

ВЛИЯНИЕ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ТЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ

Курбонов О.М., Шаропова. М.С.,

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

✓ Резюме,

Проведен ретроспективный анализ клинического течения гнойных хирургических заболеваний на фоне тиреотоксикоза и оценка результатов лечения и их осложнений. У 104 (10,5%) из 986 пациентов, получавших лечение в клинической базе БухГосМИ был диагностирован тиреотоксикоз. В результате проведенного исследования у пациентов с гнойными хирургическими заболеваниями на фоне тиреотоксикоза наблюдается сложное своеобразное клиническое течение и приводящее к тяжелым осложнениям. Своевременная коррекция гормональных нарушений приводит к лучшим результатам лечения. Таких пациентов необходимо лечить совместно с эндокринологом.

Ключевые слова: гнойные хирургические заболевания, тиреотоксикоз, клиническое течение, лечение, оперативное вмешательство.

ТИРЕОТОКСИКОЗДА ЙИРИНГЛИ ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ

Курбонов О.М., Шаропова. М.С.,

Абу Али Ибн Сино номли Бухора давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Йирингли хирургик касалликлар билан хасталанган беморларнинг тиреотоксикоз касаллиги фонидаги клиник кечиши, оператив даволашиш натижалари ва уларнинг асоратларини ўргандик. БухДавТИ клиник базасида йирингли хирургик касалликлар билан даволанган 986 бемордан 104(10,5%) да тиреотоксикоз касаллиги аниқланган. Изланишлар натижасида тиреотоксикоз касаллиги бор беморларда йирингли хирургик касалликларнинг ўзига хос клиник кечиши кузатилади ва оғир асоратларга олиб келади. Тиреотоксикозда кузатиладиган гормонал бузилишларни ўз вақтида коррекция қилиб даволаш яхши натижаларга олиб келади. Бу беморларни эндокринолог билан бирга даволаш зарур.

Калит сўзлар: Йирингли жарроҳлик касалликлари, тиреотоксикоз, клиник курс, даволаш, жарроҳлик амалиёти.

THE EFFECT OF THYROID HORMONES ON THE COURSE OF PURULENT SURGICAL DISEASES WITH THYROTOXICOSIS

Kurbonov O.M., Sharopova M.S.,

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sina
200101, Uzbekistan, Bukhara city, 1 Navai Avenue stride <http://bsmi.uz>.

✓ Resume,

A retrospective analysis of the clinical course of purulent surgical diseases against thyrotoxicosis and an assessment of treatment results and their complications were carried out. Thyrotoxicosis was diagnosed in 104 (10.5%) of 986 patients treated in the clinical base of BukhGosMI. As a result of the study, in patients with purulent surgical diseases against the background of thyrotoxicosis, a complex peculiar clinical course is observed and leading to serious complications. Timely correction of hormonal disorders leads to better treatment results. Such patients must be treated together with an endocrinologist.

Key words: purulent surgical diseases, thyrotoxicosis, clinical course, treatment, surgical intervention.

Актуальность

Щитовидная железа является органом эндокринной системы и помимо других функций, выполняет функцию поддержки гомеостаза в организме [1,4,7,12]. Причины развития диффузного токсического зоба заключаются в нарушении работы иммунной системы [2,5,8,9]. В этом случае иммунитет больного начинает производить антитела, которые впоследствии оказывают влияние на рецепторы ТТГ [3,8,11]. В результате этих процессов щитовидная железа начинает увеличиваться и производить большее количество гормонов. Из-за увеличенного количества гормонов щитовидной железы в организме обмен веществ больного ускоряется [4,8]. Все это приводит к быстрому истоще-

нию энергии, которая нужна организму для жизнедеятельности [1,4,5,8,12]. В последние годы как сопутствующее заболевание участились случаи тиреотоксикоза у больных с гнойными хирургическими заболеваниями [6]. Несмотря на внедрение различных химических и физических методов воздействия на процесс заживления раны, применение в клинической практике антибиотиков широкого спектра действия, повышение вирулентности микрофлоры и снижение их резистентности к антибиотикам, трудности борьбы с госпитальной инфекцией, ослабление защитных механизмов макроорганизма, ставят проблему лечения гнойных хирургических заболеваний в ряд весьма важных задач практической хирургии Б.Б.Сафоев [2,10]. Повышенный интерес к проблеме объясняется еще и тем,

что вместе с развитием современной медицины и техники меняются представления о течении раневого процесса [2,10].

