

- ентов //Материалы конф., посвященной памяти проф. В. В. Паниковского. - М., 2002. - С. 41-44.
4. Короткова М. О. Проблемы и перспективы укрепления здоровья школьников на муниципальном уровне / М. О. Короткова, В. И. Чирков, Г. М. Насыбуллина // Гигиена и санитария. - 2007. - № 3. - С. 53-57.
 5. МКБ-10 (K00-K14) 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения. Утвержденную Министерством здравоохранения РФ 25 мая 1998 г. N 2000/52-98.
 6. Ревуцкая Е., Бредун Т. Взаимосвязь процесса формирования зубочелюстной системы и онтогенеза ее основных функций у детей с речевыми расстройствами / Е. Ревуцкая, Т. Бредун / Humanities and Social Sciences in Europe: Achievements and Perspectives. Proceedings of the 2nd International symposium. "East West" Association for Advanced Studies and Higher Education. Vienna. 2014. С. 106-112.
 7. Сатыго Е. А. Система профилактики зубочелюстных аномалий и кариеса зубов у детей в период раннего сменного прикуса : /Автореф. дис. на соискание ученой степени докт. мед. наук : специальность 14.00.21 "Стоматология" / Е. А. Сатыго. - Санкт-Петербург, 2014. - 38 с.
 8. Ўзбекистон Республикаси Президентининг ПФ-5590 сонли фармони. Тошкент 2018.

Поступила 03.03.2019

УДК: 616- 071+618.17.175

КОРРЕКЦИЯ ДЕСТРУКЦИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОЙ ДИСМНОРЕЕ

Гофурова Ш.М.

Андижанский медицинский институт.

✓ Резюме,

В последние годы в связи с неблагоприятными демографическими сдвигами усилился интерес к репродуктивному здоровью детей и подростков, поскольку именно с ними связана надежда на улучшение физического и репродуктивного здоровья в будущем. Известно, что подростки подвержены разнообразным неблагоприятным влияниям социального, экономического, бытового, нравственного и экологического характера. Сохранение возможности реализации детородной функции в фертильном возрасте входит в число важнейших медико-социальных проблем во всех развитых странах мира.

Ключевые слова: дисменорея, соединительная ткань, подростковый возраст, магне В6.

ЮВЕНИЛ ДИСМНОРЕЯ ҲОЛАТЛАРИДА БИРИКТИРУВЧИ ТЎҚИМА ДЕСТРУКЦИЯСИНИ ПАТОГЕНЕТИК КОРРЕКЦИЯЛАШ

Гофурова Ш.М.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Сўнгги йилларда ноқулай демографик ўзгаришлар туфайли болалар ва ўсмирларнинг репродуктив саломатлигига бўлган қизиқиш кучайди, чунки улар келажакда жисмоний ва репродуктив саломатлигини яхшилашга умид қилишмоқда. Маълумки, ўсмирлар ижтимоий, иқтисодий, маиший, ахлоқий ва экологик табиатнинг турли хил салбий таъсирларида учрайди. Бу туғиш даврида туғиш имкониятини сақлаб қолиш дунёнинг барча ривожланган мамлакатларидаги энг муҳим тиббий ва ижтимоий муаммолардан биридир.

Калит сўзлар: дисменорея, бириктирувчи тўқима, ўсмирлик даври магне В6.

CORRECTION OF DECOMPOSITION OF CONNECTIVE TISSUE UNDER JUVENILE DYSMAN

Gofurova Sh.M.

Andizhan State Medical Institute.

✓ Resume,

In recent years, due to unfavorable demographic shifts, interest in the reproductive health of children and adolescents has increased, since it is with them that there is hope that physical and reproductive health will improve in the future. It is known that adolescents are subject to a variety of adverse effects of a social, economic, domestic, moral and environmental nature. Preserving the possibility of carrying out fertility in fertile age is among the most important medical and social problems in all developed countries of the world.

Keywords: dysmenorrhea, connective tissue, adolescence, magne B6.

Актуальность

Актуальность проблемы дисменореи обусловлена широтой ее распространенностью в популяции, частота которого достигает 5-92% [8,10]. Широкий диапазон распространенности обусловлен отсутствием стандартизированных тестов оценки степени болезненности менструации и субъективным подходом врачей [3,7,11].

