

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 ХБП, 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 ХБП, 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 ХБП 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 ХБП, 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 ХБП, явившейся следствием ВПР более выражена гипокальциемия ($1,74 \pm 0,06$ ммоль/л), и уровень фосфора в пределах допустимых значений у пациентов с терминальной ХБП ($1,71 \pm 0,1$ 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 ХБП вследствие гломерулярных заболеваний, получающих диализ определялась высокая степень корреляции ($r = 0,547$); у детей с ХБП на фоне ВПР выявлена более сла-