

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/м<sup>2</sup>; 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/м<sup>2</sup>.

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-