Интерес к изучению дисменореи связан с высокой частотой ее встречаемости, и с ее социально-пси-

хологическим аспектом. Заболевание относится к тяжелой патологии, так как боль истощает нервную систему, способствует развитию астенического состояния, снижает память и работоспособность [10]. По мнению авторов [1,4,8], у 50% пациенток с дисменореей теряется 1-3 дня жизни ежемесячно. Большинство девушек и их родители не рассматривают дисменорею как заболевание, и не обращаются к врачу, даже если она ограничивает их качество жизни [12].

Высокая распространенность заболевания, ее медико-социальная значимость являются важным ар-



гументом в обосновании пристального изучения данной проблемы. Привычное мнение о том, что дисменорея у подростков чаще носит функциональный характер, фактически исключает поиски других возможных причин, связанных с органической патологией генитального аппарата. Тем не менее, внедрение современных диагностических методов позволяет обнаружить "вторичность" болезни во многих случаях [7,12]. Поэтому, особую актуальность приобретает своевременная диагностика причин болезненных менструаций, адекватная комплексная коррекция их и сопутствующих психонейроэндокринных нарушений, что будет способствовать последующему восстановлению репродуктивного потенциала [4,6].

Боль как ощущение страдания - частая причина обращения молодых пациенток к гинекологу, хотя болезненные менструации нередко рассматриваются девушками как нечто само собой разумеющееся. Дисменорея отмечается у 31-52% девушек, при этом у части из них эта патология приводит не только к потере трудоспособности, но и к изменению психосоциального статуса [6].

Дисменорея представляет собой циклично повторяющийся полиэтиологический нейроэндокринный синдром, значительно снижающий, вплоть до полной потери работоспособности девушки во время менструации, что определяет актуальность изучения проблемы.

В публикациях ряда исследователей дисменорея перечислена как одно из многих проявлений дисморфизма соединительной ткани (ДСТ), в основе которого лежат, чаще всего, врожденный или приобретенный длительный дефицит внутриклеточного магния [2,5]. Предъявляемые ими жалобы на колющие и тянущие боли в области сердца без иррадиации, аритмии, раздражительность, нарушенный ночной сон, вегетативные кризы, многочисленные страхи, утомляемость, нарушение потоотделения, беспричинные обмороки, частые головокружения при резком вставании и в первой половине дня, сосудистые нарушения в конечностях многими предшественниками расценивались только отклонениями со стороны вегетативной нервной системы. Вместе с тем, опыт, накопленный терапевтами, кардиологами и ревматологами, свидетельствует о тесной обусловленности подобных проявлений врожденными или приобретенным длительным дефицитом внутриклеточного магния [6]. Биохимическое исследование крови пациенток с дисменореей на содержание уровня электролитов подтвердило недостаточное содержание магния в сыворотке крови у 70% больных.

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) - врожденная аномалия, обусловленная нарушением структуры волокнистых компонентов (коллагена) или основного вещества и проявляющаяся в снижении её прочности. Это конституциональная слабость соединительной ткани. Коллагеновые дефекты могут быть связаны с взаимодействием наследственных факторов и факторов окружающей среды. Внутритазовая фасция постоянно реагирует на механические воздействия и обмен веществ, гормональную и неврологическую активность [2,9]. Основным компонентом соединительной ткани являются коллагеновые волокна. Соединительная ткань непрерывно обновляется, подвергается перестройке в ответ на нагрузку и повреждение [1,2]. Интенсивность биосинтеза фибробластами коллагена

на зависит от многих факторов: наследственных, гормональных, обменных. Исследования, выполненные в последние годы, свидетельствуют о наличии эстрогенных и прогестероновых рецепторов в клетках эпителия влагалища, соединительной ткани, поперечно-полосатых мышц тазового дна и круглых связок матки [1,3].

Целью исследования - явилось изучение влияния лечебного воздействия препарата магне В 6 на функциональное состояние соединительной ткани.

Материал и методы

Обследованы 64 пациенток, предъявляющих жалобы на болезненные менструации. Все девушки были в возрасте 13-17 лет с проявлениями дисплазии соединительной ткани и без таковых. Контрольную группу составили 25 девушек с нормальными менструациями. В 1-ю группу входили 30 девушек, у которых была выявлена умеренно-выраженная дисплазия соединительной ткани (от 10 до 16 баллов). Во 2-ю группу вошли 34 девушек без клинических признаков дисплазии соединительной ткани.

