



Кунцевич М. В.¹, Ермашкевич С. Н.¹

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕФИЦИТА ТЕСТОСТЕРОНА У ПАЦИЕНТОВ-МУЖЧИН С ОСТРЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ДЕСТРУКЦИЯМИ ЛЕГКИХ

Научные руководители д-р мед. наук, проф. Сачек М. Г.¹,

д-р мед. наук, проф. Петухов В.И.²

Кафедра госпитальной хирургии с курсами урологии и детской хирургии¹,

Кафедра хирургии ФПК и ПК²

Витебский государственный медицинский университет, г. Витебск

Актуальность. В настоящее время большое внимание уделяется изучению особенностей и закономерностей изменений эндокринной регуляции при различных патологических состояниях. Активно исследуется роль дефицита тестостерона и эффектов заместительной терапии его препаратами при ожогах, травмах и тяжелых заболеваниях. Ожидаемым эффектом от назначения препаратов андрогенов является индукция перехода катаболической в анаболическую фазу стресс-реакции. Работ, посвященных изучению динамики содержания тестостерона в сыворотке крови у пациентов, оперированных по поводу острых инфекционных деструкций легких (ОИДЛ), на данный момент нет.

Цель: изучить влияние применения препаратов андрогенов на динамику общего тестостерона в сыворотке крови у пациентов с ОИДЛ.

Материалы и методы. Обследовано 64 пациента-мужчины с ОИДЛ, в возрасте от 29 до 84 лет (Me – 54,5 [43,5; 61,5] года), находившихся на лечении в торакальном гнойном хирургическом отделении УЗ «Витебская областная клиническая больница» (УЗ «ВОКБ») в период с ноября 2016 г. по декабрь 2018 г. Определение концентраций тестостерона проводилось при поступлении, на 1-3 сутки и через 6-10 дней с момента операции (у 4 пациентов, лечившихся консервативно – от момента поступления), в конце лечения. Определение уровней тестостерона в сыворотке крови проводилось методом радиоиммунного анализа. Дефицит тестостерона диагностировали при его концентрации в сыворотке крови меньше 3,5 нг/мл (по Н.В. Мурашко, 2016). Методом простой рандомизации, не зависимо от исходных уровней тестостерона, все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – 31 человек, которым в послеоперационном периоде вводили эфиры тестостерона, 2 группа – 33 человека, которым в послеоперационном периоде эфиры тестостерона не вводили.

Результаты и их обсуждение. При поступлении концентрация общего тестостерона у пациентов 1 группы составляла 0,99 [0,54; 3,38] нг/мл, у пациентов 2 группы – 1,35 [0,68; 2,82] нг/мл ($U=488$, $p_{\text{Mann-Whitney}}=0,76$). Дефицит тестостерона в 1 группе был у 24 из 31 (77%), во 2 – у 25 из 33 (76%) пациентов ($\chi^2=0,02$; $p=0,88$). На 1-3 сутки после операции уровень общего тестостерона у пациентов 1 группы равнялся 0,96 [0,74; 2,05] нг/мл, у пациентов 2 группы – 1,31 [0,5; 3,50] нг/мл ($U=392$, $p_{\text{Mann-Whitney}}=0,64$), а дефицит тестостерона в 1 группе был у 26 из 29 (90%) пациентов, во 2 – у 24 из 30 (80%) ($\chi^2=1,06$; $p=0,30$). На 6-10 сутки после операции концентрация общего тестостерона у пациентов 1 группы равнялась 7,14 [5,09; 12,89] нг/мл, у пациентов 2 группы – 3,24 [1,36; 5,58] нг/мл ($U=177,5$, $p_{\text{Mann-Whitney}}=0,000035$), дефицит тестостерона в 1 группе не наблюдался, а во 2 – был у 17 из 30 (57%) пациентов ($p_{\text{Fisher}}=0$). К концу лечения концентрация общего тестостерона у пациентов 1 группы равнялась 8,18 [3,96; 11,34] нг/мл, у пациентов 2 группы – 3,84 [2,09; 7,34] нг/мл ($U=289,5$, $p_{\text{Mann-Whitney}}=0,012$). Дефицит тестостерона у пациентов 1 группы был у 6 из 31 (19%) пациента, во 2 – у 13 из 30 (43%) пациентов ($\chi^2=4,09$; $p=0,043$). Летальность в 1 группе пациентов составила 10% (умерло 3 из 31 пациентов), во 2 группе – 21% (умерло 7 из 33 пациентов) ($p_{\text{Fisher}}=0,30$).

Выводы. Использование препаратов тестостерона в программе комплексного лечения пациентов с ОИДЛ приводит к статистически значимому повышению его концентрации в крови через неделю после операции ($U=177,5$, $p_{\text{Mann-Whitney}}=0,000035$), устраняет его дефицит ($\chi^2=24,35$; $p=0$) и способствует снижению летальности.