



**Scientific and Practical  
Conference on Somatic  
Diseases and Comorbid  
Cases**

**10-11 december 2019  
Baku, Azerbaijan**

**BOOK OF ABSTRACTS**



**Somatik Xəstəliklər və Komorbid  
Vəziyyətlər mövzusunda  
Elmi-Praktik Konfransın  
tezislər toplusu**  
10-11 dekabr 2019-cu il

**Theses of the Scientific and  
Practical Conference on  
Somatic Diseases and  
Comorbid Cases**  
10-11 december 2019

**Материалы Научно-  
Практической Конференции  
по Соматическим  
Заболеваниям и  
Коморбидные Заболеваниям**  
10-11 декабря 2019



  
Azərbaycan  
Tibb Universiteti

  
Uptodate  
In Medicine  
Healthcare Consulting Solutions

**SOMATİK XƏSTƏLİKLƏR  
VƏ YANAŞI VƏZİYYƏTLƏR  
ÜZRƏ BEYNƏLXALQ KONFRANS**

**10 - 11 Dekabr 2019**  
Bakı, Azərbaycan  
[www.tibbikurslar.com](http://www.tibbikurslar.com)  
Tel: 0502438671  
E-poçt: [uim.trainingcenter@gmail.com](mailto:uim.trainingcenter@gmail.com)

**MD**  
Training

Download on the  
App Store

GET IT ON  
Google Play

# Committees

## Chairman of the Conference:

prof. Garay Garaybayli

## International committee:

prof. Martinov Anatoly Ivanovich (Russia)  
prof. Abseitova Saule Ragimbekovna (Kazakhstan)  
prof. Mehman Mammadov (Russia)  
prof. Nurillaeva Nərgiza Muxtarovna (Uzbekistan)  
prof. Mal Galina Sergeevna (Russia)  
prof. Bolieva Laura Zelimovna (Russia)

## Organizing committee:

Rauf Baylarov  
Sevil Asadova  
Marziyya Mammadova  
Farid Israfilzade  
Perizad Huseynova

## Mündəricat

1. Azərbaycanca icbari tibbi sığorta sistemində dərman təchizatının öyrənilməsi  
*Xəlilov N.Q.* 5
2. Качество лечебно-диагностической помощи больным глаукомой и возможность участия семейного врача в его улучшении  
*Салихова К.М.* 6
3. The influence of thyroid state on biochemical markers of bone metabolism  
*Farida Mammadkhanova, Gulnara Azizova* 7
4. Varikozxəstəliyi və residivlərinə səbəb olan perforant venaların müalicəsinə müasir yanaşma  
*Əliyev M.S.* 8
5. Применение ирбесартана для лечения лиц с впервые выявленной артериальной гипертензией с низкой степенью риска в практике семейного врача  
*Салихов М.С., Шахбазбекова С.К. Расул И.Т., Пашаева Д.Ю.* 9
6. Определение уровня марганца, железа и магния в крови у пациентов с высоким нормальным артериальным давлением в сочетании с астенией  
*Салихов М.С., Расул И.Т., Шахбазбекова С.К.* 10
7. Коморбидность у больных с артериальной гипертензией  
*Гумбатова А.Н., Гахраманова С.М., Алиева Б.А.* 11
8. Некоторые параметры уровня эритропоетина в плазме крови у больных хронической сердечной недостаточностью с анемией  
*Захидова К.Х.* 12
9. Психологическое сопровождение больных сахарным диабетом  
*М.И. Плугина, Е.И. Андреева* 13
10. 2-ci tip şəkərli diabet xəstəliyindən əziyyət çəkən qadınlarda həyat keyfiyyəti və uyğunlaşma mexanizmlərinin öyrənilməsi  
*L.A.Mehdizadə, S.Ə.Katibli* 17
11. Основные неинфекционные заболевания органов дыхания среди взрослых города Баку: результаты популяционного исследования  
*И. М. Ахундова, Г. Р. Алиева, И. А. Мустафаев* 18
12. Микроциркуляторные изменения в миокарде в ранний период синдрома длительного раздавливания в зависимости от введения антиоксидантов  
*Бунятов М.О., Мирзоев О.А., Микаилов У.С., Мевлиев А.Б.* 19

## Azərbaycanda icbari tibbi sığorta sistemində dərman təchizatının öyrənilməsi

Xəlilov N.Q<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Azərbaycan Tibb Universitetinin Əczaçılıq texnologiyası və idarəçiliyi kafedrası

**Giriş:** Əhaliyə səhiyyə xidmətinin təşkili, onun lazımi səviyyədə maliyyələşdirilməsi hər bir müasir dövlətin mühüm vəzifəsidir. Dərman təchizatının həyata keçirilməsi icbari tibbi sığortanın əsas prinsiplərindəndir. Tənzimlənən qiymətlər siyahısına daxil olan dərman vasitələrinin bütün apteklərdə vahid qiymətə satılması icbari tibbi sığortanın tətbiqi üçün geniş imkanlar yaradır. Dövlət proqramları vasitəsilə ağır xəstəliklərdən əziyyət çəkən vətəndaşlarımıza dərmanlar pulsuz verilir. İlkin mərhələdə icbari tibbi sığorta əhalinin dərmana olan tələbatının yalnız stasionarda müalicə aldığı zaman qarşılayacaq. Həmçinin gələcəkdə elektron resept vasitəsilə pasiyent istənilən aptekdən dərman ala biləcək və kağız reseptə ehtiyac olmayacaq. İdxaldan asılılığı azaltmaq və əhalinin dərmana olan tələbatını ödəmək məqsədilə Avropanın qabaqcıl texnologiya və avadanlıqlardan istifadə olunaraq Pıralı Sənaye Parkının ərazisində əczaçılıq məhsullarının istehsalı üzrə ixtisaslaşmış Azərbaycan-Rusiya birgə müəssisəsi olan "HayatPharm", Azərbaycan-İran birgə müəssisəsi olan "CaspianPharmed" və "DiamedCo" zavodu Almaniyada İtaliya texnologiyası əsasında birdəfəlik şprisler istehsal edəcək. Əczaçılıq zavodu steril mühitdə, avtomatlaşdırma və keyfiyyətli istehsal gücünə malik yeni nəsil dərman istehsalı üzrə beynəlxalq standartlara cavab verəcək.

**Tədqiqatın məqsədi:** Azərbaycanda icbari tibbi sığorta sistemində dərman təchizatının öyrənilməsidir.

**Material və metodlar:** Metodoloji olaraq Azərbaycan Respublikasında dərman təchizatının öyrənilməsinə sistem nəzəriyyəsi prinsipi, sorğu, müşahidə, statistik məlumatlar, anketləmə, mövcud dərman təminatı, Azərbaycan və xarici mənbələrdən istifadə edilmişdir.

