

«O‘zbekiston Harbiy Tibbiyoti» ilmiy-amaliy journali Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, Фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясининг 2023 йил 29 августдаги № 01-07/1410/33 сонли маълумотномасига асосан, тиббиёт фанлари буйича диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган миллий илмий нашрлар рўйхатига киритилган.

Муассис:
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ҚУРОЛЛИ КУЧЛАРИ ҲАРБИЙ
ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

Бош муҳаррир:
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ МУДОФАА
ВАЗИРЛИГИ ТИББИЙ ТАЪМИНОТ БОШҚАРМАСИ
БОШЛИГИ

Масъул котиб:
PhD., доц. ПЎЛАТОВА З.А.

**Ўзбекистон ҳарбий тиббиёти илмий-
амалий journalи Ўзбекистон
Республикаси Президенти
Администрацияси ҳузуридаги Ахборот
ва оммавий коммуникациялар
агентлигида 2022 йил 5 августдаги
1691-сонли гувоҳнома билан рўйхатга
олинган.**

Таҳририят манзили:
Тошкент шаҳри,
Зиёлилар кўчаси, 4-уй
Телефонлар: (71) 262-42-41

Таҳрир хайъати:
Т.ф.д, проф. Мухамедова М.Г.
Т.ф.д., проф. Миррахимова С.Ш.
Т.ф.д., проф. Эшбеков М.Э.
Т.ф.д., проф. Ибрагимов А.Ю.
Т.ф.д., проф. Каюмов У.К.
Т.ф.д., доц. Нуралиева Д.М.
Т.ф.д., доц. Хидоятова М.Р.
Т.ф.д., доц. Расулова З.Д.
Т.ф.д., доц. Раимкулова Н.Р.
Т.ф.д., Бозорова С.А.
Т.ф.д., Нагаева Г.А.
Т.ф.д., Абидова Д.Э.
Т.ф.н., доц. Рахимов А.Ф.
Т.ф.н., доц. Атамуродов Ш.И.
Т.ф.н., доц. Джаббаров А.М.
PhD., доц. Файзиева Д.Б.
PhD., доц. Махмудова Н.Р.
PhD., доц. Буранкулова Н.М.
PhD., доц. Пўлатова З.А.
PhD., Рустамов А.А.
PhD., Ибрагимова Н.Х.
Т.ф.н., Мирзаев Д.А.
Т.ф.н., Ачилов Ш.Ж.
Доц. Нуруллаев А.Ж.
Катта ўқитувчи Халимов Б.Х.
Дизайнер:
Райхона ОЧИЛОВА.

**Таҳририятга юборилган мақола ва
қўлёзмаларда берилган
маълумотларнинг ҳаққонийлиги ва
ишончлилиги учун
тўлиқ жавобгарликни муаллифлар
ўз зиммасига олади.**

**Журнал 20.08.2025 йилда босмахонага
топширилди.**

Қоғоз бичими 60x84 1/8.
Офсет усулида босилди.
Шартли 6,75 босма табоқ.
**“Ўзбекистон Республикаси Ҳарбий тиббиёт
академияси”нинг босмахонасида чоп
этилди**

for-improving-cardiovascular-health-in-tajikistan [53] [130] Implementation of World Health Organization Package of Essential ... <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8031603/>

the management of hypertension and prevention of cardiovascular diseases in primary health care in the Republic of Tajikistan | BMC Health Services Research <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-021-06490-5>

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ТРЁХМЕСЯЧНОЙ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНТРАДИАЛИЗНОЙ ГИПОТЕНЗИИ

Даминов Б.Т., Юлдашова Ю.Х., Джурабоев Д.Д., Нурутдинова С.А.