Результат и обсуждение

Признаки дисплазии соединительной ткани выявлены с применением балльной шкалы Яковлева В.М. (1992)[7]. Они включали следующие критерии выраженности дисплазии соединительной ткани:

Малые признаки (1 балл): астенический тип телосложения или недостаточная масса тела; мышечная гипотония и низкие показатели манометрии; уплощение свода стопы; склонность к легкому образованию синяков, повышенная кровоточивость тканей; вегетососудистые дисфункции; нарушение ритма и проводимости сердца (ЭКГ).

Большие признаки (2 балла): сколиоз, кифоз, кифосколиоз; плоскостопие П-Ш степени; эластоз кожи; гиперподвижность суставов, склонность к вывихам, растяжениям связочного аппарата суставов; склонность к аллергическим реакциям и простудным заболеваниям, тонзилэктомия в анамнезе; варикозная болезнь, геморрой; дискинезия желчевыводящих путей; нарушение эвакуационной функции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ); пролапс гениталий и грыжи у родственников первой линии.

Тяжёлые проявления и состояния, приведшие к хирургическим вмешательствам или имеющие показания к ним, а также изменения анатомических взаимоотношений, приведшие к нарушению функций органов (3 балла): грыжи; спланхноптоз; варикозная болезнь и геморрой (оперативное лечение), хроническая венозная недостаточность с трофическими нарушениями; привычные вывихи суставов или вывихи более 2 суставов; нарушения моторной функции ЖКТ, подтвержденные лабораторными методами исследования; дивертикулы, долихосигма; поливалентная аллергия, тяжёлые анафилактические реакции.

Сумма баллов при легкой степени тяжести (маловыраженная) составляла до 9 баллов, средняя степень тяжести (умеренно выраженная) - от 10 до 16, тяжёлая степень (выраженная) - от 17 и более. Степень тяжести дисменореи выявлялась путем субъективной оценки болевых ощущений по визуальной - аналоговой шкале боли. Состояние соединительной тка-

ни изучали по определению суточной экскреции метаболитов соединительной ткани - оксипролина в суточной моче[6]. Так как количество оксипролина в моче зависит от поступления коллагена с пищей, анализ проводили после соблюдения пациенткой в течение трех предшествующих суток ограничивающей диеты. Из питания исключали крепкие бульоны, заливные блюда, некоторые продукты (например, свеклу) и лекарственные препараты (аспирин, витамин С и др.), вызывающие изменение цвета мочи. Это позволило исключить влияние коллагена пищи на результат и более точно отразить распад коллагена. Степень тяжести дисменореи выявлялась путем субъективной оценки болевых ощущений по визуально-аналоговой шкале боли. Состояние соединительной ткани изучали по определению суточной экскреции метаболитов соединительной ткани - оксипролина в суточной моче[6].

Для коррекции состояния соединительной ткани пациенткам обеих групп назначали магне В6, который является оптимальной комбинацией магния и витамина В6. Препарат назначали по 100 мг (1 таблетке) 3 раза в день, во вторую фазу менструального цикла в течение 15 дней; курс лечения составлял 3 месяца дней.

Статистическая обработка и проверка результатов была основана на определении равенства математических ожиданий случайных величин посредством оценки критерия Стьюдента.

В 1-ой группе девушек в возрасте 13-14 лет было 11 (36,6%) и 15-16 лет 17 (56,6%), 17 лет 2 (6,6%), а среди девушек 2-ой группы в возрасте 13-14 лет было 14 (41,1%) и 15-16 лет 16 (47%), 17 лет 4 (11,7%). Первичная дисменорея легкой степени выявлена у 4 (13,3%) девушек 1-ой группы, средней у 15 (50%), и тяжелой степени у 11 (36,6%), а во 2-ой группе соответственно 16 (47%); 11(32,3%); 7 (20,5%). Таким образом, в группе девушек с первичной дисменореей и наличием признаков умеренной выраженной дисплазии соединительной ткани превалировало число девушек с дисменореей средней и тяжелой степенью тяжести, а у девушек без признаков дисплазии соединительной ткани большинство девушек было с легкой и средней степенью тяжести дисменореи.

18 (28,1%) девушек в обеих групп учились в институте, в 1-й группе превалировали девушки, занимающиеся в колледжах и лицеях - 26 (86,6%), большинство из них жительницы сельских местностей 28 (93,3%). У 26,4% девушек материально-бытовые условия оценены со слов больных как удовлетворительные, у остальных 73,6% - как неудовлетворительные.