**Nəticələr:** Pilot ərazilərdə Mingəçevir şəhəri, Yevlax və Ağdaş rayonlarında sorğu nəticəsində aşkar olundu ki, əhalinin pulsuz müalicə və dərman almaq istəyi yüksəkdir, tezliklə bu layihənin həyata keçirilməsini arzulayırlar. Mingəçevir şəhəri, Yevlax və Ağdaş rayonlarında ay ərzində dərmanlara çəkilən xərclər yüksəkdir və xərclərin başlıca mənbəyini aylıq maaş və təqaüd təşkil edir.

**Yekun:** İcbari tibbi sığorta əhalinin sağlamlığının möhkəmləndirilməsinə, orta ömür müddətinin uzadılmasına, dərman təchizatının işinin təkmilləşdirilməsinə, səhiyyə müəssisələrinin maddi-texniki bazasının möhkəmləndirilməsi və əhaliyə göstərilən tibbi yardımın keyfiyyətinin yüksəldilməsinə gətirib çıxaracaqdır.



## Качество лечебно-диагностической помощи больным глаукомой и возможность участия семейного врача в его улучшении

Салихова К.М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования врачей им. А.Алиева

**Введение.** В Англии функционирует исследовательская группа по изучению скрининга глаукомы, которая подтверждает целесообразность поиска новых вариантов раннего выявления глаукомы. Необходимость привлечения служб первичного звена здравоохранения в процесс раннего выявления глаукомы хорошо прослеживается из исследования А.Е. Ворониной. Всем пациентам старше 35 лет необходимо раз в два года, а лицам старше 50 лет ежегодно измерять внутриглазное давление. Группу риска развития глаукомы составляют: родственники больных глаукомой, больные сахарным диабетом, гипертонической болезнью, миопией высокой степени. Этим пациентам рекомендуется измерять внутриглазное давление не менее 2-х раз в год, начиная с 35 лет. В Азербайджане возможность улучшения качества лечения больных глаукомой с участием семейного врача пока до конца еще не изучена.

**Цель исследования:** Оценить возможности улучшения качества лечения больных глаукомой с участием семейного врача.

**Материалы и методы.** Изучением заболеваемости населения глазными патологиями, характеристикой контингента больных, а также определением факторов риска ранее нами была установлена потребность населения в офтальмологической амбулаторно-поликлинической помощи (посещаемость врачей). Эта информация служила научной базой для оценки потенциальной роли семейного врача в медико-санитарном обеспечении офтальмологических больных на первичном уровне. При этом, использован аналитический, балансовый и экспертный методы оценки, при помощи, которых были

отобраны медицинские услуги, необходимые для офтальмологических больных (профилактические, диагностические, лечебные и реабилитационные), которые соответствуют компетенциям семейного врача. Для экспериментального доказательства роли семейного врача в медицинском обеспечении офтальмологических больных было планировано проспективное наблюдение с нашим (врач-офтальмолог по базовому образованию, ассистент кафедры семейной медицины) участием на базе поликлиники №3 (база кафедры семейной медицины Азербайджанского Государственного Медицинского Университета).

**Полученные результаты.** Экспертная оценка показывает, что при табельном оснащении городской поликлиники и кабинета семейного врача такие методы, как офтальмоскопия, визиометрия, определение рефракции с помощью пробных линз, тонометрия, подбор очковой коррекции могут быть выполнены на первичном медико-санитарном уровне. Кроме того, для выявления факторов риска и организации наблюдения в группах риска важное значение имеет семейный анамнез, который не нашел должное место в работе поликлинических врачей. В первичных документах не отражена генеалогия больных глаукомой. Эту важную работу можно возложить на семейного врача, который на основе семейного анамнеза может осуществлять плановые обследования всех членов семей для раннего выявления подозрений на глаукому. Стандарты предусматривают назначение всем пациентам с глаукомой лечебно-оздоровительного режима. Фактически эта работа нашла отражение в документах 46% пациентов Национального Центра Офтальмологии имени академика З.Алиевой и 18% пациентов городской поликлиники №3. Таким образом, семейный врач может выполнять в соответствии со своими профессиональными компетенциями существенную часть диагностических (особенно анамнестических) и лечебных мероприятий при лечении больных глаукомой.

## The influence of thyroid state on biochemical markers of bone metabolism

Farida Mammadkhanova<sup>1</sup>,  
faridamamedkhanova@gmail.com

Gulnara Azizova Ph.D, MD<sup>2</sup>

<sup>1</sup>PhD student at Khazar University, Department of Biological Sciences. Doctor of Laboratory medicine at Bona Dea International Hospital. Baku, Azerbaijan.

<sup>2</sup>Biochemistry Department of Azerbaijan Medical University. Chief of Biochemistry Department. Baku, Azerbaijan.

**Keywords:** Thyroid hormones, Thyroid disease, Osteoporosis, Osteocalcin and  $\beta$ -CrossLaps, TSH, free thyroxine (fT4), free triiodothyronine (fT3).

**Introduction:** Thyroid hormones are essential for normal development and function of human skeleton. In hyper- and hypothyroidism condition observed increased fracture risk. Thyroid hormones bind to nuclear receptors and regulates gene transcription via interaction with thyroid hormone response elements of specific genes. Free Triiodothyronin (fT3) stimulate both bone formation and resorption processes.

**Aim:** To elucidate the effect of both excess as well as deficiency of fT3 and fT4 on the serum osteocalcin and  $\beta$ -CrossLaps levels.

**Material & Methods:** Clinical samples for the study were collected during a year period from January to November 2019 at the Central Laboratory of the Surgical Clinic Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan. Twenty hyperthyroid (16 females, 4 male) and twenty hypothyroid (17 females, 3 male) patients aged 20-60 years were selected for the study. The control group include also 20 healthy patients with no history of chronic disease from 25-35 ages. Quantitative determination of serum osteocalcin (N-MID Osteocalcin) and beta-CrossLaps ( $\beta$ -CrossLaps/serum) bone markers were analysed by electrochemiluminescent (ECLIA) enzyme immunoassay for in-vitro

diagnostic using Roche cobas e 411(Germany) analyser. For the thyroid profile analysis also were used Roche cobas e 411(Germany) analyser. The results of all variables are reported as the mean $\pm$ S.D. Independent t-test was used to compare the difference of the values between hyper- and hypothyroid state and control patients. The analysis was performed by using GraphPad Prism Software. The p-value <0.05 was considered as statistically significant.

