

Значения общего холестерина, триглицеридов, ЛПНП увеличиваются при преэклампсии (ПЭ), по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). Полученные результаты совпадают с мнением других исследователей об изменении липидного спектра плазмы крови при присоединении преэклампсии [1, 2, 3, 4]. У беременных русской популяции с ПЭ и неосложненным течением беременности достоверных различий в липидном обмене не выявлено. Несмотря на более высокий уровень липидемии у беременных русской популяции при неосложненной беременности, данные показатели характеризуются стабильностью при присоединении преэклампсии. У беременных бурятской популяции при развитии ПЭ наблюдается дислипидемия.

Таблица 2

Показатели липидного обмена у беременных бурятской популяции с преэклампсией и беременных с неосложненным течением, ($M \pm m$)

Показатель	ПЭ (n=80)	Контроль (n=30)	p
Общий холестерин (ммоль/л)	6,32±1,47	5,23±1,34*	0,001
Триглицериды (ммоль/л)	3,44±0,94	2,32±0,61*	0,001
ЛПВП (ммоль/л)	1,45±0,37	1,07±0,43*	0,001
ЛПНП (ммоль/л)	3,79±1,16	2,60±0,91*	0,001

Примечание: *-достоверность различий между ПЭ и неосложненным течением беременности.

Выводы. Изменения липидного обмена при неосложненной беременности имеют особенности в зависимости от национальной принадлежности. Уровень холестерина, ЛПНП, триглицеридов, ЛПВП выше у беременных русской популяции во втором и третьем триместре беременности. При присоединении преэклампсии у беременных бурятской популяции наблюдается рост уровня всех липидов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болотова Ц.Ц. Закономерности и механизмы перестройки систем пол – антиоксидантной защиты и гормональной регуляции при осложненном течении беременности у женщин Усть-Ордынского бурятского автономного округа: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Иркутск, 2005. – 26 с.
2. Протопопова Н.В., Самчук П.М., Суховская В.В. Физиологические изменения в организме женщины при беременности. – Иркутск, 2005. – 119 с.
3. Скворцова М.Ю., Петрова Т.В. Особенности липидного профиля при гестозе у повторнородящих с ожирением // Мать и дитя : материалы 8-го Рос. науч. форума, 12-15 окт. – М., 2006. – С. 236-237.
4. Ткачева О.Н., Галяутдинова А.Ю., Прохорович Е.А. Нарушения липидного обмена при беременности // Фарматека. – 2009. – № 8 – С.39-43.

Фаткуллина Ирина Борисовна, кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии с курсом педиатрии ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» Минздравсоцразвития России, Россия, 670000, г. Улан-Удэ, ул. Смолина, 24 а, тел. (301-2) 21-15-80, e-mail. univ@bsu.ru

УДК 616.12.053.2

© Н.С. Черкасов, Т.Н. Доронина, 2011

Н.С. Черкасов, Т.Н. Доронина

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ У ДЕТЕЙ С КОРРИГИРОВАННЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Установлены клиничко-биохимические параллели у детей с врожденными пороками сердца. Выявлена зависимость изменений биохимических показателей от степени выраженности клиничко-инструментальных нарушений у данных пациентов. Изученные биохимические показатели отражают остроту и динамику патологического процесса в миокарде.

Ключевые слова: дети, врожденный порок сердца, биохимические показатели.

CLINICO-BIOCHEMICAL PECULIARITIES IN CHILDREN WITH CONGENITAL HEART FAILURE

They had congenital isolated defects of interventricular and interatrial parts of the heart. It was defined that for the estimation of pre- and postoperative period of cardiovascular system adaptation in case of congenital heart failure alongside with clinico-instrumental data there may be possible to use the determination of biochemical data of myocardium defects and lymphocytic enzymes which might reflect metabolic disturbances. The definition of levels of CRP and activity of MB – creatine phosphokinase should be used as additional criteria for estimation of disturbances with heart activity adaptation.