Ташкентский государственный медицинский университет

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нефрологии и трансплантации почки

Интрадиализная гипотензия (ИДГ) представляет собой наиболее частое неблагоприятное событие, возникающее в ходе процедуры гемодиализа. Несмотря на существенный прогресс в развитии медицинских технологий и совершенствование диализного оборудования, проблема поддержания стабильной гемодинамики остаётся одной из наиболее сложных в практике нефрологии. Патофизиологические механизмы ИДГ и стратегии её профилактики остаются предметом активного изучения и дискуссии. Возникновение эпизодов гипотонии во время гемодиализа снижает эффективность проведения диализной терапии, ухудшает переносимость процедуры и ассоциируется с повышением частоты осложнений, заболеваемости и смертности среди пациентов на программном диализе. ИДГ имеет важное клиническое значение не только в связи с высокой распространённостью — она регистрируется в 20–30% процедур гемодиализа (а по отдельным данным до 55%) [1,2] — но и из-за того, что приблизительно 17,8% эпизодов симптомной гипотензии требуют немедленного медицинского вмешательства [3].

Цель исследования: Комплексная оценка гемодинамического ответа на профилактическое лечение симптомной интрадиализной гипотензии

Материал и методы исследования. В исследование были включены 82 пациента с ХБП5д. Основным критерием включения являлось наличие повышенного риска развития симптомной интрадиализной гипотензии (СИГ), определённого с помощью разработанной нашей группой шкалы риска СИГ. После отбора пациенты были рандомизированы на три сравнительные группы.

Первая группа (группа 1, 28 пациентов) получала комплекс немедикаментозных рекомендаций, направленных на снижение вероятности СИГ. К ним относились: ограничение потребления натрия в междиализный период, стимуляция остаточного диуреза (приём петлевых диуретиков при сохранённой диуретической функции), повышение уровня физической активности до не менее 1 часа быстрой ходьбы ежедневно, отказ от приёма гипотензивных препаратов в день диализа, уменьшение скорости ультрафильтрации, корректировка целевого веса и полное исключение приёма пищи во время гемодиализа. Вторая группа (группа 2, 27 пациентов) наряду с указанными немедикаментозными мероприятиями получала ежедневный пероральный приём левокарнитина в дозировке 2 г в сутки. Третья группа (группа 3, 27 пациентов), помимо немедикаментозных рекомендаций, принимала сертралин внутрь за 15 минут до начала сеанса

гемодиализа. В случаях, когда во время процедуры отмечалось снижение систолического артериального давления более чем на 20 мм рт. ст. либо до уровня 90 мм рт. ст. и ниже, прием сертралина повторяли в середине сеанса. В рамках исследования проводилось сравнительное анализирование трёх групп по частоте развития СИГ и другим нежелательным явлениям, возникающим в ходе процедуры гемодиализа.

Результаты исследования и обсуждение: Больные, включённые во второй этап исследования, наблюдались на протяжении трёх месяцев. В первой группе пациентам в междиализный период рекомендовали ограничить потребление натрия, что способствует уменьшению водной ретенции и снижению междиализного прироста массы тела. У пациентов с сохранённым остаточным диурезом с той же целью назначались малые дозы петлевых диуретиков. Кроме того, рекомендовали регулярные динамические физические нагрузки, которые обладают противовоспалительным действием, улучшают функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и нормализуют работу регуляторных механизмов, включая барорефлекторные зоны [4]. Во второй группе, помимо вышеперечисленных немедикаментозных мероприятий, пациенты ежедневно принимали левокарнитин внутрь в дозе 2 г однократно. В третьей группе дополнительно назначался сертралин, который пациенты принимали перорально перед каждым сеансом гемодиализа. У всех пациентов, участвующих в данном этапе исследования, исходно и по завершении трёхмесячного периода проводилось комплексное лабораторно-инструментальное обследование (табл. 1), на основании результатов которого они

Таблица 1

Динамика результатов лабораторно-инструментального обследования больных ХБП5д с риском СИГ в зависимости от превентивной тактики (в числителе – данные при первичном обследовании, в знаменателе – через 3 месяца)