**Results:** Osteocalcin and  $\beta$ -CrossLaps were significantly increased in hyperthyroid patients compared to the control group. Serum bone markers levels, osteocalcin and  $\beta$ -CrossLaps, were higher in hyperthyroidism in relation to control group (25.42 $\pm$ 11.57 vs. 15.44 $\pm$ 3.49 ng/mL, p=0.0025 and 0.477 $\pm$ 0.309 vs. 0.244 $\pm$ 0.07 ng/mL, p=0.0063, respectively). In our study the osteocalcin level in hypothyroid patients have not large deviation in comparison with the control group and considered statistically not significant (20.43 $\pm$ 6.05 vs. 15.44 $\pm$ 3.49 p=0.0668). However, the bone resorption marker  $\beta$ -CrossLaps in hypothyroidism was significantly increased in compare to the control patients (0.430 $\pm$ 0.194 vs. 0.244 $\pm$ 0.07 p=0.0001).

**Conclusion:** Our recent study suggests that the osteocalcin and  $\beta$ -CrossLaps are a non-invasive markers, which can be used in investigation the pathologies of bone metabolism during thyroid disfunction. Therefore, based on our study and recent studies early management of thyroid disorders are essential for the prevention bone related complication.

## Varikozxəstəliyi və residivlərinə səbəb olan perforant venaların müalicəsinə müasir yanaşma

Əliyev M.S<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ə.Əliyev adına ADHTİ-nin Cərrahiyyə kafedrası, Bakı, Azərbaycan  
e-mail: [mahir.s.aliyev@gmail.com](mailto:mahir.s.aliyev@gmail.com)

Tədqiqatın nəticələri: Perforant venaların çatışmamazlığı varikoz xəstəliyinin (VX) yaranmasının əsas səbəblərindən biridir. Residiv varikoz xəstəlikləri arasında (RVX) perforant venaların çatışmamazlığı səbəbindən təkrarlanan residiv əlavə qrup olaraq göstərilə bilər, hansı ki bu xəstəliyin ilkin müdaxiləsində PV çatışmamazlığı müşahidə olunmayıb. Tədqiqatın məqsədi VX və RVX-lərində PV-ların endovazal lazer ablasiyasının effektivliyinin qiymətləndirilməsidir.

Metodlar: Aparılan tədqiqatlara genişlənmiş perforant vena səbəbindən yaranan VX və RVX-yi olan 95 xəstə (76 qadın, 19 kişi) orta yaş həddi 46 (32-dən 75-ə qədər) daxil edilmişdir. Bütün xəstələrə 1470 nm dalğa uzunluqlu, "slim" lazer işıq ötürücüsündən istifadə edərək EVLO icra olunmuşdur. Bütün xəstələrdən diqqətli olaraq anamnez toplanıb, ətrafların dupleks angiografiyası müayinəsindən keçirilmişdir.

Nəticələr: Lazer ucluğun dəridən perforant venaya daxil edilməsi 92 xəstədə uğurla sonlandırıldı, 3 xəstədə isə punksiya zamanı dərialtı hematoma yarandı ki, buda təkrarı müdaxiləyə ehtiyac oldu. Bütün xəstələrdə proseduru rahat keçirdilər. Müdaxilə olunmuş PV diametri 3.9 mm (3.1mm-dən – 5.0 mm qədər), uzunluğu isə 3.5 sm (2.2 sm-dən 6.5 sm-ə qədər). PV-ların obliterasiyası 93 xəstədə uğurla sonlandırılması dupleks doplerografiya müayinəsi ilə təstiqləndi. Perforant venalarda enerji sərfiyyatının orta qədəmi 310 G təşkil etdi. Əməliyyatdan sonrakı müddətdə ağrı 14 xəstədə (14.8%), ekzimoz 27 xəstədə (28.4%), indurasiya isə 12 xəstədə (12.6%) müşahidə

edildi. Paresteziyadan 47 xəstə (49.7%) şikayət etdi. Əməliyyatsonrakı müddətdə heç bir xəstədə yanq yarası və ya arteriovenoz fistula kimi ağırlaşma müşahidə edilmədi.

Yekun: Tədqiqatlarımız sonrası qərara aldıq ki ambulator şəraitdə ararılan EVLO perforant venaların obliterasiyasında daha az travmatik üsüldür. İndividual olaraq seçilmiş enerjini vasitəsilə düzgün icra olunmuş EVLO-ya, VX və VXR nin müalicəsi zamanı PV obliterasiyasında düzgün müalicə metodu olaraq demək olarki, bu xəstəliklərin müalicəsində istifadə olunan ənənəvi cərrahi müalicədən daha effektivdir.



## Применение ирбесартана для лечения лиц с впервые выявленной артериальной гипертензией с низкой степенью риска в практике семейного врача

Салихов М.С., Шахбазбекова С.К. Расул И.Т., Пашаева Д.Ю.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>АМУ, кафедра семейной медицины, Баку, Азербайджан

**Целью** данного исследования являлось изучение эффективности и безопасности применения ирбесартана (*Irbesartanum*)-блокатора рецепторов ангиотензина II для лечения пациентов с впервые выявленной артериальной гипертензией с низкой степенью риска в практике семейного врача.

**Материалы и методы.** Предварительно у 54 пациентов в возрасте от 30 до 45 лет был собран детальный анамнез, факторы риска, определены антропометрические показатели, рассчитан индекс массы тела (ИМТ), проводились измерения частоты сердечных сокращений (ЧСС) и артериального давления (АД), а также лабораторно-инструментальные исследования (общий анализ крови и мочи, уровень глюкозы в крови натощак и тест толерантности к глюкозе, липидный спектр, уровень креатинина, мочевины, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ почек и надпочечников, рентгенография органов грудной клетки). На основании полученных результатов пациентам впервые была диагностирована артериальная гипертензия и их разделили на лиц низкого, среднего, высокого и очень высокого риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Оценка результатов лечения изучалась у пациентов (n=17 чел.) с показателями АД 150(±10)/90(±8) мм рт.ст. и низкой степенью риска, которым на фоне соблюдения рекомендаций по изменению образа жизни назначена монотерапия ирбесартаном

150 мг 1 раз/сут вне зависимости от приема пищи. Контроль АД проводился через 2 недели после назначения и повторно через месяц.

**Результаты.** Через 2 недели и месяц регулярного приема препарата снижение АД составило соответственно 8.5/5.7 мм рт.ст. и 19.0/13.2 мм рт.ст., при этом каких-либо побочных эффектов не наблюдалось. Таким образом, у всех пациентов был достигнут целевой уровень АД без назначения другого антигипертензивного препарата.

**Заключение.** В различных исследованиях показано, что период полувыведения ирбесартана составляет 11–15 часов, что особенно важно для предотвращения утренних пиков АД. Другим преимуществом ирбесартана является однократный прием, а также то, что действие его не зависит от приема пищи. В связи с вышесказанными и наряду с хорошей переносимостью моно терапия ирбесартаном рекомендуется нами при лечении лиц с впервые выявленной артериальной гипертензией и низкой степенью риска в практике семейного врача.