Сложный патогенетический механизм развития тиреотоксикоза имеет системный характер. С одной стороны нарушения микроциркуляции, ишемия, гипоксия тканей, развитие оксидативного нарушения в клетках при гнойных хирургических заболеваниях, а с другой стороны нарушения гемодинамики, угнетение иммунной системы и нарушения обмена веществ при тиреотоксикозе отрицательно влияет на исход гнойных хирургических заболеваний [4,5,9]. Снижение сопротивляемости к инфекции и частое возникновение гнойно-воспалительных заболеваний у больных страдающих тиреотоксикозом обусловлены нарушениями иммунологических и пластических процессов в тканях [3,8]. В основе этого лежат гормональные нарушения оказывающие активное влияние на все метаболические процессы [7,11]. В последние годы достаточно большой удельный вес занимают больные с гнойными хирургическими заболеваниями на фоне тиреотоксикоза [6]. Основные причины, которые способствуют развитию гнойных хирургических заболеваний у больных тиреотоксикозом:

- Гормональные нарушения которые приводят к тяжелому течению заболевания, чем у здоровых пациентов;

- Сниженный иммунитет и общее ослабление организма.

- Нарушения белкового обмена, оказывающего активное влияние на все метаболические процессы.

Наиболее часто этиологическими факторами гнойных хирургических заболеваний на фоне тиреотоксикоза являются грамотрицательные бактерии, анаэробные микроорганизмы, стафилококки, клостридиальные инфекции и др.

Многочисленные попытки улучшения результатов лечения, путем влияния как на макроорганизм, так и на патогенную микрофлору, все еще не привели к существенным положительным сдвигам.

В связи с этим, целью настоящего исследования явилось: улучшение результатов лечения гнойных хирургических заболеваний сопутствующих тиреотоксикозом, путем разработки и усовершенствования патогенетически обоснованных методов лечения.

Материал и методы

В клинической базе Бух ГосМИ, за период с 2009 по 2019 гг находились на стационарном лечении 986 больных гнойными хирургическими заболеваниями. Из них 104(10,5%) больных были различными формами тиреотоксикоза. Возраст больных варьировался от 20 до 64 лет, средний возраст которых составило 42 года. Мужчин-47(45,2), женщин-57(54,8%). Все больные в зависимости от метода лечения распределены на следующие две группы: I - контрольная 30 (28,8%) больных различными гнойными хирургическими заболеваниями сопутствующих тиреотоксикозом, которым принимались традиционные методы лечения - вскрытие гнойного очага, санация раны и наложение водорастворимой мази под повязкой. II- основная группа, включены 74(71,2%) аналогичных больных которым традиционное местное лечение дополнялось коррекцией гормональных нарушений при тиреотоксикозе. Объем оперативных вмешательств заключалось во вскрытии, санации и дренировании гнойных полостей под общим обезболиванием с учетом анатомического расположения, размеров и стадии гнойного процесса. Всем больным проводился общепринятый комплекс обследования: клинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, группа крови и резус-фактор, обзорная рентгеноскопия органов грудной клетки.

Как видно из таблицы 1, в первой группе было 30 (28.8%) больных из них 16 (53,3%) мужчин и 14(46,7%) женщин в возрасте от 19 до 80 лет (средний возраст составил 48,4 2,1 лет). Во II группе - 36 (48,6%) и 38(51,4%) в возрасте от 19 до 75 лет (средний возраст составил 49,4 1,8 лет),

Таблица № 1.

Характеристика больных по полу и возрасту

Группы	Возраст										Всего
	до 19 лет		20-44 лет		45-59 лет		60-75 лет		75 лет и более		
	Муж	Жен	Муж	жен	Муж	Жен	Муж	жен	Муж	Жен	
I		1	3	5	4	7	3	4	1	2	30
II	1	3	9	12	14	18	5	6	2	4	74
Всего	5 (4,8%)		29(27,8%)		43(41,4%)		18 (17,3%)		9 (8,7%)		104

Большинство больных (71,4%) находились в наиболее труднеспособном возрасте (от 20 до 59 лет).

Анамнез тиреотоксикоза выявил, что из 104 пациентов тиреотоксикоз у 63 (60,7%) больных выявлен впервые, у 37 (39,3%) больных имели 7 и более года, средняя продолжительность заболевания составила 12 лет.

