

НАРУШЕНИЯ БЕЛКОВОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ РАНАМИ НА ФОНЕ ТИРЕОТОКСИКОЗА

Шаропова М.С., Курбонов О.М., Шаропова М.М., Мухаммадиев И.Ш.,

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

✓ Резюме,

Проведен ретроспективный анализ нарушений белкового обмена 49 больных с гнойными ранами и особенностями течения раневого процесса у данной категории больных. Обследованные больные распределены на две группы Iгр-32(65,3%) больных с гнойными ранами различных локализаций без тиреотоксикоза. IIгр - 17(34,7%) больных гнойными ранами на фоне тиреотоксикоза.

В результате проведенного исследования у пациентов с гнойными ранами на фоне тиреотоксикоза наблюдается выраженное нарушение белкового обмена и замедление заживления ран чем у больных с гнойными ранами без тиреотоксикоза. Таких пациентов необходимо лечить совместно с эндокринологом.

Ключевые слова: гнойные раны, тиреотоксикоз, сроки заживления гнойных ран.

ТИРЕОТОКСИКОЗ ФОНИДАГИ ЙИРИНГЛИ ХИРУРГИК ЖАРОҲАТЛАРДА ОҚСИЛ АЛМАШИНУВИНИНГ БУЗИЛИШИ

Шаропова М.С., Курбонов О.М., Шаропова М.М., Мухаммадиев И.Ш.,

Абу Али Ибн Сино номли Бухора давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Йирингли хирургик жароҳати бўлган беморларнинг тиреотоксикоз касаллиги фонида йирингли жараённинг кечишини ўргандик. Текшириш учун олинган 49 нафар йирингли жароҳати бор бемордан 17(34,7%) да тиреотоксикоз борлиги аниқланди.

Тадқиқот натижалари тиреотоксикоз фонидаги йирингли жароҳати бўлган беморларда оқсил алмашинувининг бузилишини ва тиреотоксикози бўлмаган беморларга нисбатан жароҳат секин битишини кўрсатди.

Бу беморларни эндокринолог билан бирга даволаш зарур.

Калит сўзлар: йирингли жароҳат, тиреотоксикоз. Йирингли жароҳатларни битиш вақти.

PROTEIN METABOLISM DISORDERS IN PATIENTS WITH PURULENT WOUNDS ON THE BACKGROUND OF THYROTOXICOSIS

Sharopova M.S., Kurbonov O.M., Sharopova M.M., Muhammadiev I.Sh.,

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 protein metabolism disorders in 49 patients with purulent wounds and features of the course of the wound healing process in this category of patients was carried out. The examined patients were divided into two groups of Igr-32 (65.3%) patients with purulent wounds of various locations without thyrotoxicosis. IIgr -17 (34.7%) of patients with purulent wounds on the background of thyrotoxicosis.

As a result of the study, in patients with purulent wounds on the background of thyrotoxicase, there is a pronounced violation of protein metabolism and a slower healing of wounds than in patients with purulent wounds without thyrotoxicosis. Such patients must be treated together with an endocrinologist.

Key words: purulent wounds, thyrotoxicosis, terms of healing of purulent wounds.

Актуальность

Щитовидная железа прямо или опосредованно влияет на все органы и системы, поэтому ее проблемы быстро превращаются в целый букет самых различных болезней. Заболевания, сопровождающиеся нарушением функции щитовидной железы, снижают работоспособность и ухудшают качество жизни пациентов [1].

Тиреотоксикоз - синдром, который встречается при различных патологических состояниях организма человека. Частота тиреотоксикоза в России составляет 1,2% [9]. В Узбекистане 1,4%(7) Однако проблема тиреотоксикоза определяется не столько его распространенностью, сколько тяжестью последствий. Гормо-

нальные сдвиги, происходящие в организме, активно влияют на обменные процессы, что приводит к развитию тяжелых изменений во многих системах организма [3,4,5,8].

Учитывая широкую распространенность случаев нарушенной функции щитовидной железы, в частности, тиреотоксикоза, большую частоту встречаемости в практике, интерес к этой патологии сохраняется у врачей различных специальностей [2,6].

