

**ПРАКТИКУЮЧОМУ ЕНДОКРИНОЛОГУ**

**АБСЦЕСИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ,  
УСКЛАДНЕНІ СЕПСИСОМ  
(клінічний випадок)\***

**Хорошун Е. М.<sup>1,2</sup>, Гуменюк К. В.<sup>3</sup>, Місюра К. В.<sup>4</sup>,  
Макаров В. В.<sup>1,2</sup>, Негодуйко В. В.<sup>1,2</sup>, Шипілов С. А.<sup>1,2</sup>,  
Купріяничук В. В.<sup>1</sup>, Селюкова Н. Ю.<sup>4,5</sup>**

<sup>1</sup> Військово-медичний клінічний центр Північного регіону  
Командування медичних сил Збройних Сил України, м. Харків, Україна;

<sup>2</sup> Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна;

<sup>3</sup> Командування Медичних сил Збройних Сил України, м. Київ, Україна;

<sup>4</sup> ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського НАМН України»,  
м. Харків, Україна;

<sup>5</sup> Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна  
[selyk3@gmail.com](mailto:selyk3@gmail.com)

Абсцес щитоподібної залози (ЩЗ) — це надзвичайно рідкісний стан, на який припадає менше 0,1–0,7% усіх хірургічних захворювань цієї залози. Така рідкість пояснюється високою резистентністю органу до інфекцій завдяки багатому кровопостачанню, активному лімфодренажу, високому вмісту йоду та наявності захисної капсули.

Стан зустрічається настільки рідко, що більшість даних базується на окремих клінічних випадках, а не на масштабних статистичних дослідженнях. У дорослих абсцес зазвичай розвивається на тлі імунodefіцитних станів, наявності вузлового зоба або раку ЩЗ, що розпадається. Інфекція найчастіше потрапляє в залозу гематогенним шляхом (через кров) з інших вогнищ

або через пряме проникнення (травми, медичні маніпуляції).

Незважаючи на низьку частоту, абсцес є критичним станом, який потребує швидкої діагностики (зазвичай за допомогою ультразвукового дослідження (УЗД) або комп'ютерної томографії) та негайного лікування (дренування та антибіотикотерапія), оскільки він може призвести до здавлювання дихальних шляхів або поширення інфекції в середостіння [1–4].

Випадки клінічного проявлення актиномікозу є поодинокими у медичній практиці. Захворюваність становить приблизно один випадок на 300000–1000000 осіб на рік. Найпоширенішою є щелепно-лицьова форма (близько 50–60% усіх випадків ак-

\* Роботу виконано за власної ініціативи авторів в межах пошукового дослідження.

Автори гарантують повну відповідальність за все, що опубліковано в статті.

Автори гарантують відсутність конфлікту інтересів і власної фінансової зацікавленості при виконанні роботи та написанні статті.

Рукопис надійшов до редакції 15.05.2026.



Ця робота ліцензується відповідно до Creative Commons Attribution 4.0 International License.



тиномікозу). Сепсис, спричинений актиноміцетами (*Actinomyces*), є надзвичайно рідкісним станом. Оскільки ці бактерії мають низький рівень вірулентності, вони рідко проникають у кровотік для розвитку системної інфекції [5, 6].

У медичній літературі описано лише поодинокі випадки справжнього сепсису, асоційованого з *Actinomyces*. Наприклад, бактеріємія (наявність бактерій у крові) часто є транзиторною (тимчасовою) і не завжди призводить до розвитку клінічного сепсису. Частота виявлення *Actinomyces* у крові після стоматологічних процедур може сягати 8,5–30%, але у більшості випадків імунна система швидко очищує кров, і сепсис не розвивається. Справжній сепсис частіше спостерігається у пацієнтів із серйозними супутніми захворюваннями (цукровий діабет, імуносупресія, хронічні виразки) або після складних інвазивних процедур. Найчастіше в посівах крові при підозрі на системну

інфекцію виявляють *Actinomyces odontolyticus* (близько 40,5% випадків бактеріємії), рідше — *A. naeslundii* та *A. neuii*.

Сепсис може стати ускладненням при тяжких формах абдомінального, тазового або легеневого актиномікозу, проте це не є типовим перебігом хвороби. Хоча сам актиномікоз має низьку летальність (0–28%), розвиток сепсису значно погіршує прогноз. Однак у багатьох випадках виявлення актиноміцетів у крові смерть пацієнтів настає від неінфекційних причин, що ставить під сумнів роль бактерії як первинного чинника смерті у цих випадках [4, 7, 8].