При этом отмечались следующие виды гнойных хирургических заболеваний: Абсцессы - 27(25,9%); флегмоны различных локализаций 25(24,1%), гнойные заболевания мягких тканей различных локализаций-28(27%), послеоперационные гнойные раны-24(23%) больных. Все больные в зависимости от метода лечения распределены на следующие две груп-

пы: I - контрольная 30 (28,8%) больных различными гнойными хирургическими заболеваниями сопутствующих тиреотоксикозом, которым принимались традиционные методы лечения - вскрытие гнойного очага, санация раны и наложение водорастворимой мази под повязкой. II- основная группа, включены 74(71,2%) аналогичных больных которым традиционное местное лечение дополнялось коррекцией гормональных и аутоиммунных нарушений с применением мерказолил по 1тХ3 раза в день и инъекции иммуномодулина по 1,0 мл в/м с учетом показателей гормональных тестов. Объем оперативных вмешательств заключалось во вскрытии, санации и дренировании гнойных полостей под общим обезбо-

лением с учетом анатомического расположения, размеров и стадии гнойного процесса.

Результат и обсуждение

Из общего числа больных у 104 (100%) выявлен тиреотоксикоз различной степени тяжести. Так из них

у 58 (55,8%) больных тиреотоксикоз легкой степени тяжести, у 41(39,4%) средней степени тяжести и у 5 (4,8%) больных тяжелой степени с осложнениями.

Гнойные хирургические заболевания на фоне тиреотоксикоза часто протекают с выраженной симптоматикой тяжелым течением и бывает неясной до выяснения причины. Все пациенты предъявляли жалобы

Табл №2

Показатели гормональных тестов.

Степень тяжести	Лабораторные тесты
Легкая степень (58)	Т-3 своб; 1,5 – 3,0 нг/дл Т-3 общ: 0,8 – 2,5 нг/дл Т-4 своб: 0,8 -2,5 нг/дл Т-4 общ: 4,4 – 11,0 г/дл ТТГ : 0,3 – 4,0 мМЕ/л Анти ТПО: 0 – 34 Е/мл.
Средней тяжести (41)	Т-3 своб; 3,0 – 3,5 нг/дл Т-3 общ: 2,5 – 3,0 нг/дл Т-4 своб: 2,5 -3,0 нг/дл Т-4 общ: 11,0 – 11,5 нг/дл ТТГ: 0,1 – 0,2 мМЕ/л Анти ТПО: 34 - 36 Е/мл.
Тяжелой степени (5)	Т-3 своб; боле 3,5 нг/дл Т-3 общ: более 3,0 г/дл Т-4 своб: более 3,0 г/дл Т-4 общ:более 11,5 г/дл ТТГ: 0,03 и ниже мМЕ/л Анти ТПО: выше 36 МЕ/мл.

на гипертермию от 38 до 41 градуса, озноб, общую слабость. Многих беспокоили боли в области гнойного очага. Кроме этого больных беспокоили сердцебиение, временами чувство нехватки воздуха, застревание в горле, бессонница, нервозность слабость и быстрая утомляемость.

Нами распределены больные на три группы по клиническому течению: тиреотоксикоз легкой степени, средней степени тяжести и тяжелой степени при сочетанной патологии с гнойными хирургическими заболеваниями. При легкой степени тиреотоксикоза у больных гнойными хирургическими заболеваниями наблюдались боли в области патологического процесса 61% случаях, озноб от 42 до 56 % случаях, гипертермия у 67% больных, слабость и снижение работоспособности.

При средней степени тяжести наблюдалось выраженная гипертермия, озноб, боли в области патологического процесса возбудимость, раздражительность, потеря веса на 20% и больше. Тахикардия пульс 100-120уд в 1мин.