классифицировались как имеющие высокий риск развития СИГ. Анализ динамики факторов риска показал, что в течение трёх месяцев применения различных профилактических стратегий во всех группах наблюдалось достоверное снижение систолического артериального давления ($p < 0,05$ для всех групп по сравнению с исходными значениями), уровня паратгормона ($p < 0,01$ в группах 1 и 3; $p < 0,05$ в группе 2) и концентрации IL-6 ($p < 0,05$ во всех группах). Абсолютные значения данных показателей между группами значимо не различались. Помимо основных маркеров риска СИГ, использование различных превентивных подходов сопровождалось уменьшением выраженности ортостатической гипотензии (достоверно в группах 1 и 3, $p < 0,05$), что демонстрирует положительное влияние немедикаментозной коррекции междиализного образа жизни на регуляторные механизмы сердечно-сосудистой системы, включая барорефлекторный ответ, нарушенный у больных ХБП5д вследствие ремоделирования и кальцификации сосудистой стенки. Также во всех трёх группах терапии было отмечено достоверное снижение систолического давления в лёгочной артерии, что косвенно свидетельствует о улучшении функционального состояния миокарда левых камер и нормализации тонуса лёгочного сосудистого русла. По данным ЭКГ, в динамике трёхмесячного наблюдения выявлено достоверное уменьшение длительности комплекса QRS в группах 2 и 3, что отражает улучшение электрофизиологических свойств миокарда. Частота встречаемости внутрижелудочковых блокад и нарушений ритма на протяжении наблюдения оставалась стабильной.

показатель	Группа 1 (n=28)	Группа 2 (n=27)	Группа 3 (n=27)
САД, мм.рт.ст	<u>152,96±3,00</u> 147,42±2,91*	<u>153,11±2,85</u> 147,67±2,89*	<u>154,30±2,79</u> 148,08±2,97*
ДАД, мм.рт.ст	<u>92,32±1,90</u> 92,50±1,84	<u>99,63±1,92</u> 98,70±1,90	<u>93,70±2,21</u> 92,50±2,02
САД ортостаз, мм.рт.ст	<u>108,89±5,95</u> 111,50±5,98	<u>108,70±5,43</u> 107,96±5,20	<u>114,04±6,04</u> 109,58±4,69
ортостат проба, %	<u>-28,86±3,67</u> -24,57±3,66*	<u>-28,39±3,71</u> -26,22±3,64	<u>-25,87±3,71</u> -24,91±3,76*
Креатинин, мкмоль/л	<u>301,71±18,54</u> 298,35±17,52	<u>317,52±19,72</u> 315,44±18,42	<u>308,52±20,46</u> 314,00±20,74
общий белок, г/л	<u>47,96±1,77</u> 47,69±1,76	<u>44,70±1,67</u> 44,89±1,54	<u>47,26±1,80</u> 47,04±1,82
Паратгормон, пг/мл	<u>371,21±20,60</u> 298,27±14,06**	<u>329,22±20,31</u> 264,22±14,66*	<u>331,85±21,91</u> 259,77±13,70*
Кальций, ммоль/л	<u>2,31±0,09</u> 2,31±0,08	<u>2,11±0,11</u> 2,12±0,11	<u>2,21±0,10</u> 2,18±0,10
Фосфор, нг/дл	<u>2,08±0,12</u> 2,10±0,12	<u>2,24±0,12</u> 2,21±0,13	<u>2,18±0,10</u> 2,17±0,10
СРБ, нг/дл	<u>7,14±0,34</u> 6,58±0,26*	<u>7,33±0,43</u> 6,67±0,33*	<u>7,52±0,46</u> 6,96±0,41*
ИЛ-6, пг/мл	<u>8,86±0,41</u> 8,65±0,39	<u>8,19±0,61</u> 7,85±0,54	<u>8,41±0,51</u> 8,08±0,49
Гемоглобин, г/л	<u>90,54±2,47</u> 91,04±2,56	<u>91,26±1,96</u> 91,59±1,91	<u>92,30±2,48</u> 92,42±2,47
Лейкоциты, *10(9)/л	<u>8,94±0,28</u> 8,88±0,23	<u>9,03±0,47</u> 8,91±0,44	<u>8,82±0,27</u> 8,78±0,27
Тромбоциты, *10(9)/л	<u>241,89±14,67</u> 233,38±12,65	<u>200,04±14,35</u> 202,63±14,09	<u>248,19±14,82</u> 249,77±14,18
ЧСС, уд в мин	<u>94,64±2,71</u> 94,38±2,57	<u>97,11±2,48</u> 96,00±2,33	<u>92,52±2,72</u> 91,81±2,70
QRS, мсек	<u>99,11±2,93</u> 97,23±3,24	<u>100,78±3,30</u> 95,00±3,81***	<u>100,00±3,32</u> 96,46±3,58*
иКДО ЛЖ, мл/м2	<u>93,04±4,09</u> 88,50±3,45	<u>94,96±3,07</u> 92,52±2,49	<u>91,26±4,28</u> 86,08±3,06
иММЛЖ, г/м2	<u>106,75±2,58</u> 108,00±2,27	<u>103,56±4,83</u> 103,67±4,80	<u>108,85±3,21</u> 108,23±3,18
ОТС, отн ед	<u>0,35±0,01</u> 0,35±0,01	<u>0,37±0,01</u> 0,37±0,01	<u>0,34±0,01</u> 0,35±0,01
ФВ ЛЖ, %	<u>58,79±1,31</u> 58,65±1,26	<u>56,81±1,22</u> 57,00±1,18	<u>59,52±1,41</u> 59,42±1,33
ИНРС, балл	<u>1,05±0,02</u> 1,04±0,01	<u>1,07±0,02</u> 1,07±0,02	<u>1,06±0,02</u> 1,06±0,02
иЛП, мл/м2	<u>41,93±1,20</u> 41,62±1,22	<u>40,19±1,73</u> 39,63±1,65	<u>40,81±1,38</u> 40,15±1,32
ПЖ, мм	<u>29,89±1,27</u> 28,50±1,18	<u>30,15±1,44</u> 29,19±1,43	<u>28,44±1,38</u> 26,81±1,21
НПВ, мм	<u>20,82±0,76</u> 20,23±0,75	<u>21,04±0,75</u> 20,48±0,77	<u>20,00±0,85</u> 19,62±0,83
PASP, мм.рт.ст	<u>33,46±1,53</u> 31,96±1,26*	<u>34,89±1,32</u> 33,04±1,05*	<u>34,96±1,62</u> 32,31±1,28*