Одновременно с учебой в кружках по предметам занимались 52,1% девушек. Из соматического анамнеза матерей выяснено, что 42,8% перенесли детские инфекции, 18,8%- ОРВИ, 26,4% - тонзиллит, 5,7% - ревматизм, 11,3% заболевания ЖКТ, 8,5% - вирусный гепатит. Аппендэктомия перенесли 2,14%, тонзилэктомию - 2,8%.

У 83 (59,2%) болезненные менструации были с менархе, то есть при первой менструации, у 38 (27,1%) девушек тяжесть дисменореи со временем нарастала т.е. дисменорея была декомпенсированная, а у 7 (5%) девушек боль не исчезала даже при применении анальгетиков. Первым ребенком в семье были 9 (10,8%), вторым- 24 (28,9%), третьим - 29 (34,9%), четвертым- 12 (14,5%) и пятым- 9 (10,8%). Тем не менее, на формирование дисменореи у девушек оказало влияние количество родов у матери: в 5,55% случаев данная патология встречалась у детей, рожденных в результате третьих и четвертых родов. Таким образом, среди больных ювенильной дисменореей почти 62,3% девушек были из многодетных семей.

При рождении детей средний возраст матерей находился в пределах 24-25 лет, роды старше 30 лет и позже среди матерей больных девушек наблюдались в 28,9% случаев.

У 23 (76,6%) девушек 1-й группы по результатам карт обследования отмечался дефицит массы тела, а во 2-й группе у 13 (38,2%). У 17 (56,6%) девушек 1-й группы отмечалась склонность к легкому образованию синяков, повышенная кровоточивость тканей. Следовательно, у девушек 1-ой группы преобладали признаки дисплазии соединительной ткани.

Группы были разделены на подгруппы в зависимости от степени тяжести дисменореи.

При изучении уровня магния и оксипролина у девушек до и после лечения, получены следующие результаты (табл.1,2).

Таблица 1

Уровень магния и оксипролина у девушек с первичной дисменореей до лечения

Показатель	норма	С дисплазией соединительной ткани			Без дисплазии соединительной ткани		
		Легкая степень	Средняя степень	Тяжелая степень	Легкая степень	Средняя степень	Тяжелая степень
Оксипролин в моче мкмоль/л	18,896 ± 1,104	45,4 ± 19,8*	41,48 ± 9,52*	57,0 ± 16,8*	10,2 ± 2,3*	12,75 ± 3,35*	13,43 ± 3,27*
Магний в плазме крови мкг/мл	1,05 ± 0,25	0,7 ± 0,2*	0,6 ± 0,1*	0,5 ± 0,2*	0,9 ± 0,2*	0,8 ± 0,1*	0,7 ± 0,1*

*- p<0,05

Уровень магния и оксипролина у девушек с первичной дисменореей после лечения

Показатель	С дисплазией соединительной ткани			Без дисплазии соединительной ткани		
	Легкая степень	Средняя степень	Тяжёлая степень	Легкая степень	Средняя степень	Тяжёлая степень
Оксипролин в моче мкг/мл	21,7±3,4*	25,48±9,52*	27,0±16,8*	19,13±2,05*	20,25±2,85*	20,3±2,0*
Магний в плазме крови мкг/л	1,0±0,2*	0,9±0,1*	0,7±0,2*	1,0±0,2*	0,9±0,2*	0,8±0,1*

* - $p < 0,05$

В группе девушек с дисменореей и явлениями дисплазии соединительной ткани выявлено уменьшение содержания магния в плазме от $0,7 \pm 0,2$ до $0,5 \pm 0,2$ мкг/л ($p < 0,05$), тогда как во второй группе содержание магния оставалось в пределах нормальных значений от $0,9 \pm 0,2$ до $0,7 \pm 0,1$ мкг/л ($p < 0,05$). Следовательно, у девушек с дисменореей изменение магния в плазме крови изменялось в зависимости от наличия или отсутствия признаков дисплазии соединительной ткани.

Недостаток магния ведёт к изменению гемодинамики малого таза в виде гипертензии и спазма сосудов. Синтез всех известных на сегодняшний день нейропептидов в головном мозге в том числе и энкефалинов и эндорфинов, смягчающих восприятие боли рецепторами нервных клеток, происходит при обязательном участии магния[4]. Этим можно объяснить наличие симптома боли при дисменорее, когда синтез опиоидных нейропептидов недостаточен для обеспечения снижения порога чувствительности боли при десквамации функционального слоя эндометрия.