Гормоны щитовидной железы играют огромную роль в организме человека: повышают чувствительность адренорецепторов, увеличивая частоту сердечных сокращений, артериальное давление, повышают потребление кислорода и уровень основного обмена, особенно имеет место активация синтеза белков (в том

числе ферментов), увеличивают захват ионов кальция из крови активируют процессы гликогенолиза, липолиза, протеолиза, способствуют транспорту глюкозы и аминокислот в клетку, увеличивают теплопродукцию. [9,10]. Действие тиреоидных гормонов на обмен белков зависит от концентрации гормонов. В малых концентрациях они оказывают анаболическое действие на обмен белков, повышают синтез белков и тормозят их распад, вызывая положительный азотистый баланс. В больших же концентрациях тиреоидные гормоны оказывают сильное катаболическое действие на белковый обмен, вызывая усиленный распад белков и торможение их синтеза, и как следствие - отрицательный азотистый баланс [10].

Наиболее частыми проявлениями заболевания являются следующие: потеря массы тела, снижение аппетита, мышечная слабость, тахикардия, быстрое развитие сердечной недостаточности и нарушений сердечного ритма в виде мерцательной аритмии, депрессия [9,11]. Нарушения обмена веществ играют существенную роль при тиреотоксикозе: чем тяжелее картина заболевания, тем более выражены эти нарушения.

Целью исследования: явилось определение изменения белкового обмена у лиц, гнойными хирургическими ранами страдающих тиреотоксикозом.

Материал и методы

Под нашим клиническим наблюдением за последние 5 лет находились на стационарном лечении 49 больных с гнойными ранами в возрасте 25- 71 лет. Для диагностики нарушений белкового обмена у больных тиреотоксикозом проводили клиническую, лабораторную и исследовали показатели белкового обмена. Прогностический коэффициент (ПК) течения раневого процесса определяли по формуле М.Ф.Мазурик (1984):

$$ПК = \frac{ОБП \text{ (общий белок плазмы)}}{ОБРО \text{ (общий белок раневого отделяемого)}}$$

При уменьшении ПК ниже нормы (1,2-1,3) больным переливали белковые препараты с учетом показаний.

У всех больных в динамике, проводили рН - метрию раневого экссудата.

Математическая обработка полученных данных результатов проводилась методами вариационной статистики. Достоверность различий определялось с по-

мощью критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при значении $P < 0,05$.

Обследованные больные распределены на следующие две группы: I гр-32(65,3%) больных с гнойными ранами различных локализаций без тиреотоксикоза. II гр- 17(34,7%) больных гнойными ранами на фоне тиреотоксикоза.

Полученные данные обрабатывались с использованием стандартных статистических методов корреляционного анализа.

Результат и обсуждение

Все больные с послеоперационными ранами поступили в первой фазе раневого процесса.

Как было отмечено у всех больных, отмечались гнойные заболевания мягких тканей различной локализации.

Всем больным с гнойными заболеваниями мягких тканей в день поступления в экстренном порядке выполнена операция вскрытия гнойного очага и санация гнойной полости антисептическими растворами 3% раствор перекиси водорода и наложена асептическая фиксирующая повязка. Более 80% операций проводились под местным обезболиванием. Необходимо отметить критериями оценки динамики раневого процесса у больных, были рН раневой среды и показатели ПК по белку по М.Ф.Мазурику. У больных, анализируемой группы, в день поступления исходный уровень рН раневой среды был достоверно более низким (ацидоз). Белок экссудата раны был равен в среднем 59,3 1,2 г/л. ПК при этом составил в среднем 1,0 0,01 ед. Исследования гормонов щитовидной железы во второй группе показало, что при увеличении ТТГ уменьшаются общий белок и общий билирубин ($r = -0.3$, $p < 0.05$), а при увеличении Т4 и шлаки в крови (мочевина и креатинин: $r = 0.3$ $p < 0.05$, $r = 0.4$, $p < 0.05$ соответственно). В целом полученные данные соответствуют основным звеньям патогенеза тиреотоксикоза.

Анализ данных выявил у больных как прямую, так и обратную зависимость показателей обмена от уровня гормонов ТТГ и Т4 в крови, что соответствует литературным данным. Белковый обмен. Наблюдается прямая зависимость между уровнем Т4 и показателями белкового обмена (мочевина, креатинин, общий белок), и обратная зависимость с ТТГ.

