ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛНЕФРИТОМ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ

© Салахова Альфия Искандеровна, Абдусагатова Шахноз Шукуровна, Яхяева Камола Закировна

Ташкентская Медицинская Академия, 100047, Ташкент, ул. Форобий 2 дом. E-mail: battalova.alfiya89@mail.ru

Ключевые слова: Гломерулонефрит; гормоны щитовидной железы; нефротическая форма; тироксин; тиреотропный гормон;трийодтиронин

Цели и задачи. Гломерулонефрит — это один из распространенных заболеваний почек у детей, приводящих к развитию хронической почечной недостаточности и ранней инвалидизации детей и подростков. В последние годы увеличилось число больных хроническим гломерулонефритом. Важное значение в патогенезе хронизации процесса придается нарушениям эндокринной системы, в частности, изменениям уровня тиреоидных гормонов.

Цель — изучить состояние гормонов щитовидной железы Тироксин общий (Т4 свободный) и Тиреотропный гормон (ТТГ), в сыворотке крови у детей с нефротической формой хронического гломерулонефрита

Материалы и методы исследования. Обследовано 18 детей с нефротической формой хронического гломерулонефрита находившихся на лечении в детском нефрологическом отделении I клиники Ташкентской Медицинской Академии . Возраст детей от 7–16 лет. мальчиков 12, девочек 6. Давность заболевания 5–6 лет. Частота обострения 1–2 раза в год у 13 больных, более часто (2–4 раз) у 6 детей. Наблюдались отеки — генерализованные у 10 детей, местные — у 8 детей. Повышение Артериального давления у 2 детей, нормальные показатели — у 16 детей. Протеинурия 3,0 г/сутки — у 7 детей, 1,5 г/сутки — у 6, более 3,0 г/сутки — у 5 детей. Уровень мочевины и креатинина в пределах нормы — у 12, повышен — у 6 детей. Общий белок в крови — гипопротеинемия выраженная — у 10, умеренная — у 4. Диспротеинемия у 4, гиперхолестеринемия — у 8 детей. Суточный диурез у всех детей в остром периоде был снижен. Скорость клубочковой фильтации по Шварцу (СКФ) снижена у 16 детей в остром периоде. Патогенетическая терапия в виде двух компонентной системы (гормоны,антиагреганты) проведена 3 больным, трех компонентная(гормоны,антиагреганты,антикоагулянты) 5 больным, четырех компонентная (трех компонентная система и цитостатики) — 10 больным. Гормонорезистентные формы заболевания отмечались у 4 больных. Гормоно зависимых больных было 4. Осложнения в виде нефротического криза наблюдались у 2 больных, в результате лечения у всех больных достигнута клиническая ремиссия.

Наряду с общепринятыми клинико-лабораторными исследованиями у всех детей определяли гормоны щитовидной железы ТТГ,Т4 свободный по методу ИФА реактив «HUMAN», Германия.

Результаты исследования. У всех больных с нефротической формой хронического гломерулонефрита в период обострения уровень Т4 был снижен в 2 раза, ТТГ в 1.5 раза по сравнению с нормой (Т4=0,8–2,2 ng/ml ТТГ = 0,3–4,0 mlU/1) в период ремиссии нормализация показателей не наблюдается.

Вывод: У детей с нефротической формой хронического гломерулонефрита в период обострения и ремиссии сохраняется нарушения функции щитовидной железы . Чем длительней патологический процесс тем выражение функциональные расстройства щитовидной железы о чем свидетельствуют снижен уровня Т4 и ТТГ как периоде обострения так и в период ремиссии.