ба назар гирифта шуд, ТТГ, Т4 озод, таҳлили умумии хун, таҳлили умумии пешоб ва ғайраҳо.

**Натиҷаҳои таҳқиқот ва мухокимаи онҳо.** Дар рафти таҳқиқот маълум гашт ки кудакон дар сини аз 6 моҳа, то 16 сола бемории гипотиреози модарзодиашон маълум гашт, ки ин дерташхисмони мебошад. Боз мондани инкишофи антропометри дар 74% беморон ба назар мерасад, ки сабабаш табобати нодуруст мебошад.

**Калимаҳои қалиди:** гипотиреози модарзоди, сини кудаки, скрининги неонатали, Ҷумҳурии Тоҷикистон.

УДК: 616-089.5+616-006-004.051

М.И. Неймарк<sup>1</sup>, С.З. Танатаров<sup>2</sup>

## СОЧЕТАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ РАСШИРЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

<sup>1</sup> Кафедра анестезиологии и реаниматологии Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул, Российская Федерация

<sup>2</sup> Кафедра анестезиологии и реаниматологии НАО «Медицинский университет Семей», г.Семей, Республика Казахстан

**Танатаров Саят Замамбекович** - к.м.н, ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии НАО «Медицинский университет Семей» 014700, Республика Казахстан, г.Семей, ул. Кульжанова, д.3. Тел. +7(705) 651-7959 e-mail: [sayat68@mail.ru](mailto:sayat68@mail.ru)

---

**Цель исследования** – разработка и клиническая апробация подхода к осуществлению комбинированной общей анестезии у больных с онкологическими заболеваниями, подвергающихся расширенным хирургическим вмешательствам.

**Материалы и методы исследования:** Обследован 191 пациент с раком желудка, головки поджелудочной железы и толстой кишки, подвергнутый расширенным оперативным вмешательствам. Пациенты были распределены на 2 группы – тотальной внутривенной анестезии пропофолом ( $n=75$ ) и сочетанной анестезии пропофол+севофлюран и пропофол+изофлюран ( $n=116$ ). При сочетанной анестезии концентрация анестетиков составляла 0,3-0,5 об.%, пропофол вводили шприцевым насосом в дозе 20-30 мл/ч.

**Результаты исследования и их обсуждение:** Средние величины показателей центральной гемодинамики при применении внутривенной анестезии подвергались большим изменениям, чем при сочетанной анестезии. Сочетание анестетиков обеспечивало меньшее угнетение сократительной способности сердца. Сочетанная анестезия обеспечивала большую степень защиты от операционного стресса, что выражалось в меньшем содержании кортизола в крови в ходе вмешательства. Средние величины и вариабельность BIS-индекса также были оптимальными при применении сочетанной анестезии.

**Заключение:** Использование наркоза комбинацией пропофол + ингаляционный анестетик обеспечивает адекватный уровень анальгезии при минимальном риске побочных эффектов и постнаркозных осложнений в онкохирургической практике.

**Ключевые слова:** онкология, расширенные оперативные вмешательства, комбинированная анестезия.

*M.I. Neimark<sup>1</sup>, S.Z. Tanatarov<sup>2</sup>*

## **COMBINED ANESTHESIA AT THE EXPANDED OPERATIVE INTERVENTIONS IN ONCOLOGICAL PRACTICE**

<sup>1</sup> Department of Anesthesiology and Resuscitation, Altay State Medical University Barnaul, Russia

<sup>2</sup> Department of Anesthesiology and Resuscitation, Semey Medical University, Semey, Kazakhstan

**Tanatarov Sayat Zamambekovich** - Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Anesthesiology and Resuscitation, NAO “Semey Medical University” 014700, Republic of Kazakhstan, Semey, Kulzhanova st. h.3. Tel. +7 (705) 651-7959 e-mail: [sayat68@mail.ru](mailto:sayat68@mail.ru)

**Aim.** To study the development and clinical approbation of an approach to the implementation of combined general anesthesia in patients with oncological diseases undergoing advanced surgical interventions.

**Material and methods.** A total of 191 patients with cancer of the stomach, pancreatic head and colon that underwent extended surgical procedures were examined. The patients were divided into 2 groups: patients that received total intravenous anesthesia with propofol ( $n = 75$ ); patients that received combined anesthesia with propofol + sevoflurane and propofol + isoflurane ( $n = 116$ ). With combined anesthesia, the concentration of anesthetics was 0.3-0.5 vol.%. Propofol was injected with a syringe pump at a dose of 20-30 ml/h.