Сравнительная динамика показателей ПК по Мазурику(белок + экссудаты) и заживление раны 1-2 группы больных

Гр. больных	Обш. Бел.в крови г/л	Бел.экссудат. г/л	ПК по Мазурику	Перех II-фаза	Перех III-фаза
I-гр (32)	81,2	46,3	1,4	6	13
II-гр (17)	57,5	56,5	1,0	9	17

Таким образом, у лиц, страдающих тиреотоксикозом, происходят значительные изменения в обмене веществ. В частности, это касается показателей углеводного обмена (глюкоза), белкового (мочевина, креатинин, общий белок) и жирового (холестерин, ЛПВП, ЛПНП, потеря веса). Подобные сдвиги можно объяснить прежде всего исходя из влияния тиреоидных гормонов на обменные процессы в организме. Что в свою очередь отрицательно влияет на заживление раневого процесса. Главным образом это отража-

ется в замедлении заживления раны отступая на 2-3 сутки позже чем у больных с гнойными ранами без тиреотоксикоза.

У лиц II-гр, страдающих тиреотоксикозом общий белок крови резко снижается до 57,5г/л, а потеря белка с экссудатом из раны увеличивается, мчто составила 56,5г/л.Тогда, как в I -гр по сравнению с II-гр уровень этих показателей остаётся в пределах нормы. В результате на 6 сутки происходит переход раневого процесса на вторую фазу, а на 13 сутки возникает переход

на третью фазу заживления у первой группы больных. Во второй группе больных страдающих тиреотоксикозом, сроки заживления раны замедляются. Как видно в таблице переход на вторую фазу происходит на 9 сутки, а переход на третью фазу заживления происходит на 17 сутки. Всё это связано с отрицательным влиянием гормональных нарушений на раневую процесс при тиреотоксикозе.

Выводы

1. Показатели, характеризующие белок крови и потеря белка с экссудатом из раны по Мазурику находятся в тесной взаимосвязи с уровнями в крови гормонов ТТГ и Т4.

2. Сроки заживления раны у больных с тиреотоксикозом замедляются чем у больных с гнойными ранами без тиреотоксикоза.

3. Необходимо в дальнейшем разработать пути коррекции нарушений белкового обмена у больных гнойными ранами на фоне тиреотоксикоза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Антонова К.В. Тиреотоксикоз. Изменения психики. Возможности лечения. // Русский медицинский журнал. - 2006. - №13. - С. 951.

2. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Кремская В.М. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний (руководство). М. "Медицина", 2002.
3. Валдиной Е.А., Заболевания щитовидной железы: Руководство (3-е изд.) /Под ред. -СПб:Питер, 2006.С.80.
4. Василенко А.Ю., Хирургическое лечение больных с патологией щитовидной железы. Оригинальные исследования. журн.-Хирургия .2007.с.18-21.
5. Калинин А.П., Майстренко Н.А., Ветшев П.С., Заболевания щитовидной железы. Учебно-методическое пособие. Хирургическая эндокринология -СПб"Пирен"2004-960с
6. Курбонов О.М., Шаропова М.С., Сафоев Б.Б. Особенности течения гнойных хирургических заболеваний при эндемическом зобе. //Журнал."Тиббиётда янги кун" 2020; 1(29): 49-53.
7. Мирходжаев И.А., Зухуров С.Э., Хамроев У.П. Оценка эффективности хирургического лечения диффузного токсического зоба //Биология и интегративная медицина. 2017. №11. - С.38-40.
8. Орлова А.Н. Оптимизация хирургического доступа при оперативных вмешательствах на щитовидной железе: Автореф.Дис. М.Ю., 2009; -27с
9. Сайфетдинова В.В. Хирургическое лечение больных с сочетанными эндокринными заболеваниями. Автореф.дис.канд.мед.наук.-Саратов, 2004; -27с.
10. Старкова Н.Т., Клиническая эндокринология: Руководство (3-е изд.) -СПб: Питер, 2002. С.138.
11. Cooper D., Dermott M. Mc., Wartofsky L. Hyperthyroidism. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2011, 91(7).

Поступила 09.03. 2020