## Определение уровня марганца, железа и магния в крови у пациентов с высоким нормальным артериальным давлением в сочетании с астенией

Салихов М.С., Расул И.Т., Шахбазбекова С.К.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>АМУ, кафедра семейной медицины, Баку, Азербайджан

**Целью:** Исследования явилось определение концентрации марганца (Mn), железа (Fe) и магния (Mg) в крови и корреляционных взаимоотношений между ними у лиц с высоким нормальным артериальным давлением (ВНАД) и сопутствующей астенией.

**Материалы и методы.** Обследовано 77 пациентов с ВНАД и астеническими расстройствами (основная группа), 50 пациентов с ВНАД без астенических расстройств (группа сравнения) и 20 практически здоровых лиц (контрольная группа). Для оценки астении использовали опросник MFI-20 (Multidimensional Fatigue Inventory). У каждого пациента натощак производился забор венозной крови в количестве 5 мл в вакуумную пробирку с активатором свертывания крови (с красной крышкой). Затем образец крови центрифугировали при 3000 об/мин в течение 15 мин при комнатной температуре для отделения сыворотки, которую в количестве 2 мл аликвотировали в пробирку Эппендорфа и оставляли при -80°C до дальнейшего анализа. Определение концентрации ионов магния, железа и марганца в сыворотке проводили методом рентгенофлуоресцентной спектрометрии.

**Результаты.** Концентрация Mg в сравнении с контрольной группой статистически значимо

снижена (на 30,8%) у пациентов основной группы. В группе сравнения относительно контрольной уровень Mg оказался сниженным на 20,9%. Средняя концентрация Fe в сыворотке крови у пациентов основной группы была статистически значимо ниже в сравнении с группой сравнения и контрольной группой, соответственно в 2,2 раза и 4,7 раза. Средняя концентрация Mn основной группе была ниже, чем в группе сравнения в 6,2 раза и ниже, чем в контрольной группой в 8,1 раза.

**Заключение.** Во многих исследованиях показано, что дефицит магния играет важную роль в патогенезе астении, а недостаточное количество марганца и железа способствует хронической усталости. У наших пациентов определяется недостаточный уровень магния, железа и марганца в сыворотке крови, а также нарушение межэлементных корреляционных связей, и эти изменения могут быть использованы как прогностический инструмент для диагностики у лиц с ВНАД астенических расстройств.

## Коморбидность у больных с артериальной гипертензией

Гумбатова А.Н., Гахраманова С.М., Алиева Б.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедра «Клиническая фармакология»  
Азербайджанский Медицинский Университет

Цель исследования: изучить качество жизни у больных артериальной гипертензией с коморбидными эффективными расстройствами тревожно-депрессивного синдрома.

### *Материалы и методы исследования*

Обследованы 102 больных с Гипертонической болезнью 2 стадии, находившихся на амбулаторном лечении (60 мужчин и 52 женщин) в возрасте 40-71 лет.

В исследование включались пациенты, получавшие комбинированные гипотензивные препараты согласно рекомендациям Европейского Общества Кардиологов (ЕСК) и Европейского Общества Гипертензии (ESH) 2018 года. Качество жизни у больных изучалось по Анкете для оценки профиля здоровья в кардиологии (CardiacHealthProfile).

**Результаты** Полученные результаты исследования, позволили нам выяснить, что пациенты с артериальной гипертензией, имеющие коморбидные расстройства воспринимают артериальную гипертензию как болезнь более негативно, чем больные с гипертонической болезнью без аффективных нарушений. По сравнению с группой пациентов с артериальной гипертензией без нарушения настроения, больные с АГ с коморбидными нарушениями с преобладанием депрессивного компонента характеризуются более низким качеством жизни.

У мужчин, страдающих гипертонической

болезнью и, имеющие коморбидные расстройства, показатели качества жизни значительно ниже.

### *Заключение*

Результаты проведенного исследования показали, что среди больных с артериальной гипертензией, имеющие коморбидные тревожно-депрессивные расстройства наиболее низкие показатели качества жизни, чем у пациентов без аффективных нарушений. Причем, у мужчин по сравнению с женщинами достоверно низкие показатели качества жизни.

## Некоторые параметры уровня эритропоэтина в плазме крови у больных хронической сердечной недостаточностью с анемией

Захидова К.Х.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева, кафедра кардиологии, Баку, Азербайджан.

**Ключевые слова:** ферритин, NTproBNP, метокси полиэтилен гликолэпоетин бета, внутривенное железо.

**Цель.** Изучить уровень ЭПО у пациентов ХСН с анемическим синдромом для более точной оценки тяжести, течения заболевания и разработки коррекции анемии в зависимости от анемии.

**Материалы и методы исследования.** Было обследовано 208 больных ХСН ишемической этиологии I-IV ФК по NYHA: из них у 174 больных была диагностирована анемия. В качестве контрольной группы обследованы 34 больных с диагнозом ХСН ишемической этиологии без анемии обоих полов. Средний возраст больных составил  $60,6 \pm 1,4$  года. Средняя продолжительность заболевания  $16,5 \pm 1,2$  лет. У всех больных диагностировалась анемия при уровне гемоглобина (Hb) у мужчин менее 120 г/л и у женщин менее 110 г/л. У всех пациентов были обследованы уровни плазменного ЭПО, ферритина, сатурация трансферрина, NTproBNP. Определение ЭПО проводилось иммуноферментным анализом (ИФА). Также всем больным ХСН были проведены эхокардиографические показатели систолической и диастолической функции миокарда ЛЖ, 6 – минутный дистанционный тест. Всем больным проводилось повторное исследование через 1 месяц. ЭХОКГ и Допплер ЭХОКГ исследования повторно проводились через 20 недель. Все пациенты, включенные в протокол исследования до начала программы лечения получали следующую медикаментозную терапию: ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина – II, пролонгированные нитраты, диуретики, дигоксин,  $\beta$ -адреноблокаторы в индивидуально подобранных дозах и согласно

Национальным рекомендациям лечения ХСН. В процессе проводимого исследования в зависимости от уровня плазменного ЭПО больных ХСН с анемией разделили на 4 рандомизированные группы по проводимой терапии.

