

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ЭНДЕМИЧЕСКОМ ЗОБЕ

Сафоев Б.Б., 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 эндемического зоба и оценка результатов лечения и их осложнений. У 94 (16,4%) из 572 пациентов, получавших лечение в клинической базе БухГосМИ был диагностирован эндемический зоб. В результате проведенного исследования у пациентов с гнойными хирургическими заболеваниями на фоне эндемического зоба наблюдается сложное своеобразное клиническое течение и приводящее к тяжелым осложнениям. Своевременная коррекция гормональных нарушений при помощи таблеток меркозалила 0,5 мг по 1м X 3 раза в день приводит к лучшим результатам лечения. Таких пациентов необходимо лечить совместно с эндокринологом.

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

PECULIARITIES OF THE COURSE OF PURULENT SURGICAL DISEASES IN ENDEMIC GOITER

Safoev B.B., 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 the background of endemic goiter and an assessment of the treatment results and their complications were carried out. In 94 (16.4%) of 572 patients treated in the clinical base of BukhGosMI, endemic goiter was diagnosed. As a result of the study, in patients with purulent surgical diseases against the background of endemic goiter, a complex peculiar clinical course is observed and leading to serious complications. Timely correction of hormonal imbalance with the help of mercosalil tablets of 0.5 mg 1t X 3 times a day leads to better treatment results. Such patients must be treated in conjunction with an endocrinologist.

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

ЭНДЕМИК БУҚОҚДА ЙИРИНГЛИ ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ

Сафоев Б.Б., Курбонов О.М., Шаропова М.С.,

Абу Али Ибн Сино номли Бухора давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Йирингли хирургик касалликлар билан хасталанган беморларнинг эндемик буқоқ касаллиги фонидаги клиник кечиши, оператив даволашиш натижалари ва уларнинг асоратларини ўргандик. БухДавТИ клиник базасида йирингли хирургик касалликлар билан даволанган 572 бемордан 94(16,4%) да эндемик буқоқ касаллиги аниқланган. Изланишлар натижасида эндемик буқоқ касаллиги бор беморларда йирингли хирургик касалликларнинг ўзига хос клиник кечиши кузатилади ва оғир асоратларга олиб келади. Эндемик буқоқда кузатиладиган тиреотоксикозни мерказолил таблеткаси ёрдамида 0,5мг 1таблеткадан X 3 маҳал ўз вақтида коррекция қилиб даволаш яхши натижаларга олиб келади. Бу беморларни эндокринолог билан бирга даволаш зарур.

Калит сўзлар: йирингли хирургик касалликлар, эндемик буқоқ клиник кечиши, даволаш, жарроҳлик.

Актуальность

Общеизвестно гнойные хирургические заболевания часто возникают на фоне эндемического зоба [4,5]. В последние годы как сопутствующее заболевание участились случаи тиреотоксикоза у данной категории больных. Сложный патогенетический механизм развития эндемического зоба 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 эндемическом зобе может отрицательно повлиять на исход гнойных хирургических заболеваний у данной категории больных [6,11]. Эндемический зоб является хронической эндокринной патологией, приводящая к развитию оксидативного нарушения в клетках, накоплению промежуточных продуктов метаболизма, нарушению состояния стенки эндотелиальных сосудов и эндотелий-зависимых реакций, появлению большого количества конечных продуктов распада белков и патологии клеточных структур [2,3,12]. Морфологические исследования периферических сосудов и тканей при эндемическом зобе показали, что клиническая картина патологических процессов в ране обус-

ловлена постепенной гибелью клеток (тканей) в результате сосудистых и метаболических нарушений. Всё это приводит к замедлению регенерации и репаративных процессов [1,5,7].

Снижение сопротивляемости к инфекции и частое возникновение гнойно-воспалительных заболеваний у больных эндемическим зобом обусловлены нарушениями иммунологических и пластических процессов в тканях. В основе этого лежат гормональные нарушения оказывающие активное влияние на все метаболические процессы [6].

Гормоны щитовидной железы поддерживают нормальное развитие организма, регулируют основные процессы жизнедеятельности, связанные с обменом веществ. Точкой приложения гормонов ЩЖ являются митохондрии при сбое в работе которых происходит постепенная гибель клеток [3,4] Диффузный токсический зоб - аутоиммунное заболевание в развитии которой основная роль принадлежит выработке антител к рецептору ТТГ стимулирующих щитовидную железу [1,8]. Нарушение иммунной системы при различных формах диффузного токсического зоба (5). резко осложняют течение гнойных хирургических заболеваний. В связи с этим изучить особенности течения гнойных хирургических заболеваний у больных тиреотоксикозом является одной из важных задач современной хирургии.