Примечание: * - достоверность различия с данными первого обследования.

Число пациентов с значительно не различалось (табл. 2). При положительных маркерами риска анализе динамики внутри групп между тремя группами наблюдения установлено, что доля больных с

повышенным уровнем паратгормона достоверно уменьшилась, причём степень снижения была сопоставимой во всех группах. Частота остальных изучаемых

маркеров также демонстрировала тенденцию к снижению, однако статистически значимых различий выявлено не было.

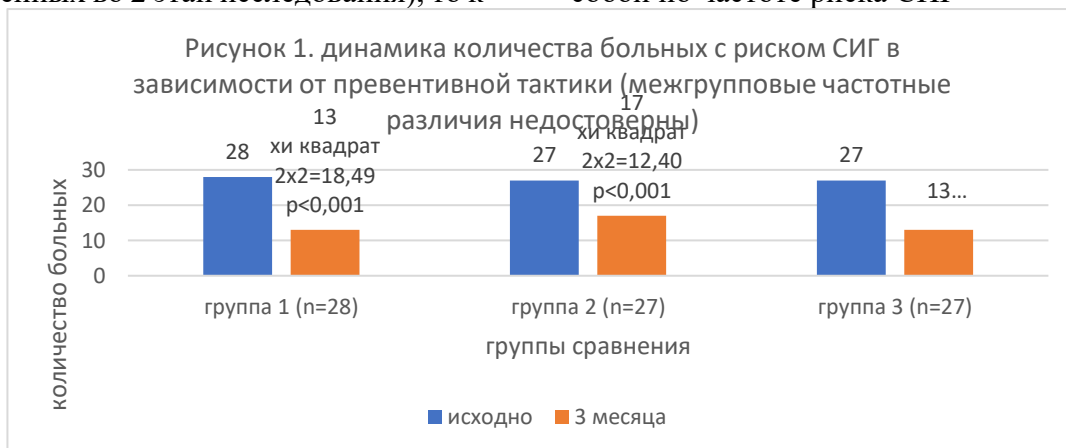
Таблица 2

3-х месячная динамика частоты встречаемости маркеров риска СИГ у больных ХБП5д с бальной оценкой по шкале риска 12 и более на фоне различных превентивных стратегий (в числителе – количество больных, в знаменателе – относительная доле в группе, %)