Особливості діагностики та лікування такої рідкої патології, як абсцеси ЩЗ на фоні сепсису, асоційованого з *Actinomyces sp.*, спонукали авторів поділитися цим клінічним випадком.

**Мета** — демонстрація особливостей діагностики та оперативного лікування абсцесів щитоподібної залози, ускладнених сепсисом.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Пацієнт Б., 45 років, надійшов до Військово-медичного клінічного центру Північного регіону (ВМКЦ ПнР) зі скаргами на загальну слабкість, ниючий біль в нижніх кінцівках. З анамнезу відомо, що хворіє біля 4 місяців. Лікувався в одній з многопрофільних лікарень міста Харків. За тиждень до надходження до ВМКЦ ПнР виконана артронекректомія, дренування правого колінного суглобу, розкриття абсцесів ділянки нижньої щелепи та нижньої третини лівого стегна. З діагнозом: Хроніосепсис. Правобічний гнійний гоніт. Фурункульоз. Саркоїдоз легень (?). Нео правої легені (?). Медіастинальна лімфаденопатія та дрібновузлове ураження паренхіми легень невідомого генезу, переведений в ВМКЦ ПнР для подальшого дообстеження та лікування.

При огляді загальний стан хворого важкий. В свідомості. Задовільного харчування. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки звичайного блідо-рожевого кольору, вільні від висипань. Периферичні набряки: відсутні. Органи кровообігу: артеріальний тиск 120/75 мм рт. ст. Пульс 94 за 1 хвилину, ритмічний, задовільних властивос-

тей. Органи дихання: частота дихальних рухів 17 за 1 хвилину. Грудна клітка не деформована, симетрично приймає участь в акті дихання, при пальпації безболісна. Аускультация: дихання жорстке, ослаблене в нижніх відділах. Органи травлення: живіт не деформований, симетрично приймає участь в акті дихання. При пальпації живіт м'який, безболісний. Симптоми подразнення очеревини негативні. Діурез достатній.

Місцево: правий колінний суглоб болючий при пальпації, шкіра над ним гіперемована, наявна проточно-промивна система, функціонує — мутне серозно-гнійне виділення. Гіперемія ділянки лівого колінного суглоба, м'які тканини навколо суглобу набряклі, гіперемовані, болючі при пальпації. В ділянці нижньої щелепи, лівого стегна: рани чисті. ЩЗ пальпаторно збільшена, безболісна.

Пацієнт госпіталізований у відділення невідкладної медичної допомоги ВМКЦ ПнР. Підписано «Інформовану добровільну згоду пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболювання» відповідно до Наказу Мі-

ністерства охорони здоров'я від 14 лютого 2012 року, розробленого на основі Гельсінської декларації 1975 р. та її зміненого та доповненого варіанту 2000 р.

Були виконані наступні дослідження: загальний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз сечі, коагулограма крові, група крові та Rh-фактор, крові на гепатити, ВІЧ та сифіліс, посів пунктату з абсцесів на мікрофлору та чутливість до антибіотиків, люмбальні пункції, УЗД ШЧЗ, електрокардіографія, мультиспіральна комп'ютерна

томографія (МСКТ) голови, шиї та органів грудної клітки з контрастуванням та без. УЗД проводилося за допомогою скануючого апарату «Voluson E6» 730 pro (Німеччина) експертного класу з датчиками: лінійний SP (6–12 МГц); для тривимірної реконструкції RAB4-8L (4–8 МГц); конвексний 4 C-D (2–5 МГц). Комп'ютерну томографію голови, шиї, органів грудної клітки та черевної порожнини виконували на апараті «Revolution EVO» з кроком томографа 0,5 мм, 2021.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В клінічному аналізі крові при надходженні: гемоглобін — 105 г/л, еритроцити —  $3,77 \times 10^{12}$  /л, тромбоцити —  $558 \times 10^9$ /л, лейкоцити —  $18 \times 10^9$ /л. В біохімічному аналізі крові: альбумін — 35 г/л, загальний білок — 63 г/л, білірубін загальний — 9 мкмоль/л, аланінамінотрансфераза — 54,3 од/л, аспартатамінотрансфераза — 22 од/л, сечовина крові — 2,3 ммоль/л, креатинін — 72 мкмоль/л; ВІЛ: антитіла до ВІЛ 1/2 — не виявлено. Особа не потребує подальшого обстеження. Маркери гепатитів В, С: HBV HBsAg — не виявлено (–), HCV-вірус — не виявлено (–). Дослідження на сифіліс — не виявлено (–). В посіві крові на мікрофлору та чутливість до антибіотиків виявили *Actinomyces sp.*

Дані МСКТ голови, шиї та органів грудної клітки при надходженні надані на рис. 1.