Целью нашего исследования явилось изучить результаты лечения гнойных хирургических патологий на фоне эндокринных заболеваний, получивших последние 7 лет в клинической базе БухГосМи.

Материал и методы

В клинической базе Бух ГосМИ, за период с 2009 по 2016гг находились на стационарном лечении 572 больных гнойными хирургическими заболеваниями. Из них 94(16,4%) больных были различными формами эндемического зоба. Возраст больных варьировался от 20 до 64 лет, средний возраст которых составил 42 года. Мужчин-315(55%), женщин-258(45). При этом отмечались следующие виды гнойных хирургических заболеваний: Абсцессы-26(27,6%); флегмоны различных локализаций 22(23,4%), гнойные заболевания различных локализаций-27(28,7%), послеоперационные гнойные раны-19(20,2%) больных. Все больные в зависимости от метода лечения распределены на следующие две группы: I - контрольная 54(57,4%) больных различными гнойными хирургическими заболеваниями сопутствующих эндемическим зобом, которым принимались традиционные методы лечения - вскрытие гнойного очага, санация раны и наложение водоразрывной мази под повязкой. II- основная группа, включены 40(42,5%) аналогичных больных которым традиционное местное лечение дополнялось коррекцией гормональных нарушений с применением препарата Мерказолил 0,5мг с учетом степени нарушений. Объем оперативных вмешательств заключалось во вскрытии, санации и дренировании гнойных полостей под общим обезболиванием с учетом анатомического расположения, размеров и стадии гнойного процесса.

Результат и обсуждение

Из общего числа больных у 94 (16,4%) выявлены различные виды эндемического зоба. Так из них у 42

(44,6%) больных диффузный токсический зоб различной степени тяжести, у 45(47,8%) тиреотоксикоз легкой и тяжелой степени тяжести и у 7(7,4%) больных диффузный зоб без осложнений. Жалобы больных помимо связанных с основной патологией были на сердцебиение, временами чувство нехватки воздуха, затруднение в горле, бессонницу, нервозность слабость и быструю утомляемость. Нами распределены больные на три группы по клиническому течению: зоб легкой степени, средней степени тяжести и тяжелой степени при сочетанной патологии с гнойными хирургическими заболеваниями. При легкой степени зоба у больных гнойными хирургическими заболеваниями наблюдались нервная возбудимость, раздражительность, снижение работоспособности, потеря веса на 10=15%, постоянная тахикардия пульс до 100уд в 1минуту. Обмен веществ повышен на 30%, А/Д в пределах нормы.

При средней степени тяжести наблюдалось выраженная возбудимость, раздражительность, потеря веса на 20% и больше. Тахикардия пульс 100-120уд в 1мин. Основной обмен повышается на 30-60%. А/Д повышена 140/60ммртст. Офтальмопатия и выраженная потливость.

При тяжелой степени зоба у больных гнойными хирургическими заболеваниями наблюдалось сильная возбудимость нервной системы, сильная раздражительность. Полная потеря работоспособности. Потеря веса на 50%, тахикардия пульс больше 120уд в 1мин, аритмия. Основной обмен повышается более 60%, сердечная недостаточность, пароксизмальная тахикардия. Поражение печени. Психозы, бред и галлюцинации. Выраженная офтальмопатия. Большая разница систолического и диастолического давления, разница более чем на 40%.

Наряду с клиническими проявлениями проанализированы данные гормональных тестов щитовидной железы (таблица №1) 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, уровень гормонов щитовидной железы Т-3 и Т-4 резко возрастали, одновременно наблюдалось повышение активности Анти ТПО.

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 54 больных с эндемическим зобом получавших традиционное лечение гнойных хирургических заболеваний без коррекции гормональных нарушений; вторую группу составили 40 больных получавших традиционное лечение гнойных хирургических заболеваний и проводили коррекцию гормональных нарушений с учетом показателей гормональных тестов.