Key words: *children, congenital heart failure, biochemical data of myocardium defect.*

Известно, что состояние сердечно-сосудистой системы у детей с врожденными пороками сердца (ВПС) после кардиохирургической коррекции связано с характером порока, со сроками проведения и особенностями операции, а так же осложнениями, возникающими после хирургического вмешательства [1].

Хроническая сердечная недостаточность является существенным признаком течения порока и может отражать нарушения функции сердечно-сосудистой системы. Однако ее особенности у детей после оперативной коррекции ВПС изучены недостаточно [2].

Цель: установить клиничко-биохимические изменения при хронической сердечной недостаточности у детей, перенесших кардиохирургическую коррекцию.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в течение 3-х месяцев после операции находились 35 детей с изолированными и 47 – с сочетанными пороками сердца в возрасте от 3 месяцев до 3-х лет. В первой группе преобладали дефекты перегородок средней величины и локализованные в мышечной части межжелудочковой перегородки. Во второй – сочетания дефектов межжелудочковой и межпредсердной перегородок, с открытым артериальным протоком, стенозом легочной артерии и, реже, другими пороками. Методы исследования: анамнестический, клинический, инструментальные, биохимический и статистический.

Результаты. Нами проанализированы клиничко-биохимические особенности в этих двух группах. Установлено, что у пациентов первой группы клинические изменения характеризовались, прежде всего, умеренной выраженностью гемодинамических нарушений. Они укладывались в проявления хронической сердечной недостаточности в I стадии и без таковой. У этих детей тоны сердца были звучные, частота сердечных сокращений умеренно увеличена и не сопровождалась одышкой. Во второй группе клинически отмечалось увеличение размеров сердца и подтверждалось инструментально. Характеристика тонов сердца существенно не отличалась от таковых в предыдущей группе. В то же время, выявлялась тахикардия, в сочетании с умеренной одышкой, увеличение размеров печени было умеренным и встречалось у 11 детей (23,4%). На ЭКГ умеренные признаки гипертрофии отделов сердца, в сочетании с тахикардией и умеренными признаками нарушения реполяризации миокарда, наблюдались у 12 пациентов (25,5%). На ЭХО-КГ определялись расширение полостей сердца у 9 детей (19,1%) и утолщение стенки левого желудочка сердца – у 15 исследуемых (31,9%), сократительная способность миокарда была в пределах нормы у всех детей.

Выявленные клиничко-инструментальные изменения у детей второй группы в ранние сроки после операции связаны с миокардиальными изменениями, наблюдаемыми еще в дооперационном периоде. В динамике через 2-3 месяца клиничко-инструментальные изменения в первой группе встречались в единичных случаях и были умеренно выражены. У детей второй группы указанные нарушения через 2-3 месяца встречались в два раза реже, чем через 1-2 недели после кардиохирургической коррекции. Основными их проявлениями были умеренное расширение границ сердца в 19 случаях (40,4%), негрубый систолический шум в 14 случаях (29,8%), реканализация дефектов – у 2 детей (4,7%), умеренная тахикардия наблюдалась у 9 пациентов (19,1%), признаки гипертрофии миокарда – у 12 пациентов (25,5%).

Из биохимических показателей нами использовались определения МВ-фракции креатинфосфокиназы (МВ-КФК) иммуноферментным методом и С-реактивного белка (СРБ) иммунотурбидиметрическим методом, с количественным определением в динамике исследования, как указано выше. У детей первой группы уровень СРБ был в пределах нормы, в то же время, уровни активности МВ-КФК имели тенденцию к увеличению ($p > 0,05$). У 7 детей (20%) отмечались статистически значимые повышения МВ-КФК ($p < 0,01$). В динамике наблюдения, уровни СРБ и МВ-КФК существенно не отличались от нормы ($p > 0,05$) (табл.).