Заключний діагноз: хронічний генералізований актиномікоз. Гнійний гоніт обох колінних суглобів. Абсцеси ділянки нижньої щелепи, лівого стегна, правого передпліччя. Множинні гіподенсивні вогнища супратенторіальних та субтенторіальних структур головного мозку. Вторинний менингоенцефаліт. Гострий гнійний тиреоїдит. Абсцеси правої та лівої долей ШЧЗ. Пізня госпітальна пневмонія в нижній долі правої легені, неважкий перебіг, III клінічна група, ДН 0. Гострий хірургічний сепсис, асоційований з *Actinomyces sp.*, стадія септикопемія. Гіпертонічна хвороба 2 стадії, 3 ступеня, ризик високий. Операція (за 7 днів до надходження): артронекектомія. Дренування правого колінного суглобу. Розкриття абсцесів ділянки нижньої щелепи та

нижньої третини лівого стегна. Операція (при надходженні): розкриття та дренування абсцесу правого передпліччя. Операція (на другу добу після надходження): розкриття та дренування абсцесів правої та лівої долей ШЧЗ. Постановка проточно-промивної системи в правий колінний суглоб.

На другу добу після надходження під ультразвуковим контролем виконана пункція абсцесу ШЧЗ, отримано гній білого кольору (рис. 2).

Гній, отриманий під час пункції ШЧЗ, направлений на бактеріологічне дослідження. Результат отриманий на п'яту добу після надходження. В культурологічному дослідженні пунктату ШЧЗ та правого колінного суглобу виявили *Actinomyces sp.* 10<sup>5</sup>, чутливий до піперациліну, іміпінему, мерепінему, кліндоміцину, гентаміцину, амікацину, тобраміцину, нетілміцину, моксифлоксацину, ріфампіцину, ванкоміцину, лінезоліду та тігецикліну.

При надходженні виконана операція розкриття та дренування абсцесу правого передпліччя. Наступної доби виконана операція розкриття та дренування абсцесів правої та лівої долей ШЧЗ, постановка проточно-промивної системи в правий колінний суглоб, видалена на 5 добу. На 19-ту добу після надходження виконана операція: вторинна повторна хірургічна обробка рани шиї, ушивання рани шиї, дренування післяопераційної рани. Етапи оперативних втручань в динаміці надані на рис. 3.

Отримані показники тиреоїдних гормонів свідчать про розвиток деструктивного тиреоїдиту на тлі гострого гнійного запа-