Степень тяжести	Клиника	Лабораторные тесты
Легкая	Нервная возбудимость, раздражительность, потливость. Работоспособность снижена, постоянная тахикардия пульс до 100уд в 1 мин. Потеря веса на 10-15%. Обмен веществ повышается на 30%. А/Д не меняется или слегка повышена. Офтальмопатии нет.	T-3 своб; 1,5 – 3,0 нг/дл T-3 общ: 0,8 – 2,5 нг/дл T-4 своб: 0,8 -2,5 нг/дл T-4 общ: 4,4 – 11,0 г/дл ТТГ : 0,3 – 4,0 мМЕ/л Анти ТПО: 0 – 34 Е/мл.
Средней тяжести	Выраженная нервная возбудимость, раздражительность, выраженная потливость. Работоспособность снижена, постоянная тахикардия пульс до 120уд в 1 мин. Потеря веса на 20% и больше. Обмен веществ повышается на 60%. А/Д повышается 140/60ммртст повышена. Офтальмопатия.	T-3 своб; 3,0 – 3,5 нг/дл T-3 общ: 2,5 – 3,0 нг/дл T-4 своб: 2,5 -3,0 нг/дл T-4 общ: 11,0 – 11,5 нг/дл ТТГ: 0,1 – 0,2 мМЕ/л Анти ТПО: 34 - 36 Е/мл.
Тяжёлой степени	Сильная возбудимость нервной системы, сильная раздражительность, выраженная потливость. Полная потеря работоспособности, снижена, постоянная тахикардия пульс более 120уд в 1 мин, аритмия, сердечная недостаточность, пароксизмальная тахикардия. Поражение печени. Психозы, галлюцинации. Потеря веса на 50%, основной обмен повышается более 60%. Разница между систолическим и диастолическим А/Д составляет более 40%. Выраженная офтальмопатия.	T-3 своб; боле 3,5 нг/дл T-3 общ: более 3,0 г/дл T-4 своб: более 3,0 г/дл T-4 общ: более 11,5 г/дл ТТГ: 0,03 и ниже мМЕ/л Анти ТПО: выше 36 МЕ/мл.

При исследовании больных I и II группы выявили ряд преимуществ во второй группе, где проводилась коррекция гормональных нарушений, путём применения табл. Мерказолила 0,5мг по 1т х 3 раза в день в комплексную традиционную терапию тиреотоксикоза. Эти преимущества главным образом отражались уско-

рением 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.

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

Динамика раневого процесса	Сутки	Сутки
	У больных без коррекции гормональных нарушений (54)	У больных после коррекции гормональных нарушений (40)
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 гормональных нарушений 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 гормональных нарушений добавили мерказолил 0,5мг по 1табл х 3 раза в день. сроки очищения раны, рассасывания инфильтрата, появления грануляции составили от 5 до 5,5 суток. Койка дней сократился в среднем до 6 дней.

Таким образом проведенный нами ретроспективный анализ лечения больных гнойными хирургическими заболеваниями с сопутствующими эндокринными патологиями выявили: большой процент встречаемости гнойных хирургических заболеваний на фоне наиболее грозной эндокринной патологии тиреотоксикоза. Известно, системное поражение организма в патогенезе тиреотоксико-

за отрицательно влияет и затрудняет лечение данной категории больных, что указывает на необходимость дальнейшего проведения научно-практических исследований направленных к решению этой проблемы.

Выводы

9. Гнойные хирургические заболевания до 16,4% случаев протекают на фоне сопутствующих эндокринных патологий.

10. Сопутствующие эндокринные патологии (тиреотоксикоз)осложняют процесс лечения больных гнойными хирургическими заболеваниями.

11. Разработка новых методов лечения больных гнойными хирургическими заболеваниями с учетом сопутствующей эндокринной патологией является актуальной проблемой в хирургии.

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; 109.
3. Багатурия Г.О. Комбинированные хирургические вмешательства при запущенном раке щитовидной железы. Багатурия. // Вестник хирургии. 2009; 5: 31-34. Г.О.
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. Занозина О.В., Боровков Н.Н., Щербатюк Т.Г. Свободно-радикальное окисление при сахарном диабете 2-го типа: источники образования, составляющие ,патогенетические механизмы токсичности. СТМ f 2010г №3 с 104-112.
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 - 2018.
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. 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 or cholesterol ester transfer protein genes / M.J. Diekman, N. Angheliescu, E. Endert et al. / J. Clin. Endocrinol. and Metabolism. - 2000. - Vol. 85. - P. 1857-1862.

Поступила 09.03. 2020