**Результаты.** Полученные результаты по исследованию уровня ЭПО представили несомненно интересный материал, который позволил разделить больных ХСН с анемией в зависимости от уровня ЭПО в плазме крови на больных ХСН с гиперэритропоэтиемией, нормоэритропоэтиемией, гипоэритропоэтиемией. У 63 (36,2%) больных с ХСН и анемическим синдромом имели нормальный уровень ЭПО –  $24,5 \pm 4,6$  МЕ/мл у женщин ( $p < 0,01$ ) и  $18,8 \pm 3,7$  МЕ/мл ( $p < 0,01$ ) у мужчин. Это были больные I-III Ф.К. ХСН. Данная категория больных была названа больные ХСН с нормоэритропоэтиемией. У 78 (44,8%) пациентов ХСН с анемией наблюдалась гипоэритропоэтиемия. Уровень плазменного ЭПО у них составил  $1,4 \pm 0,9$  МЕ/мл ( $p < 0,001$ ) у женщин, а у мужчин  $-0,76 \pm 0,03$  МЕ/мл ( $p < 0,05$ ). Это были больные ХСН III-IV Ф.К. ХСН. Данная категория больных представлена, как пациенты ХСН и анемией с эритропоэтиновой недостаточностью. У 33 (18,96%) пациентов ХСН с анемией наблюдалась гиперэритропоэтиемия. Уровень плазменного ЭПО у них составил  $85,8 \pm 11,2$  МЕ/мл ( $p < 0,001$ ) у женщин, а у мужчин  $118,4 \pm 23,7$  МЕ/мл ( $p < 0,05$ ). Данная категория больных представлена, как пациенты ХСН и анемией с гиперэритропоэтиемией, причем – это были пациенты ХСН III-V Ф.К. с ПК, у которых наблюдался сопутствующий СД 2 типа. У пациентов II группы, которым была назначена терапия МЭБ у пациентов ХСН I-II ФК с анемией уровень ЭПО в плазме крови на фоне лечения достоверно повысился в 2,2 раза ( $p < 0,01$ ). У больных ХСН с анемией, получавших комбинированную терапию базисных препаратов с МЭБ, наблюдалась гипоэритропоэтиемия. На фоне проведенного лечения у пациентов с ХСН I-II ФК и III-IV ФК происходит достоверное повышение уровня плазменного ЭПО на 630,3% или 7,3 раза ( $p < 0,01$ ) и 460,1% или 5,6 раза ( $p < 0,001$ ).

**Заключение.** Из вышеуказанного следует, что у всех пациентов ХСН с анемией перед назначением терапии с целью коррекции анемического синдрома необходимо тщательно проверить уровень плазменного ЭПО.

## Психологическое сопровождение больных сахарным диабетом

М.И. Плугина, Е.И. Андреева<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Среди всех болезней, представляющих угрозу для жизни человека сегодня, одно из ведущих мест (уступая первенство сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям) занимает сахарный диабет. Существующие данные официальной статистики показывают, что это заболевание не просто является лидирующим. Суть проблемы заключается в том, что количество заболевших с каждым годом увеличивается, как среди взрослого населения, так и среди детей.

Учитывая серьезность болезни, тяжесть ее последствий для жизнедеятельности человека, необходимо объединять усилия специалистов для минимизации факторов риска, способствующих ее возникновению и развитию. Безусловно, решением этих задач, в первую очередь, занимаются врачи. Но сегодня необходимы междисциплинарный и межведомственный подходы, способные обеспечить поддержание и укрепление здоровья больных сахарным диабетом (СД), а также предотвратить его возникновение у людей, представляющих группу риска. Иначе говоря, предупреждение развития, лечения и состояние больных сахарным диабетом зависят как от усилия врачей, так и от своевременной психологической помощи, которую способны оказывать медицинские психологи.

В основе вопроса, связанного с деятельностью медицинских психологов, оказывающих помощь, поддержку страдающим этим заболеванием, их реабилитацию, находится накопленный и описанный опыт успешного функционирования служб психологического сопровождения человека на разных этапах его развития, в различных сферах деятельности, в процессе переживания сложных жизненных ситуаций и пр. Так в

конце XX-го столетия А.Г. Асмолов (1996г.), проводя анализ психологической базы сопровождения, установил взаимосвязь этого процесса с социально-историческим образом жизни субъекта деятельности, в котором проявлялись социальные позиции личности, обуславливающие выбор определенных видов деятельности и проявление индивидуальности.

В общем виде «психологическое сопровождение» понимается как процесс взаимодействия психологической науки с практической деятельностью психологов, в рамках которого решаются задачи оказания помощи, поддержки человеку с целью повышения качества его жизнедеятельности, ее оптимизации, изменения ориентационного пространства развития личности; разрешения проблем в области обучения, воспитания, социализации, формирования и коррекции всех субъектов труда и жизни, попадающих в поле деятельности представителей психологической службы др. [7].

Ведущей целью сопровождения рассматривается работа по усилению позитивных и нейтрализации негативных факторов, воздействующих на развитие личности, что указывает на необходимость учета внешних условий, преобразование которых обеспечивает возможность укреплять внутренний потенциал личности [7]. Эта цель является одной из ведущих и при реализации идей психологического сопровождения в сфере здравоохранения, что связано с деятельностью медицинских психологов, направленной на актуализацию и реализацию личностного потенциала, обеспечивающего клиентам возможность успешно преодолевать факторы риска; ориентироваться на поддержание и укрепление своего здоровья; формировать самоустановки на ведение здорового образа жизни; приобретать позитивный опыт «борьбы с болезнью». В совокупности с внешними, благоприятными условиями такая работа может дать желаемый эффект.

Практика показывает, что сегодня медицинские психологи берут на себя решение ряда сложных задач, связанных с



психологической профилактикой, диагностикой, реабилитацией, коррекцией больных с психосоматической и сомато-психической патологией, а также с пограничными нервно-психическими расстройствами, с предболезненными состояниями, с дефектами психического развития детей и подростков. Все это значительно сокращает нагрузку врачей и находит отражение в документах, регламентирующих функции медицинского психолога. В частности, в исследованиях Русиной Н.А., где она обращается к законодательной базе, подчеркивается, что психологи имеют право использовать психологические методы, способы, технологии при нейропсихологическом обследовании, психологической коррекции, психологическом консультировании и психотерапии психоэмоциональных состояний пациентов при активном преобразовании условий внешней среды и использовании ее потенциала [3]. При этом ставится не только задача организации психологического сопровождения профилактического, лечебного, реабилитационного процесса пациентов, но и оказание поддержки врачам, руководителям медицинских организаций.

Существующая практика показала, что психологическое сопровождение важно для пациентов, имеющих различные заболевания, но, в первую очередь, это актуально для тех, у кого в основе заболевания находится большое количество психологических факторов риска (психогенные заболевания). В этом случае роль медицинского психолога заключается в формировании осознанного понимания пациентами психологических причин возникновения болезни: конфликты, психические травмы, депрессии, повышенная тревожность, внушения и самовнушения, закрепившиеся патогенные реакции и состояния. Именно к таким заболеваниям относится сахарный диабет, в основе которого, по мнению Лиз Бурбо, находятся проблемы эмоциональной сферы человека: повышенная впечатлительность, ответственность, забота о других, глубокая

грусть, вызванная неудовлетворенной жадой нежности и любви и др. [2]. И, если посмотреть картину возникновения и течения сахарного диабета, то видно, что, кроме специфических наследственных, биологически обусловленных предпосылок и факторов, около 25% больных имели постоянные психоэмоциональные напряжения. А все, что испытывает человек, в своей основе имеет процесс и результат химических реакций, и, чем больше негативных раздражителей воздействует на него, тем больше выделяется стрессовых гормонов: возбуждение - активизируется работа парасимпатического отдела нервной системы - подавляется выработка инсулина - повышается уровень глюкозы (синтезу которой способствует кортизол, вырабатываемый при стрессе) - начинает страдать поджелудочная железа (что приводит к накоплению энергии, требующей своего выхода во внешний мир). И, если человек испытывает постоянный стресс, а энергия, накапливаясь, не находит выхода, то это прямой путь к диабету.