Что касается содержания оксипролина в моче, то заметно увеличенное его содержание в 1-ой группе девушек в зависимости от степени тяжести дисменореи, а во 2-ой группе этот показатель оставался в пределах допустимых концентраций. Уровень оксипролина в моче до лечения составил $47,96 \pm 15,37$ мкг/мл, после лечения - $21,63 \pm 3,1$ мкг/мл даже у девушек с дисменореей тяжёлой степени. Следовательно, у девушек с дисменореей и наличием признаков дисплазии соединительной ткани отмечалось повышение оксипролина в моче, связанный с повышенным распадом коллагена и пониженное содержание магния в сыворотке крови, что также свидетельствует о дисплазии соединительной ткани.

Проведенный анализ показал наличие высокого уровня свободного оксипролина ($p < 0,05$) у всех пациенток с ювенильной дисменореей и наличием признаков ДСТ ($p < 0,05$). Значительная оксипролинурия указывает на увеличение скорости распада коллагена в организме. Нами выявлена прямая сильная коррелятивная связь между показателями оксипролина в моче и содержанием магния в сыворотке крови у девушек с ювенильной дисменореей и наличием признаков ДСТ, которая составила $r = 0,8$ и усиливалась в зависимости от степени тяжести дисменореи.

После лечения снижалась и тяжесть дисменореи. Так, например, во 2-й группе пациенток с тяжёлой степенью дисменореи не было ($p < 0,05$), а с 0 степенью тяжести зарегистрированы 9 (26,4%). Среди паци-

енток с дисплазией соединительной ткани (1-я группа) после приема магне В6 зарегистрировано 4 (13,3%) ($p < 0,05$) с тяжёлой дисменореей, что указывает на уменьшение числа девушек с этой патологией на 26,7%, процент девушек со среднетяжёлой дисменореей после лечения магне В6 уменьшился на 27,2%, процент пациенток с 0 степенью был меньше (26,6%) чем во 2-ой группе, что отражалось и на содержании оксипролина в моче $28,7 \pm 7,52$ мкг/мл.

Вывод

Таким образом, ДСТ играет определенную роль в патогенезе первичной дисменореи, а недооценка состояния соединительной ткани приводит к увеличению частоты рецидивов заболевания с нарушением репродуктивной функции. Главной задачей медикаментозной терапии, направленной на укрепление соединительной ткани, являются восполнение дефицита различных компонентов, участвующих в процессе синтеза коллагена, коррекция метаболических нарушений, стимуляция коллагенообразования и стабилизация гликозаминогликанов. Магний, нормализуя процессы нервно-мышечной передачи, купирует проявления вегетативной дисфункции на различных уровнях.

Считается, что этот макроэлемент опосредованно влияет на синтез коллагена через воздействие на высший вегетативный центр - гипоталамус. При наличии дисплазии соединительной ткани необходимо применение дифференцированного подхода к лечению дисменореи у девушек, которое должно включать в себя назначение препарата магний В6 во второй фазе менструального цикла.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Адамян Л.В. Эндометриозы /Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, В.Н. Андреева. - /М. Медицина, 2006.-416 с.
2. Альбицкий В.Ю. Социальный фактор в формировании здоровья российского подростка /В.Ю. Альбицкий, Т.И. Садыкова // Общественное здоровье и здравоохранение. 2005. - №3-4. - С. 10-13.
3. Баранов И.И. Нурофен в купировании менструальных болей / И.И. Баранов, В.Н. Серов // Русский медицинский журнал. 2005. - Т. 13, №20(1). - С.1322-1326.
4. Радзинский В.Е. Перинеология. /М.: МИА 2006; 64-124
5. Кадурин Т.И. Наследственные коллагенопатии (клиника, диагностика, лечение и диспансеризация). /СПб: Невский Диалект, 2000
6. Макаров О.В., Сметник В.П., Доброхотова Ю.Э. Синдром постгистерэктомии. /М.Медицина 2005; 135-167.

