

Нугманова А.М., Диканбаева С.А., Чингаева Г.Н., Шабдарова С.К.
**ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ – КАК ФАКТОР РИСКА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ
У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК.**
КРМУ, КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы

Развитие сердечно-сосудистой патологии при хронической болезни почек (ХБП) отягощает течение почечной патологии, способствует дальнейшему ухудшению внутрисосудистой гемодинамики и ускоряет развитие нефро-склероза. Гипергомоцистеинемия (ГГЦ) является мощным независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых поражений у больных с ХБП, существенное повышение гомоцистеина (ГЦ) отмечается уже на начальных стадиях ХБП, и концентрация ГЦ может достигать очень высокого уровня у больных, получающих заместительную почечную терапию.

В связи с этим нами проведено исследование концентрации ГЦ у 86 детей. Больные разделены на следующие группы: 1 группа – 32 пациента в додиализной стадии ХБП, 2 группа – 42 пациента с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, 3 группа – контрольная группа (12 детей). По данным Wang A. Y.-M., et al; отмечается достоверно высокая связь между индексом массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) и уровнем ГЦ у пациентов с ХБП. на диализе, в связи, с чем мы провели анализ этих показателей в зависимости от степени НК.

Выявлено достоверно более высокие значения уровня ГЦ у детей, получающих лечение программным гемодиализом, так, у детей контрольной группы средний уровень ГЦ в сыворотке крови составил $8,5 \pm 2,2$ мкмоль/л ($5,8$ мкмоль/л- $14,9$ мкмоль/л), у пациентов в додиализной стадии ХБП средний уровень ГЦ- $10,7 \pm 0,92$ мкмоль/л ($4,42$ - $17,29$ мкмоль/л). Средний уровень ГЦ у детей с ХПН, находящихся на гемодиализе, составил $19,52 \pm 2,4$ мкмоль/л, достоверно отличался от уровня у здоровых детей ($8,5 \pm 2,2$ мкмоль/л, $p < 0,001$) и больных с ХБП в додиализной стадии ($10,7 \pm 0,92$ мкмоль/л, $p < 0,05$).

У детей в додиализной группе между уровнем ГЦ крови и ИММЛЖ имеется достоверная связь, так при НК III степени ГЦ= $15,46 \pm 1,83$ мкмоль/л и ИММЛЖ= $85,9 \pm 13,6$ г/м²; тогда как у детей находящихся на лечении ХГД при НК III степени выявлена тесная статистически высоко значимая связь ($p < 0,001$), ГЦ- $20,1 \pm 1,8$ мкмоль/л и ИММЛЖ- $188,2 \pm 30,2$ г/м².

Таким образом, максимальное значение сывороточного уровня гомоцистеина наблюдается у больных с терминальной стадией ХПН, при этом наблюдается зависимость показателей гомоцистеина от стадии ХБП, что подтверждает его значимость как маркера ренальной дисфункции и фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Нугманова А.М., Диканбаева С.А., Шабдарова С.К.
**ФАКТОРЫ РИСКА ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК.**
КРМУ, КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы

Кардиоваскулярная патология при ХПН проявляется главным образом гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ). И среди не гемодинамических факторов риска ГЛЖ при ХБП обсуждается значение нарушений гомеостаза кальция и фосфора, в связи, с чем нами также определялись концентрации кальция и фосфора в крови у детей получающих лечение ПГД. Нами проанализированы уровни Са и Р в зависимости от этиологии почечного повреждения. Получены следующие результаты: гипокальциемия имеет место при всех степенях НК и нет различий по причине вызвавшей развитие почечной недостаточности, в то время как гиперфосфатемия наблюдается при НК IIа и III степени у детей с развитием терминальной стадии почечной недостаточности вследствие ВПР ($1,9 \pm 0,15$ и $1,9 \pm 0,1$ ммоль/л) и выраженная гиперфосфатемия ($2,05 \pm 0,18$, $2,03 \pm 0,12$, $2,4 \pm 0,41$ ммоль/л) отмечается у детей с ХБП на диализе на фоне гломерулярных заболеваний при НК I и IIа-б степенях, тогда как при более тяжелой степени сердечной недостаточности уровень фосфора в пределах нормы.

У диализных больных между ММЛЖ и уровнями фосфатов и кальция крови определяется статистически высоко значимая связь ($r = 0,535$). Так у детей с ХПН, наступившей на фоне ХГН имеют место гипокальциемия ($1,82 \pm 0,05$ ммоль/л) и более выраженная гиперфосфатемия ($2,1 \pm 0,12$ ммоль/л) ($p < 0,05$), у детей с ХПН, явившейся следствием ВПР более выражена гипокальциемия ($1,74 \pm 0,06$ ммоль/л), и уровень фосфора в пределах допустимых значений у пациентов с терминальной ХПН ($1,71 \pm 0,1$ ммоль/л). Обсуждая роль нарушений гомеостаза кальция и фосфора нельзя не упомянуть также значения непосредственно гиперфосфатемии, которая, как показывают наши исследования, играет большую роль в формировании ГЛЖ. Между величиной ММЛЖ и уровнем фосфора у детей с ХПН вследствие гломерулярных заболеваний, получающих диализ определялась высокая степень корреляции ($r = 0,547$); у детей с ХПН на фоне ВПР выявлена более сла-

бая, но статистически достоверная корреляционная связь ($r=0,434$) (ММЛЖ, $r=167,4\pm 14,1$ и соответственно $120,7\pm 7,1$).