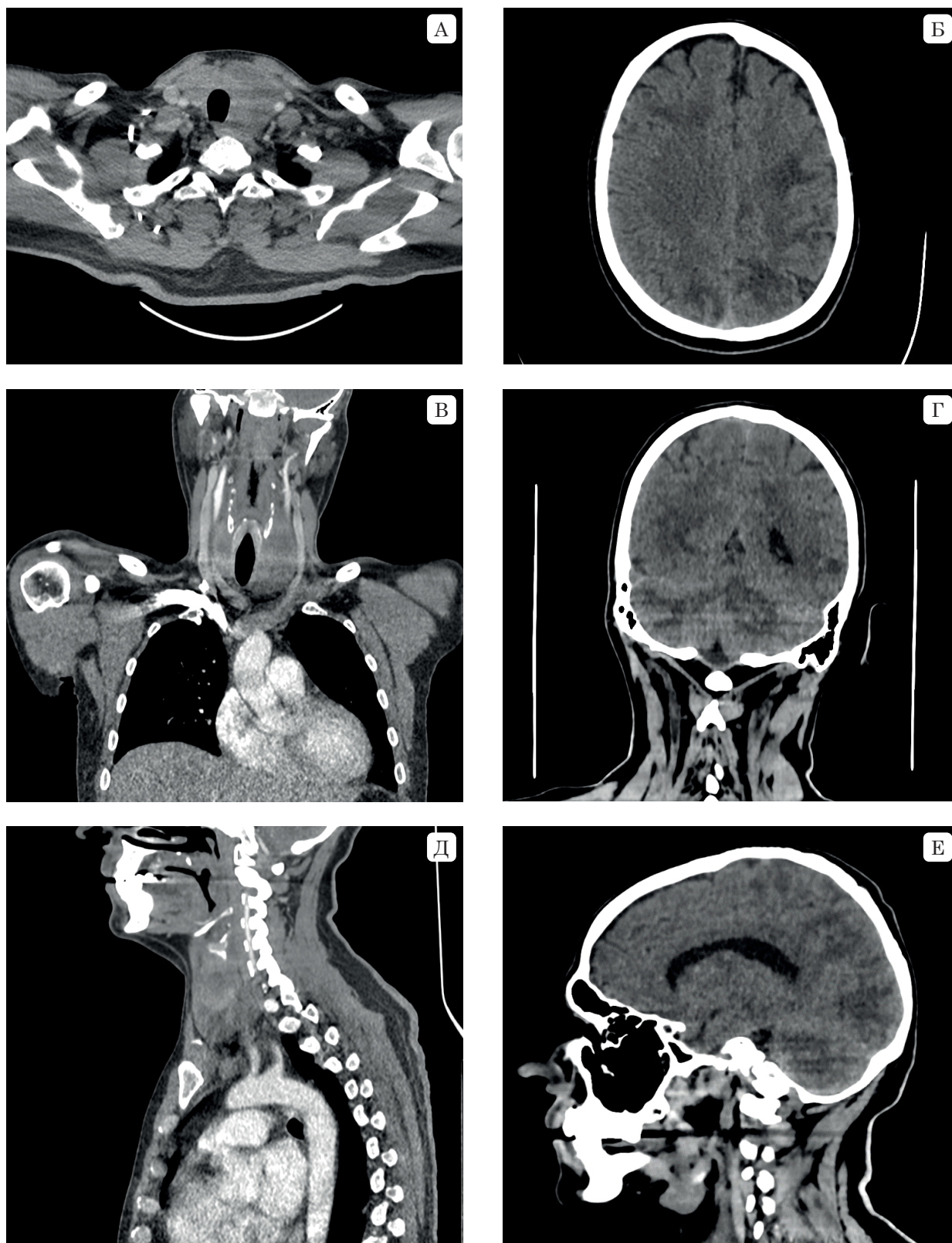


Рис. 1. Дані МСКТ голови, шії та грудей при надходженні:  
множинні гіподенсивні вогнища супратенторіальних  
та субтенторіальних структур головного мозку,  
гострий гнійний тиреоїдит. Абсцеси правої та лівої долей ЩЗ.  
Лімфоаденопатія медіастінальна.

А, В, Д — МСКТ шії та грудей в ангіорежимі; Б, Г, Е — нативна МСКТ голови.  
А, Б — аксіальна проекція; В, Г — коронарна проекція; Д, Е — сагітальна проекція.

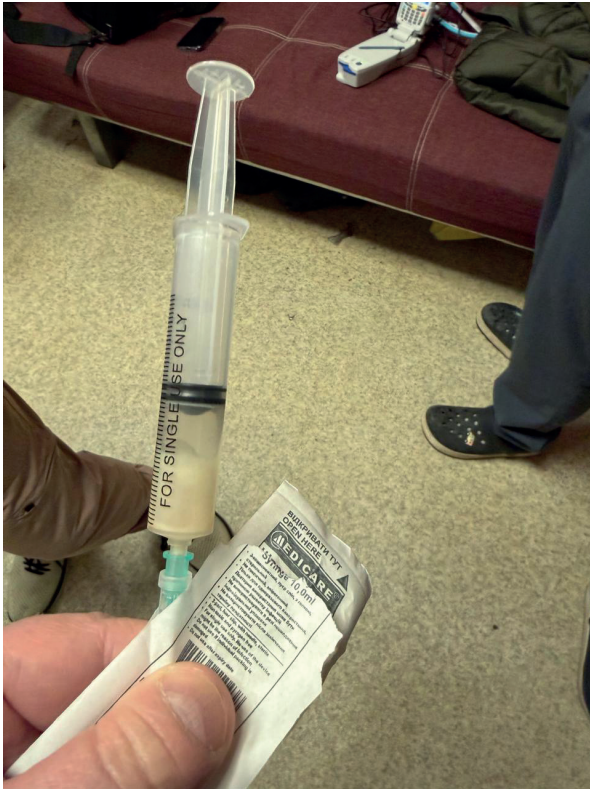


Рис. 2. Гній з абсцесу щитоподібної залози, отриманий під час пункції.