Такие выводы получены в результате многочисленных исследований. В частности, было доказано, что переживание сильных отрицательных эмоциональных состояний сопровождается такими проявлениями как изменение обмена веществ, содержания сахара в крови, вязкости крови, расширения или сужения сосудов головного мозга, а также изменение в функционировании сердца, почек, легких [4]. В свою очередь, это сопровождается астенической симптоматикой: повышенная утомляемость, нарушение сна, головные боли, снижение работоспособности и пр. Несмотря на то, что такие изменения имеют физиологическую основу, наблюдается их тесная связь с психологическим состоянием больных, т.к. отрицательные эмоции часто становятся «пусковым механизмом» для «сбоя» в питании мышц, следствием чего является снижение способности личности к защите от стрессогенных факторов. Такая взаимосвязь была описана в концепции У. Кэннона (1955г.). Исследователь при изучении роли

эмоциональных факторов в возникновении и течении сахарного диабета доказал, что страх и тревога вызывают гликозурию у здоровых кошек и людей. При этом у здоровых людей лишь в редких случаях возникает «эмоциональная гипергликемия». Эти данные доказывают, что эмоциональный стресс у здоровых, любые изменения, вызванные эмоциями, компенсируются под влиянием физиологических механизмов, а у больных СД обостряет течение болезни. Поэтому в процессе психологического сопровождения страдающих сахарным диабетом важное место в деятельности медицинского психолога занимает его работа с механизмами психологической защиты (вытеснение, проекция, сублимация, регрессия, отрицание, соматизация, подавление, интеллектуализация, аскетизм и др.).

Сами механизмы психологической защиты понимаются как способ борьбы «Я» с болезненными переживаниями, сложно переносимыми для субъекта переживаний. Несмотря на то, что это способствует сохранению, защите личности от разрушения или деформаций, сохранению ее здоровья, здесь есть существенные «минусы»: психологические механизмы, формируясь в межличностных отношениях, в последующем становятся внутренними характеристиками личности и «искажают» реальность [5].

В других исследованиях отмечается, что для всех эндокринных заболеваний характерен психоэндокринный синдром, особенностью которого является снижение физической и психической активности; существенное изменение влечений, инстинктов, общего тона настроения, гнев, депрессия, раздражительность, обидчивость; повышенная утомляемость и, как следствие, снижение работоспособности; ухудшение когнитивных процессов – ослабление памяти, мышления, внимания; нарушения пищевого поведения и др. [1].

Все это осложняет болезнь, ее лечение, и нет единого фактора, который приводит к успеху. По мнению Сницер Ю.С., здесь должны совпасть несколько факторов: особенности личности больного,

профессиональная компетентность врача и ближайшее окружение больного [6]. К этому исследователь добавляет в качестве важного фактора - необходимость посещения больного с СД психолога. Данные о психоэмоциональных состояниях больного СД, полученные медицинским психологом, могут существенно обогатить картину, которую диагностирует врач.

С целью выявления психологических факторов риска, влияющих на состояние больных СД, мы провели анкетирование. В опросе участвовали 36 пациентов (от 18 до 80 лет) эндокринологического отделения краевой клинической больницы г. Ставрополя. В результате обобщенного анализа ответов было установлено, что 72,2% опрошенных часто испытывали страхи за себя и своих близких; для 88,9% испытуемых характерно самостоятельное преодоление сложных жизненных ситуаций; 72,2% впадают в депрессию при восприятии ситуации как неразрешимой; такое же количество опрошенных имеют нарушения сна (72,2%). Эти результаты подтверждают выводы, сделанные как отечественными, так и зарубежными исследователями. Но, как положительный, мы оценили тот фактор, что только 33,3% отметили у себя увеличение приема пищи.

Ответы на последующие два вопроса еще раз подтверждают необходимость работы медицинских психологов с этой категорией больных. На вопрос: «Изменилось у Вас отношение к себе после того, как Вы узнали о своем диагнозе?» - 55,6% испытуемых ответили утвердительно. При этом среди опрошенных не было больных с ампутациями конечностей и полной потерей зрения. Именно у таких пациентов наблюдаются наиболее сильные искажения образа – «Я».

Среди ответов на вопрос: «Считаете Вы, что окружающие относятся к Вам «иначе», чем к здоровым людям?» 61,1% ответили «да»; 33,3% - «нет»; 5,6% - «не знаю». Это говорит о наличии проблем у больных и о том, что медицинские психологи могут взять на себя решение задач по коррекции

самооценки, самоотношению, адаптации к своему новому образу жизни и к социуму.

Последние вопросы анкеты предполагали открытые ответы. На вопрос: «Какие новые личностные качества появились у Вас в процессе болезни?» были названы как положительные, так и отрицательные характеристики. К положительными личностным качествам, которые позволяют принять СД в качестве «образа жизни», мы отнесли следующие приобретенные характеристики: организованность, ответственность. Один ответ был кратким, но глубоким - любовь к жизни.

К наиболее часто повторяемым негативным характеристикам можно отнести: раздражительность, агрессию, мнительность. Несмотря на это, вопрос «Какой совет Вы дадите людям, которые только узнали о своем диагнозе?», были получены следующие ответы: не паниковать; лечиться и не унывать; следить за сахаром; правильно питаться; вести здоровый образ жизни; постоянно обращаться к докторам и выполнять их рекомендации; быть ответственным, но не заикливаться на своей болезни; следить за общим состоянием здоровья и др.

На последний вопрос «Какой совет Вы дадите здоровым людям?» испытуемые ответили: проверяйте кровь на сахар; прислушивайтесь к своему организму; берегите себя и больше делайте добра; меньше стрессуйте; цените жизнь; ведите здоровый образ жизни; следите за здоровьем, цените жизнь; радуйтесь каждому дню; помогайте больным и т.д.

Эти ответы еще раз подтверждают важность психологической составляющей в жизнедеятельности человека: образ жизни, переживание сильных, часто отрицательных эмоций, наличие сложных жизненных ситуаций, неумение справляться со стрессами, отсутствие своевременной психологической поддержки специалистов и близких способствует возникновению и усугубляет течение болезни, формирует отрицательные качества, разрушает целостную Я-концепцию и пр. И здесь огромное поле деятельности у медицинских психологов, которые могут посредством психологического сопровождения больных СД актуализировать их

личный потенциал, изменить установки, мотивацию к жизни и при активном взаимодействии с врачами существенно изменить состояние и качество самой жизни этих людей.