При тяжелой степени тиреотоксикоза у больных гнойными хирургическими заболеваниями наблюдалось выраженная интоксикация, гипертермия до 40-42 градусов, озноб, лихорадка. Резкое падение показателей гемодинамики, снижение ОЦК, обезвоживание. Полная потеря работоспособности. Потеря веса на 50%, тахикардия пульс больше 120уд в 1мин, аритмия, сердечная недостаточность. Поражение печени. Психозы, бред и галлюцинации. Показатели клинического анализа крови не всегда соответствовали морфологическим изменениям: у 18 пациентов (43 %) лейкоцитоз был ниже $9,0 \times 10^9/\text{л}$, а у 14 больных (32 %) и процент палочкоядерных форм не превышал 10, что в большинстве случаев было отмечено у больных пожилого

и старческого возраста и, возможно, это связано с ареактивностью организма в этот период жизни и из за наличия тиреотоксикоза. Максимальные значения этих показателей у остальных больных достигали: лейкоцитоз - $26,4 \times 10^9/\text{л}$, метамиелоциты - 2 %, палочкоядерных - 32 %, токсическая зернистость ++.

Наряду с клиническими проявлениями проанализированы показатели гормональных тестов щитовидной железы (таблица №2) у больных гнойными хирургическими заболеваниями сопутствующих эндокринными патологиями. При этом у больных с легкой степенью тиреотоксикоза особо выраженных гормональных нарушений не отмечалось. Однако при средней степени тяжести зоба снижение активности ТТГ сопровождалось возрастанием уровня Т-3 и Т-4. Повышение активности антитиреопероксидазы (Анти ТПО) у этих больных свидетельствует о аутоиммунном характере заболевания т.е. угнетается иммунная система при тиреотоксикозе. Более выраженные гормональные нарушения отмечались при тяжелой степени зоба с тиреотоксикозом. Так, снижением активности ТТГ, уровнем гормонов щитовидной железы Т-3 и Т-4 резко возрастали, одновременно наблюдалось повышение активности Анти ТПО. При тяжелой форме тиреотоксикоза развитие гнойного процесса сопровождалось повышением температуры до 39-40 С. У некоторых больных сознание было затмнено. Гнойный процесс протекал с высокой интоксикацией, выраженной, кетоурией. Обнаруживались также выраженные функциональные нарушения со стороны почек и печени, значительное увеличение количества лейкоцитов в периферической крови и увеличение СОЭ.

При тиреотоксикозе средней тяжести требовалось ежедневное применение мерказолила по 1г X 3 раза в день . Больным с тяжелой формой заболевания необ-

ходимо было введение иммунопротекторов. У больных этой группы часто отмечались осложнения тиреотоксикоза (нефропатия, офтальмопатия, кардиомиопатия и др.).

Все эти нарушения усугубляли течение раневого процесса, что проявлялось в замедлении сроков очищения раны, переход раневого процесса от первого к второй фазе.

Для сравнительного анализа эффективности лечения больные были распределены на две группы (табл №2): первую контрольную группу составили 30 больных с тиреотоксикозом получавших традиционное лечение гнойных хирургических заболеваний без коррекции гормональных нарушений и иммунной терапии; вторую группу составили 74 больных получавших тра-

диционное лечение гнойных хирургических заболеваний и проводили коррекцию показателей гормональных и аутоиммунных нарушений.

При исследовании больных I и II группы (табл №3) выявили ряд преимуществ во второй группе, где проводилась коррекция гормональных и аутоиммунных нарушений, путём применения мерказолила по 1т X 3р иммуномодулина в комплексную традиционную терапию тиреотоксикоза. Эти преимущества главным образом отражались ускорением очищения ран от инфекции, сроков рассасывания инфильтрата, ранним появлением репаративных процессов, чем у больных в комплексе лечения которых не проводилась коррекция гормональных нарушений. В результате, которых сократилась среднее пребывание койки дней больных.

Табл №3

Сроки очищения и заживления ран у больных I и II группы.

Динамика раневого процесса	Сутки	Сутки
	У больных без коррекции гормональных нарушений (30)	У больных после коррекции гормональных нарушений (74)
Сроки очищения от инфекции	6,5 ± 0,4	5,0 ± 0,5
Сроки рассасывания инфильтрата	6,0 ± 0,3	5,0 ± 0,3
Появление грануляции	7,0 ± 0,3	5,5 ± 0,3
Средняя койка дней	8,0 ± 0,5	6,0 ± 0,4

Примечание: $P < 0,05$

При применении традиционной терапии без коррекции гипергликемии сроки очищения раны, рассасывания инфильтрата, появления грануляции составили до 7 суток. Койка дней в среднем 8 дней.