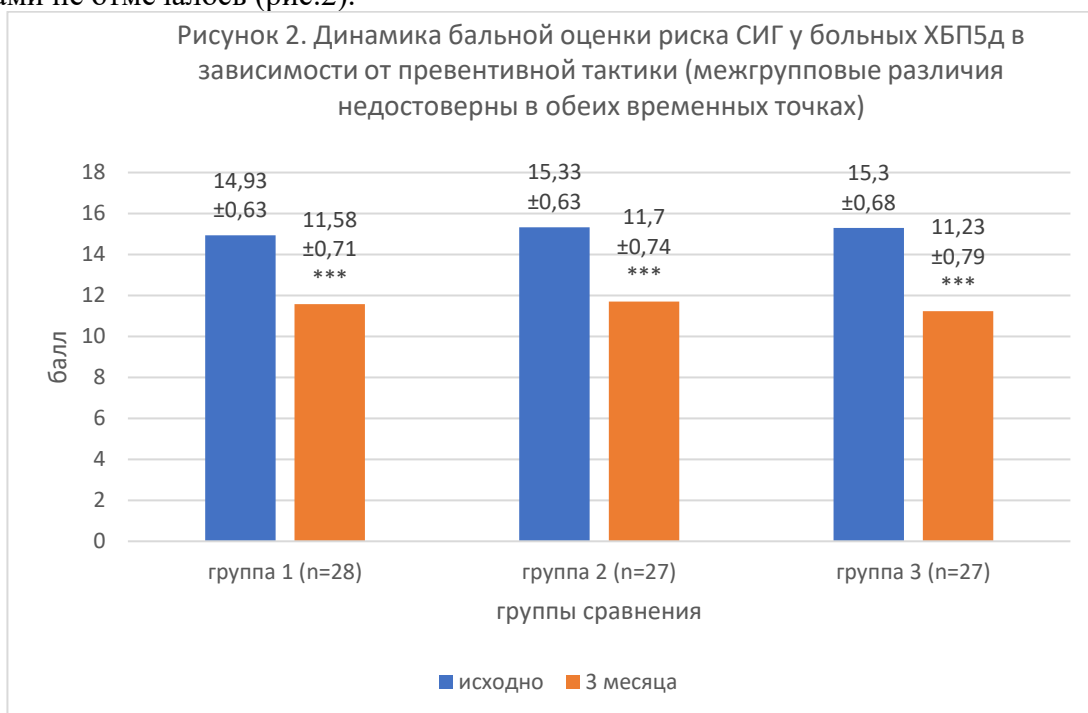
маркер	Группа 1 (n=28)	Группа 2 (n=27)	Группа 3 (n=27)
анурия	10(35,71%) 7(25,00%)	9(33,33%) 6(22,22%)	8(29,63%) 6(22,22%)
САД выше 145мм.рт.ст	18(64,29%) 13(46,43%)	16(59,26%) 13(48,15%)	17(62,97%) 12(44,44%)
Паратгормон, выше 343пг/мл	17(60,71%) 5(17,86%) Хи квадрат =9,70, p<0,01	17(62,96%) 6(22,22%) Хи квадрат =9,24, P<0,01	15(55,56%) 4(14,81%) Хи квадрат =9,34, P<0,01
Фосфор, 2,39 и выше	11(39,29%) 10(35,71%)	13(48,15%) 13(48,15%)	12(44,44%) 11(40,74%)
СРБ, выше 7пг/мл	14(50,00%) 9(32,14%)	15(55,56%) 10(37,04%)	17(62,96%) 12(44,44%)
ИЛ-6, выше 9пг/мл	12(42,86%) 10(35,71%)	9(33,33%) 7(25,93%)	9(33,33%) 6(22,22%)
иММЛЖ, выше 109г/м2	14(50,00%) 15(53,57%)	14(51,85%) 14(51,85%)	17(62,96%) 16(59,26%)
ПЖ, выше 36мм	12(42,86%) 8(28,57%)	13(48,15%) 11(40,74%)	9(33,33%) 5(18,52%)

К концу 3-го месяца наблюдения во всех группах наблюдалось уменьшение частоты встречаемости риска СИГ. Так если в исследовании включались только больные с риском СИГ по разработанной шкале (бальная оценка 12 и выше баллов у 100% больных, включенных во 2 этап исследования), то к

концу 3-го месяца риск СИГ по разработанной шкале регистрировался только у 53,09% больных (43 человека). Во всех группах уменьшение частоты встречаемости риска СИГ было достоверным и сопоставимым (рис.1). В результате группы не различались между собой по частоте риска СИГ



Средняя балльная оценка риска СИГ по разработанной шкале достоверно снизилась во всех группах наблюдения, при этом достоверных отличий балльной оценки между группами не отмечалось (рис.2).