#### Список литературы:

1. Аметов А.С., Соловьева О.Л. Сердечно-сосудистые осложнения при сахарном диабете: патогенез и пути коррекции // РМЖ. 2011. №27. С. 1694
  2. Лиз Бурбо. Твое тело говорит: люби себя! М.: Из-во «София», 2018. 320с.
  3. Русина Н.А. Проблемы профессиональной деятельности психолога в здравоохранении // Электронный научный журнал «Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие». 2015, № 1(8). С. 20-29.
  4. Морозов Г.В., Ромасенко В.А. Нервные психические болезни: Учебник. М.: Медицина, 1987. 336с.
  5. Психология: Практикум для студентов медицинских вузов /Под ред. Н.Д. Твороговой. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. 256с.
  6. Сницер Ю.С. Психологические особенности больных сахарным диабетом // Молодой ученый, 2016. №8. С. 37-39.
- Сопровождение личностно- профессионального развития студентов в педагогическом вузе. Научно-методическое пособие. СПб., 2002.

## 2-ci tip şəkərli diabet xəstəliyindən əziyyət çəkən qadınlarda həyat keyfiyyəti və uyğunlaşma mexanizmlərinin öyrənilməsi

L.A.Mehdizadə, S.Ə.Katibli<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ATU-nun Psixiatriya kafedrası

E-mail: [leyla.mehdizada@gmail.com](mailto:leyla.mehdizada@gmail.com)

Əlaqə nömrəsi: +994553803047

**Açar sözlər:** *ikinci tip şəkərli diabet, həyat keyfiyyəti, uyğunlaşma mexanizmləri*

2-ci tip şəkərli diabetdən əziyyət çəkən xəstələrin həyat keyfiyyəti problemi dünya miqyasında mütəxəssislərinə rahat edən aktual məsələlərdən biridir. Məlum olduğu kimi, xəstələrin psixo-emosional vəziyyəti və həyat keyfiyyəti onların psixi və fiziki sağlamlıq dərəcəsi ilə bilavasitə qarşılıqlı əlaqədədir. Şəkərli diabet xəstəliyinə olan mənfi münasibət, eyni zamanda qeyri-stabil psixo-emosional vəziyyət, xəstənin xəstəlik şəraitində mövcud vəziyyəti düzgün qiymətləndirməsi və əlamətləri aradan qaldıra bilməsinə səbəb olan başlıca amillərdəndir. 2-ci tip şəkərli diabetdən əziyyət çəkən xəstələrin psixi vəziyyəti ilə bağlı kifayət qədər araşdırmaların olmasına baxmayaraq, bu qrupdan olan qadın xəstələrin psixoemosional vəziyyəti ilə həyat keyfiyyəti arasında qarşılıqlı əlaqənin öyrənilməsi aktual problem olaraq qalmaqdadır.

**Tədqiqatın məqsədi :** İkinci tip şəkərli diabetdən əziyyət çəkən qadın xəstələrdə psixoemosional vəziyyətlə həyat keyfiyyəti və adaptasiya mexanizmlərinin qarşılıqlı əlaqə mexanizmlərini araşdırmaq.

**Material və metodlar:** Tədqiqata Azərbaycan Tibb Universitetinin Tədris Terapevtik Klinikası və Respublika Endokrinoloji Dispanserdə 2-ci tip şəkərli diabetdən müalicə qəbul edən 38 qadın pasient cəlb edilmişdir.

Bütün müayinə olunan xəstələr araşdırmaya könüllü olaraq qatılmış və tədqiqatın məqsədləri və mümkün riskləri barədə məlumatlandırılmışdır. Tədqiqat 2017-2018 illəri ərzində aparılmışdır.

Tədqiqat zamanı 2-ci tip şəkərli diabet xəstəliyindən əziyyət çəkən 38 qadın xəstənin psixodiagnostik müayinəsi aparıldı. Müayinə olunan xəstələr arasında orta yaş qrupu 49,7+-8. olmuşdur. Statistik hesablama nəticəsində

məlum olmuşdur ki, xəstələrin əksəriyyəti 5 ildən artıq müddətdə 2-ci tip şəkərli diabetdən əziyyət çəkən xəstələr kateqoriyasına aiddir. Xəstələrin müayinəsi zamanı əldə edilən məlumatlar 38 şərti sağlam qadınlardan ibarət olan nəzarət qrupu ilə müqayisə edildi. Nəzarət qrupundakı orta yaşın 49+-8,8 olduğu müəyyən edilmişdir.

Xəstələrdə uyğunlaşma mexanizmləri Carver tərəfindən təklif edilmiş COPE şkalasından istifadə edərək müəyyən edilmişdir. Eyni zamanda, SF-36 şkalası istifadə edilərək fərdlərin həyat keyfiyyətinin xüsusiyyətləri öyrənilmişdir.

SF-36 şkalasını təhlil edərək psixi sağlamlıq, fiziki funksionallıq, rol funksionallığı, fiziki şikayətlər, ümumi sağlamlıq, həyat fəaliyyəti, sosial fəaliyyət, emosional vəziyyət kimi göstəricilərdə fərqlərin olduğu aşkarlandı.

Qeyd etmək vacibdir ki, xəstələr arasında uyğunlaşma mexanizmlərinin səviyyəsinin onların həyat keyfiyyəti ilə mütənasib olduğu statistik göstəricilərlə sübut olunmuşdur. Tədqiqat zamanı məlum olmuşdur ki, qadın xəstələr arasında yayınma və xaricolma, eyni zamanda öz dininə müraciət etmək halları ən çox üstünlük təşkil edən uyğunlaşma mexanizmləridir.

**Nəticə:** Statistik göstəricilərə əsasən ikinci tip şəkərli diabet xəstəliyindən əziyyət çəkən qadın xəstələrdə yüksək səviyyədə təşviş və depressiya əlamətləri, həmçinin, həyat keyfiyyətinin psixi sağlamlıq, sosial fəaliyyət, rol oyunları və fiziki funksionallıq kimi göstəricilərində negativ istiqamətdə dəyişikliklərin olduğu müəyyən edilmişdir.

Beləliklə, ikinci tip şəkərli diabetdən əziyyət çəkən qadın xəstələr üçün aşkar psixo-emosional pozuntular xarakterikdir. Bu isə öz növbəsində ikinci tip şəkərli diabet xəstəliyinin mümkün ilkin əlamətləri kimi müşahidə oluna bilər. Həmçinin, xəstəliyin meydana çıxması və progressivləşməsinə təkan verən, gedişatına mənfi təsir göstərən amillərdən biridir.

Əldə etdiyimiz məlumatlar qadın cinsinə mənsub ikinci tip şəkərli diabet xəstələrinə yardım edən zamanı onların psixo-emosional vəziyyəti ilə yanaşı uyğunlaşma mexanizmlərində yaranmış olan dəyişiklikləri nəzərə almağın son dərəcə vacib olduğunu sübut edir.