Во второй группе больных, где к традиционному лечению больных с целью коррекции гипергликемии добавили мерказолил по 1т X 3р в день и иммуномодулин сроки очищения раны, рассасывания инфильтрата, появления грануляции составили от 5 до 5,5 суток. Койка дней сократилась в среднем до 6 дней.

Таким образом проведенный нами ретроспективный анализ лечения больных гнойными хирургическими заболеваниями сопутствующих тиреотоксикозом выявили: большой процент встречаемости гнойной хирургической патологии на фоне тиреотоксикоза. Системное поражение организма в патогенезе тиреотоксикоза отрицательно влияет и затрудняет лечение данной категории больных, что указывает на необходимость дальнейшего проведения научно-практических исследований направленных к решению этой проблемы.

Выводы:

5. Гнойные хирургические заболевания до 11% случаев протекают на фоне тиреотоксикоза.

6. Тиреотоксикоз осложняет процесс лечения больных гнойными хирургическими заболеваниями.

7. Разработка новых методов лечения больных гнойными хирургическими заболеваниями с учетом сопутствующей патологии тиреотоксикоза является актуальной проблемой в хирургии.

8. Снижение сопротивляемости к инфекции и частое возникновение гнойно-воспалительных заболева-

ний у больных тиреотоксикозом обусловлены нарушениями гормональных и иммунологических процессов в организме. Эти нарушения часто являются основной причиной возникновения гнойных хирургических заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Арсланбекова А.Ч. Состояние микроциркуляции у больных с заболеваниями щитовидной железы и их коррекция: диссертация кандидата медицинских наук: 14.00.05 / Арсланбекова А.Ч. [Место защиты: ГОУВПО "Дагестанская государственная медицинская академия"]. - Махачкала, 2008. - 127 с.: ил.
2. Ахмедов Р.М., Сафоев Б.Б. Гнойно - некротические поражения нижних конечностей. /Монография. 2010.с.109.
3. Багатурия Г.О. Комбинированные хирургические вмешательства при запущенном раке щитовидной железы. //Вестник хирургии. 2009г №5с.31-34.
4. Бельцевич Д.Г. и соавторы. Проект: клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов по диагностике и лечению узлового зоба (новая редакция 2015 года). //Эндокринная хирургия. - 2015. - №1 - с. 15-21.
5. Бутырский А.Г., Хилько С.С., Влахов А.К., Бобков О.В., Скоромный А.Н., Фомочкин И.И., Гринческу А.Е. Диагностика и хирургическое лечение заболеваний щитовидной и паращитовидных желез. /Симферополь-2018г с. 31.
6. Курбонов О.М., Шаропова М.С., Сафоев Б.Б. Особенности течения гнойных хирургических заболеваний при эндемическом зобе. //Журн.тиббидта янги кун 2019; 3(27).
7. Курбонов С., Гулов М.К., Давлатов И.А. комплексное изменение структуры щитовидной железы при диффузном токсическом зобе // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2018. - № 9. - с. 46-49;
8. Уразова О.И., Кравец Е.Б., Новицкий В.В., Роголёва А.В., Васильева О.А., Кузнецова В.Н., Недосекова Ю.В. Активность перекисного окисления липидов и системы глутатиона в лимфоцитах крови у больных диффузным токсическим зобом. 2019.

9. Якубовский, С.В. Использование сукцинатсодержащих препаратов в комплексном лечении пациентов с диффузным токсическим зобом / С.В. Якубовский, Г.Г. Кондратенко, И.И. Попова // УО Белорус. гос. мед. ун-та. Клиническая медицина. - 2014. - № 8. - С. 50-53.
10. Сафоев Б.Б., Рахимов А.Я. Критическая ишемия нижних конечностей и диабетическая стопа. /Монография. 2019 г. с.321.
11. Brix T., Hansen P., Kyvik R. et al. Cigarette smoking and risk of clinically overt thyroid disease a population based twin case - control study // J.Endocrinol. Invest. - 1999. - Vol.22. - №6, Suppl. - P.22.
12. Diekman M.J. Changes in plasma low-density lipoprotein and high-density lipoprotein cholesterol in hypo- and hyperthyroid patients are related to changes in free thyroxine, not to polymorphism in LDL receptor on cholesterol ester transfer protein genes / M.J. Diekman, N. Anghelescu, E. Endert et al. / J. Clin. Endocrinol, and Metabolism. - 2000. - Vol. 85. - P. 1857-1862.

Поступила 09.03.2020