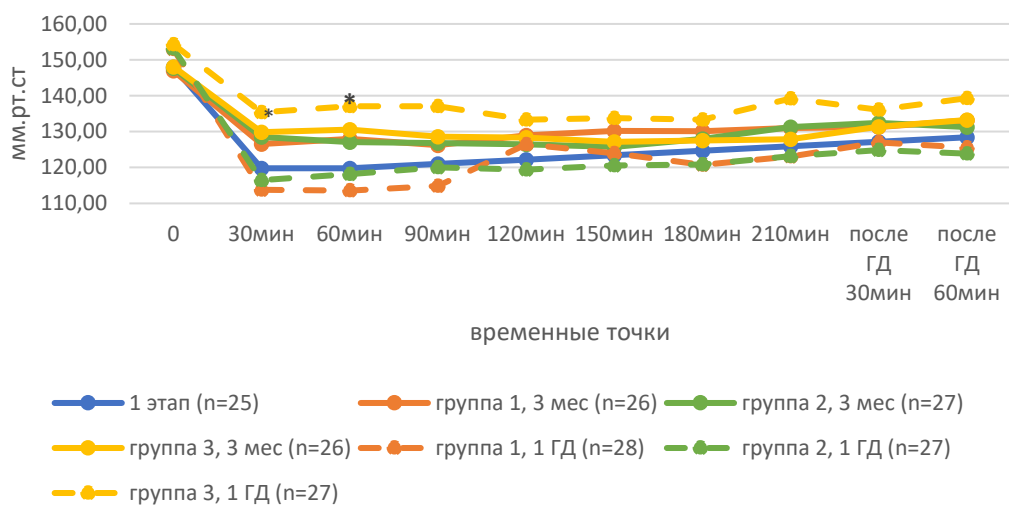


Примечание: * - достоверность различия с исходными данными. Три знака – $p < 0,001$.

Анализ динамики систолического артериального давления во время гемодиализа у пациентов с ХБП5д на фоне трёхмесячной превентивной терапии (рис. 3) показал следующее: в группах 1 и 2 в течение первого часа процедуры фиксировались достоверно более высокие значения САД по сравнению с исходными показателями, зарегистрированными при первом сеансе ГД. В целом результаты демонстрируют закономерность: преддиализное применение сертралина (группа 3) оказывает выраженный эффект в предотвращении развития СИГ уже после первого приёма, что позволяет

использовать его как средство острой краткосрочной профилактики. При этом длительное, регулярное назначение сертралина не сопровождалось нарастанием дополнительного положительного гемодинамического влияния. Напротив, модификация междиализного образа жизни и лечение левокарнитином обеспечивали постепенное усиление антигипотензивного эффекта, достигая максимальной выраженности к концу третьего месяца наблюдения. Эти подходы могут рассматриваться как предпочтительные меры долговременной профилактики СИГ.

Рисунок 3. Динамика САД в процессе ГД у больных ХБП5д с риском СИГ, включенных в первый этап исследования и на фоне 3-х месячных превентивных мероприятий (межгрупповые различия недостоверны)



Примечание: * - достоверность различия с показателем группы во время первой процедуры ГД.

Выводы:

1. Комплексная модификация междиализного периода, включающая оптимизацию диеты, повышение уровня физической активности, стимулирование остаточного диуреза и отказ от приёма пищи во время гемодиализа, ассоциируется со снижением риска развития симптомной интрадиализной гипотензии (СИГ) в 1,36 раза, что подтверждает значимость поведенческих и немедикаментозных мер в общей стратегии профилактики.