лення та абсцедування ЩЗ. При надходженні у пацієнта визначався значно підвищений рівень вільного тироксину (Т4) (41,1 пмоль/л) при різко зниженому тиреотропному гормоні (ТТГ) (0,07 мкМО/мл) та нормальному рівні вільного трийодтироніну (Т3) (3,4 пмоль/л), що характерно для синдрому тиреотоксикозу, зумовленого руйнуванням фолікулів ЩЗ та пасивним вивільненням у кров попередньо синтезованих гормонів.

У даному випадку тиреотоксикоз не був наслідком гіперфункції тиреоцитів, як при хворобі Грейвса, а мав деструктивний характер, пов'язаний із гострим гнійним тиреоїдитом і множинними абсцесами. Переважне підвищення саме Т4 при відносно нормальному Т3 пояснюється тим, що у тканині ЩЗ міститься значно більший запас Т4, який масово надходить у кров при руйнуванні фолікулів, тоді як периферичне перетворення Т4 у Т3 в умовах важкого сепсису пригнічується під дією прозапальних цитокінів, що обмежує зростання концентрації Т3.

Через два тижні після оперативного розкриття та дренування абсцесів, а також про-

ведення масивної антибактеріальної терапії, рівень Т4 нормалізувався до 14 пмоль/л, а ТТГ підвищився до 0,3 мкМО/мл, що свідчить про припинення деструкції тканини залози та поступове відновлення регуляції в системі гіпоталамус–гіпофіз–ЩЗ [9]. Одночасне зниження Т3 до 2,3 пмоль/л відображає синдром нетиреоїдної патології (euthyroid sick syndrome), характерний для важкого сепсису, при якому знижується активність дейодинази, погіршується конверсія Т4 у Т3 та посилюється утворення реверсивного Т3. Низькі титри антитіл до тиреоїдної пероксидази як при надходженні, так і в динаміці виключають аутоімунний характер ураження та підтверджують, що зміни гормонального профілю були наслідком гострого інфекційно-деструктивного процесу [10].

Таким чином, виявлені порушення тиреоїдного статусу відображають дві послідовні фази: початковий деструктивний тиреотоксикоз, зумовлений руйнуванням тканини ЩЗ, та подальший синдром нетиреоїдної патології на тлі важкого сепсису і системної запальної відповіді.

Виконувались контрольні МСКТ голови, ший та органів грудної клітки на сьому, десяту та дев'ятнадцяту добу після надходження. Відмічалася позитивна динаміка у вигляді регресу явищ запалення.

Отримував наступне лікування: режим І — лежачий, стіл № 15, Inhixa (enoxaparin) 40mg/0,4 ml (DINJHEPA4S04), альбумен 20% 100 мл, декспро розчин для ін'єкцій 50 мг/2 мл по 2 мл, омепразол порошок для розчину для інфузії по 40 мг у флаконі, смофкабівен 1600 kcal 1477 ml, флуконазол розчин для ін'єкцій 2 мг/мл по 100 мл. Антибіотикотерапія: Лаксерс, Тігацил, Тазпен, Ванкоміцин (на момент виписки знаходиться на схемі антибіотикотерапії: Тазпен, Ванкоміцин).

Пункції спинномозкового ліквору з введенням Ванкоміцину: на першу добу після надходження, на восьму, десяту, одинадцяту, дванадцяту, чотирнадцяту, сімнадцяту, двадцяту та на двадцять другу добу.