## Основные неинфекционные заболевания органов дыхания среди взрослых города Баку: результаты популяционного исследования

И. М. Ахундова, Г. Р. Алиева, И. А. Мустафаев<sup>1</sup>

<sup>1</sup>НИИ Легочных Заболеваний Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики

Борьба с неинфекционными заболеваниями (НИЗ) одна из основных и значимых задач ВОЗ с начала нашего века. Хронические патологии органов дыхания являются одними из основных и самых распространенных среди неинфекционных заболеваний. Во многих странах мира такие неинфекционные респираторные заболевания как хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и бронхиальная астма (БА) ввиду различных причин остаются не диагностированными, вследствие чего пациенты не получают своевременного лечения, что приводит к росту бремени этих заболеваний в обществе.

**Цель исследования:** изучение распространенности ХОБЛ и БА среди взрослых, проживающих в городе Баку более 10 лет.

**Материалы и методы исследования:** В ходе популяционного исследования опрошены и обследованы 1000 человек. Для выбора респондентов город разделили по карте на квадраты, из которых методом случайной выборки было выделено 100 квадратов и с каждого из них вовлекли в исследование по 10 человек (5 в возрасте 18-40 лет, 5 в возрасте 41 лет и выше). Все респонденты были опрошены, в основном с помощью респираторного вопросника Американского Торакального Общества, и прошли двукратную спирометрию (до и после бронходилататора).

**Результаты исследования:** Предполагаемая распространенность БА, выявленной в ходе исследования среди взрослых города Баку составила 123.4 (95% CI 103.0-146.2) на каждые 1000 человек населения, в то время как

распространенность заранее установленной БА составила 26.8 (95% CI 17.4-39.4). Предполагаемая распространенность ХОБЛ, установленной на основании симптомов, факторов риска и спирометрии, на каждые 1000 человек взрослого населения в городе Баку составила 37.5 (95% CI 26.3-51.8), а распространенность диагноза ХОБЛ, подтвержденного до исследования оказалась 4.3 (95% CI 1.2-11.0). Согласно группированию на основе оценки симптомов и риска развития обострений по руководству GOLD тяжесть заболевания у лиц с выявленной ХОБЛ соответствовала преимущественно категории А (низкий риск/мало симптомов) и Б (низкий риск/много симптомов).

**Заключение:** Исследование показало, что лица с БА и ХОБЛ ввиду отсутствия информированности остаются без диагностики и лечения, а также по этой причине оказываются вне официальной регистрации.



## Микроциркуляторные изменения в миокарде в ранний период синдрома длительного раздавливания в зависимости от введения антиоксидантов

Бунятов М.О., Мирзоев О.А., Микаилов У.С., Мевлиев А.Б.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Азербайджанский Медицинский Университет. Кафедра судебной медицины. Баку, Азербайджан

**Контактная информация:** AZ 1012, г.Баку, ул. М.Хиябани 6, кв.10;  
e-mail: Prof.Bunyatov@mail.ru

**Введение.** Синдром длительного раздавливания (С.Д.Р.) играет важную роль в медицине катастроф как в военное, так и в мирное время. Было установлено, что после рециркуляции происходит нарушение микроциркуляции не только в раздавленном органе, но и в органах не затронутых раздавливанием, в том числе и сердце (так называемый феномен «ноу рефлоу»). Восстановление кровоснабжения после длительного сдавления массивного органа приводит к выбросу в системный кровоток тканевых токсинов. В связи с этим в сердце отмечаются выраженные морфо-функциональные нарушения, определяющие образование эффекта токсического сердца.

**Цель исследования.** Сообразно с этим нами была поставлена цель: изучить развитие восстановления нарушенной микроциркуляции миокарда в ранний период С.Д.Р. в зависимости от введения антиоксидантов.

**Материалы и методы исследования.** Экспериментальное исследование выполнено в на 40 здоровых крысах-самцах линии Вистар весом 200-250г. Под нембуталовым наркозом (40 мг/кг веса) обе задние конечности на 6 часов подвергались С.Д.Р. 20 крысам за 10 минут до рециркуляции и 20 крысам сразу после рециркуляции в брюшную полость вводили токоферол-ацетат (20 мг/кг веса). Контроль на 10 здоровых крысах. Объектом исследования служила

передняя стенка левого желудочка сердца. Полученные препараты исследовались под просвечивающим микроскопом МБИ-15 и электронным микроскопом ЭМВ-100 АК.

**Результаты исследования.** Нами было установлено, что введение токоферол-ацетата как до реваскуляризации, так и сразу после нее благоприятно сказывается на восстановлении микроциркуляции миокарда в ранний период С.Д.Р., что подтверждается динамикой изменения извитости микрососудов сердца и их пространственной архитектоники.

**Заключение.** Введение токоферол-ацетата благоприятно сказывается на развитие восстановления микроциркуляции миокарда в ранний период С.Д.Р.

Ключевые слова: Синдром длительного раздавливания, «ноу рефлоу», реваскуляризация.

# KEY SPEAKERS

## ƏSAS MƏRUZƏÇİLƏR

## ПРИГЛАШЕННЫЕ ЭКСПЕРТЫ

Acad. Anatoly Martynov

Prof. Sergey Karpov

Prof. Galina Mal

Dr. Makke Bogatyreva

Dr. Elena Vershinina

Assoc. Elena Andreeva

Assoc. Lyudmila Korshunova

Assoc. Yuri Panfilov

Assoc. Andrei Pyko

Assoc. Lyudmila Tverdova

Assoc. Anton Shakhanov

Prof. Alexander Bajda

Prof. Mehman Mammadov

Prof. Victor Gorbunkov

Prof. Elena Grechanina

Prof. Julia Grechanina

Prof. Saule Absseitova

Prof. Baida Alexander Petrovich

Prof. Nurillaeva Nargiza Mukhtarovna

Prof. Pugina Maria Ivanovna

Prof. Pozdnyakova Oksana Yurievna

Prof. Repin Alexey Nikolaevich

Prof. Uryasyev Oleg Mikhailovich

Prof. Hirmanov Vladimir Nikolaevich

Prof. Yusupova Alfiya Nailevna

Prof. Gulnaz Dadashova

Assoc. Gulustan Babayeva

Prof. Vadadat Azizov

Prof. Matanat Efendiyeva

Prof. Bahram Isgandarov

Prof. Murad Bakhshiyev

Prof. Mehman Mammadov

Prof. Yusif Nagiyev

Prof. Alizamin Sadikhov

Prof. Khumra Akhundova

Dr. Gulzar Aliyeva

Dr. Fariz Babayev

Dr. Jamilla Sahilova

Dr. Leyla Mehdizadeh