Таким образом, нарушение фосфорно-кальциевого обмена играет важную роль в патогенезе и развитии ГЛЖ у детей с ХБП. В частности, при ХБП кальций накапливается в гладкой мускулатуре сосудов и кардиомиоцитах, а гиперфосфатемия стимулирует секрецию ПТГ, индуцирует и стимулирует кальцификацию мягких тканей, тем самым способствуют нарушению сердечного метаболизма и снижению сократимости миокарда.

Нугманова А.М., Диканбаева С.А., Чингаева Г.Н.
КАРДИОМИОПАТИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК.
КРМУ, КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы

Для определения степени кардиомиопатии нами проведен анализ рентгенограмм органов грудной клетки. Определяли степень кардиомегалии (вычисление объема сердца), вычисляли кардиоторакальный индекс (КТИ), который является наиболее простым цифровым показателем величины сердца.

При анализе данных рентгенограммы нами выявлено следующее: более выраженная кардиомегалия выявлена у детей, получающих диализную терапию, тогда как у детей на додиализном этапе в 43,8% ($p<0,05$) случаев КТИ не превышает 50%, у 34 детей (42,5%) ($p<0,05$) отмечена I степень кардиомегалии (КТИ – 50-55%), в 13,7% случаев (у 11 детей) – II степень кардиомегалии (56-60%). При анализе данных рентгенограммы нами выявлено следующее: I степень кардиомегалии (50-55%) отмечена у 24 детей в возрасте 10-14 лет и 10 детей в возрасте старше 14 лет с ХБП вследствие гломерулярных заболеваний на додиализном этапе, II степень отмечена у 4 детей в возрасте 10-14 лет с гломерулярными заболеваниями и у 7 детей в возрасте старше 14 лет при врожденных пороках развития. Увеличение объема сердца связано с повышением АД и активностью основного заболевания. Так у 23 (21,5%) детей на додиализной стадии ХБП по данным рентгенографии органов грудной клетки выявлена гипертрофическая кардиопатия, проявляющаяся усилением легочного рисунка за счет умеренного венозного застоя, обусловленного диастолической дисфункцией левого желудочка. Сердце чаще умеренно увеличено в поперечнике, тень левого предсердия увеличена, а во фронтальной проекции отмечается сглаженность «тали» сердца. У 1/3 детей на диализе рентгенограмма грудной клетки показывает усиление легочного рисунка вследствие умеренных признаков легочной гипертензии, отмечается увеличение всех полостей сердца преимущественной дилатацией левого желудочка. По мере достижения ремиссии, купирования отеочного и мочевого синдромов, санации очагов инфекции улучшается рентгенологическая картина: уменьшается КТИ (не >50%). Если в додиализной стадии сердце имело нормальные размеры (КТИ=46,9±0,5 %), то с началом гемодиализа, в течение первого года отмечается значительная кардиомегалия (КТИ=60,0±3,0 %) и в последующих годах степень кардиомегалии прогрессирует с большими темпами (62,1±1,9 %), что соответствует III степени кардиомегалии.

Таким образом, выявлено, что кардиомиопатия с признаками ГЛЖ и формирование ХСН мало зависят от причин, что приводят к ХБП (при ГН КТИ=58,03±1,4%, СМ=32,2±1,2% и ХСН наступает в 40% случаев, при ВПР – КТИ=56,9±2,2%, СМ=29,8±1,4% и в 46% формируется СН). Выраженные изменения со стороны сердца с развитием кардиомиопатии, ГЛЖ и СН наступают у детей, длительное время получающих диализную терапию.

Олимова К.С., Абдуллаева Н.Ш.
**ФАКТОРЫ РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ
ЧАСТЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ**

*Государственное учреждение Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии,
г. Душанбе, Республика Таджикистан*

Актуальность. Респираторные инфекции занимают ведущее место в структуре заболеваемости детей, приводя нередко к формированию среди них групп часто болеющих.

Цель исследования: Выявить причины, предрасполагающие к развитию частых ОРИ у детей раннего возраста.

Пациенты и методы. Путем опрос-анкетирования родителей и выкипировки данных из историй болезни, дана характеристика показателей здоровья, социальных условий жизни и трудовой деятельности матерей 232 обследованных доношенных новорожденных, родившихся с различной перинатальной патологией.

Результаты. Проведенный факторный анализ показал комплексность причин формирования частой респи-