2. Преддиализное применение сертралина у пациентов с повышенной вероятностью развития СИГ приводит к уменьшению частоты гипотензивных эпизодов в 1,67 раза ($p < 0,05$). Данный эффект проявляется уже во время текущего сеанса гемодиализа и носит острый, непродолжительный характер, без доказанного накопительного влияния при длительном применении.

3. Регулярное ежедневное назначение левокарнитина в дозе 1 г/сут в течение трёх месяцев у пациентов с ХБП5д сопровождается снижением частоты СИГ в 1,92 раза ($p < 0,001$) и выраженным

накоплением профилактического эффекта по мере продолжения терапии. При длительном приёме левокарнитин демонстрирует превосходство над сертралином: его эффективность в предотвращении СИГ превышает эффект сертралина в **1,35 раза** (частота СИГ на левокарнитине — **37,04%**, на сертралине — **50%**).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Джон Т. Даугирдас (ред.). Пер. с англ. А.Ю. Денисов, В.Ю. Шило. Руководство по диализу. М.; 2003. 172 с.
2. Shoji T., Tsubakihara Y., Fujii M. et al. Hemodialysis-associated hypotension as an independent risk factor for two-year mortality in hemodialysis patients // *Kidney Int.* 2004. Vol. 66(33). P. 1212-1220.
3. Chang T.I., Friedman G.D., Cheung A.K., et al. Systolic blood pressure and mortality in prevalent hemodialysis patients in the HEMO study. *J. Hum. Hypertens.* 2011;25(2):98–105. PMID:20410919 DOI:10.1038/jhh.2010.42
4. Barakat MM, Nawab ZM, Yu AW, et al. Hemodynamic effects of intradialytic food ingestion and the effects of caffeine. *J Am Soc Nephrol* 1993; 3:1813.

124	МАТКАРИМОВ Б.Ф. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЛАБОРАТОРНЫХ И ВИЗУАЛИЗАЦИОННЫХ ПАРАМЕТРОВ У БОЛЬНЫХ С УРОЛИТИАЗОМ	685
125	РАСУЛОВ У.А., АБДУСАМАТОВ Д.М. ХАРАКТЕРИСТИКА МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЙ МИРНОГО ВРЕМЕНИ	691
126	АБЛАКУЛОВА М.Х. БИОЛОГИЧЕСКИЕ, СЛУЖЕБНЫЕ, ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ/ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ: МНОГОФАКТОРНАЯ РЕГРЕССИЯ И ROC-МОДЕЛИРОВАНИЕ	694
127	ДАМИНОВ Б.Т., ЮЛДАШОВА Ю.Х., ДЖУРАБОЕВ Д.Д., НУРИТДИНОВА С.А. ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ТРЁХМЕСЯЧНОЙ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНТРАДИАЛИЗНОЙ ГИПОТЕНЗИИ	703
128	GAZIYEVA H.SH. , YULDASHOVA YU.H. HAMRON KASALLIKLARNING VA BEMORLARNING IJTIMOIU XOLATINING OSTEOARTRIT RIVOJLANISHIDA ANAMIYATI	709
129	ОМИНА ЮСУП КИЗИ МУХИТДИНОВА АНТИТРОМБОЦИТАРНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ	716
130	Ю.М. ХОДЖИБЕКОВА, Ю.А. КАРИМОВА ОЦЕНКА ВИЗУАЛИЗИРУЮЩИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (Обзор литературы).	721
131	ЭГАМБЕРДИЕВА Д.А., ОЛИМХОНОВА К.Н. КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФЕНОТИПЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПО ДАННЫМ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА	727
132	KADIROVA G.G. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОРАЖЕНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В СОЧЕТАНИИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	734
133	Д.Ш. АДИЛОВА Л.Т. ДАМИНОВА СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО И ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	742
134	Б.М. МИРЗАЕВА РОЛЬ ФОСФАТБИНДЕРОВ В ФОРМИРОВАНИИ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ ВНЕКОСТНОЙ КАЛЬЦИФИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ.	745
135	Эгамбердиева Д.А., Рузметова И.А., Вахобжонова М.В. СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ И ФАКТОРЫ РИСКА ФИБРОЗА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	752