7. Межевитинова Е.А., Акопян А.Н. Магний дефицитные состояния в гинекологической практике: клиническая оценка и методы коррекции. //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2007;4:17-19
8. Смольнова Т.Ю., Буянова С.Н., Савельев С.В., Петрова В.Д. Дисплазия соединительной ткани как одна из возможных причин недержания мочи у женщин с пролапсом гениталий. // Урология 2001; 2: 25-30.
9. Степура О.Б. Применение магниевой соли оротовой кислоты у лиц с идиопатическим пролапсом митрального клапана.

- Труды ИВ Российск. Национ. Конгресса "Человек и лекарство". //М.: Медицина.1999; 185-95
10. Уварова Е.В., Гайнова И.Г. Дифференцированный подход к диагностике и лечению дисменореи у девушек. //Гинекология, 2003; 4: 5: 151-157
11. Шараев П.Н. Биохимические методы анализа показателей обмена биополимеров.- /Ижевск, 2008;4-5.
12. Яковлев В.М., Нечаева Г.И. Кардио-респираторные синдромы при дисплазии соединительной ткани.- /Омск.2005.

Поступила 01.03. 2019

УДК: 616.61-002.2-008.853.9

ИССЛЕДОВАНИЕ МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ИХ СВЯЗИ С ТЯЖЕСТЬЮ ПРОЯВЛЕНИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ С ХБП

Даминов Б.Т., Эгамбердиева Д.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ Резюме,

Ввиду того, что функция эндотелия многогранна, представляется резонным выявить взаимосвязь между некоторыми биомаркерами воспаления с проявлениями атеросклероза сонных артерий у больных с хронической болезнью почек.

Исследование маркеров, отвечающих за провоспалительные, противовоспалительные, метаболические эффекты в организме, показало, что такие показатели как IL-6, СРБ, фибриноген проявил значимую корреляцию с тяжестью проявления атеросклероза у больных с ХБП.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, системное воспаление, скорость клубочковой фильтрации, доплерография сонных артерий.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ БОР БЕМОРЛАРДА ЯЛЛИҒЛАНИШ БИОМАРКЁРЛАРИ ВА УЙҚУ АРТЕРИЯЛАРИ АТЕРОСКЛЕРОЗИ ОРАСИДА ЎЗARO БОҒЛИҚЛИГИНИ АНИҚЛАШ

Даминов Б.Т., Эгамбердиева Д.А.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Эндотелия функцияси кўп қиррали бўлгани муносабати билан, сурункали буйрак касаллигида яллиғланиш айрим биомаркёрлари ва уйқу артериалари атеросклерозининг орасида ўзаро боғлиқлигини аниқлаш мақсадга мувофиқдир.

Яллиғланишни чақирувчи, яллиғланишга қарши, алмашинувга жавоб берувчи маркёрларни текшируви қуйидагиларни кўрсатди - IL-6, СРБ, фибриноген каби маркёрлар СБК беморларда атеросклероз кўринишлари билан аҳамиятли корреляцияни кўрсатди.

Калит сўзлар: сурункали буйрак касаллиги, тизимли яллиғланиш, коптокчалар филтрацияси тезлиги, уйқу артериаларнинг доплерографияси.

THE STUDY EFFICACY AND SAFETY OF LOW MOLECULAR IRON DEXTRAN (III) DURING THE CORRECTION OF RENAL ANEMIA WITH EPOIETIN BETA

B. T. Daminov, D.A. Egamberdieva

Tashkent Pediatric Medical Institute.

✓ Resume,

Due to the fact, that endothelial dysfunction is multifaced, it seems reasonable to study such a markers of endothelial dysfunction as inflammation and oxidative stress, it will permit the better prediction of cardiovascular risk factors in patients with CKD.

The study of the markers responsible to the inflammatory, anti-inflammatory, metabolic effects in the organism demonstrated that such indices as IL-6, CRP and fibrinogen had the relevant correlation with the gravity of atherosclerosis in CKD patients.

Keywords: chronic kidney disease, systemic inflammation, glomerular filtration rate, Doppler ultrasonography of carotid arteries.

Актуальность

Известно, что хроническая болезнь почек (ХБП) связана с повышенным риском сердечнососудистых событий [1,2,3,4,5]. В большом количестве иссле-

дований последних лет была продемонстрирована корреляционная взаимосвязь между сердечно-сосудистым риском и отдельными параметрами, характеризующими эндотелиальную дисфункцию [6-11]. Ввиду того, что функция эндотелия многогранна, представляется ре-