Во второй группе детей выявлено умеренное увеличение СРБ ($p < 0,05$) в первые 1-2 недели после операции, которое через 2-3 месяца приближалось к норме (табл.). Уровни активности МВ-КФК были наиболее высоки через 1-2 недели после кардиохирургической коррекции ($p < 0,001$). Это связано с повреждениями кардиомиоцитов, происходящими во время операции, а так же сохраняющимися проявлениями хронической сердечной недостаточности. В зависимости от проявлений сердечной недостаточности выделены 2 подгруппы: 2 А (17 детей) с признаками сердечной недостаточности (СН) I стадии и 2 Б (30 пациентов) с СН II А - II Б стадии.

Нами установлена прямая корреляционная зависимость между уровнями активности МВ-КФК и проявлениями сердечной недостаточности ($r_1 = 0,71$; $p < 0,01$) (табл.). Нормализация биохимических показателей или тенденция этого процесса к угасанию свидетельствуют об обратимости патологических процессов, протекающих в миокарде после кардиохирургической коррекции.

Уровни биохимических показателей у детей с корригированными врожденными пороками сердца ($M \pm m$)

Группы детей	n	Показатели			
		СРБ (мг/л)	МВ-КФК (мккат/л)	r	r ₁
		Через 1-2 недели после операции			
1-я группа	35	2,9±0,4	0,072±0,009	—	—
2-я группа	47	7,2±1,6*	0,163±0,007***	—	—
		Через 2-3 месяца после операции			
1-я группа	35	3,1±1,7	0,061±0,008	—	—
2-я группа	47	3,2±1,8	0,092±0,008**	—	—
2 А подгруппа	17	2,9±1,6	0,067±0,009	—	—
2 Б подгруппа	30	3,0±1,7	0,112±0,007***	0,2	0,71
Условно здоровые	18	2,8±0,3	0,058±0,006	—	—

Примечание: значение r (достоверности) получены при сравнении показателей соответствующих групп детей и условно здоровых пациентов. * - достоверное отличие от группы условно здоровых детей ($p < 0,05$); ** - ($p < 0,01$); *** - $p < 0,001$; r – коэффициент корреляции, при сопоставлении уровней СРБ со стадией сердечной недостаточности (2 А подгруппа детей с сердечной недостаточностью I стадии; 2 Б подгруппа детей с сердечной недостаточностью II А – II Б стадии); r₁ – коэффициент корреляции, при сопоставлении уровней активности МВ-КФК от стадии сердечной недостаточности (2 А подгруппа детей с сердечной недостаточностью I стадии; 2 Б подгруппа детей с сердечной недостаточностью II А – II Б стадии).

Таким образом, нами установлены клиничко-биохимические параллели у детей с корригированными врожденными пороками сердца. Повышение активности МВ-фракции креатинфосфокиназы и увеличения уровней СРБ отражают состояние патологического процесса в миокарде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Басаргина Е.Н., Леонтьева И.В., Котлукова Н.П. [и др.]. Диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности у детей и подростков / Метод. реком. Ассоциации детских кардиологов – М., 2010. – 80 с.
2. Котлукова Н.П. Кардиоваскулярная патология у новорожденных и детей раннего возраста: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – М., 2001. – 57 с.

Черкасов Николай Степанович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной педиатрии с курсом последипломного образования ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, e-mail: kafedra1@mail.ru

Доронина Татьяна Николаевна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 36-86-75, e-mail: tatdrnina@rambler.ru.

УДК 616-006.66; 577.152.344

© Е.А. Черногубова, Д.Г. Матишов, М.И. Коган, М.Б. Чибичян, 2011

Е.А. Черногубова¹, Д.Г. Матишов¹, М.И. Коган², М.Б. Чибичян²

АКТИВНОСТЬ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В СЕКРЕТЕ ПРОСТАТЫ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹Учреждение Российской академии наук Институт аридных зон ЮНЦ РАН, г. Ростов-на-Дону

²ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России

Выявление информативных предикторов и маркеров рака предстательной железы (РПЖ) остается центральной проблемой современной онкоурологии. Цель работы – анализ нарушений протеолитических процессов в секрете простаты при раке предстательной железы. Полученные данные свидетельствуют о нарушении баланса между протеиназами и их инги-