Динаміка цитозу в спинномозковому лікворі: при надходженні — 134 клітини в 1 мкл; на восьму добу — 515 клітин

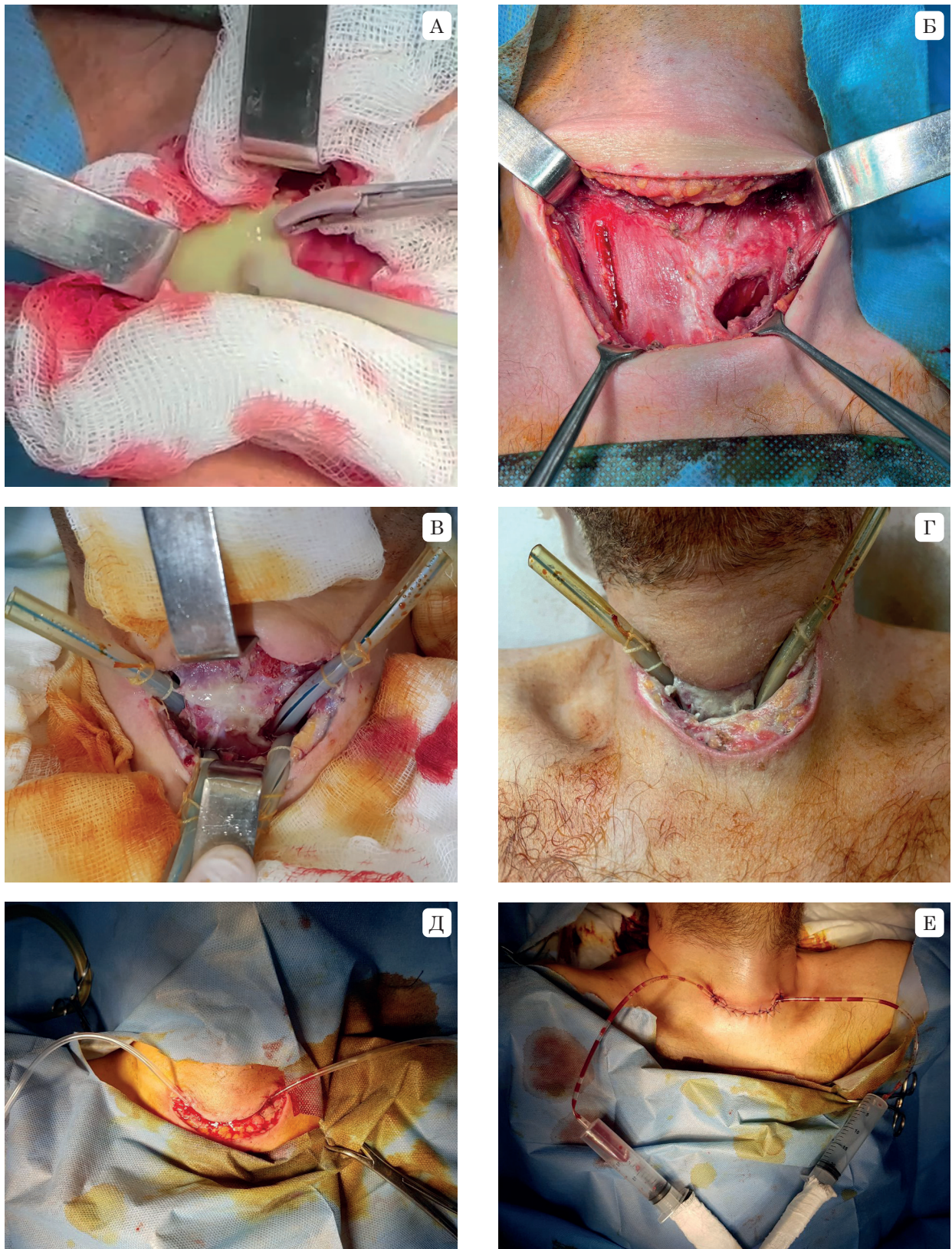


Рис. 3. Етапи оперативного втручання в динаміці:

А — розтин абсцесу щитоподібної залози, отриманий гній білого кольору, на другу добу після надходження; Б — зовнішній вигляд рани після санації порожнин абсцесів щитоподібної залози, на другу добу після надходження; В, Г — зовнішній вигляд післяопераційної рани на 10 добу після надходження; Д, Е — вторинна повторна хірургічна обробка післяопераційної рани, накладання вторинних швів, дренажування післяопераційної рани на дев'ятнадцяту добу після надходження.

в 1 мкл; на десяту добу — 1125 клітин в 1 мкл; на дванадцятую добу — 213 клітин в 1 мкл; на двадцять другу добу — 30 клітин в 1 мкл.

На двадцять четверту добу після надходження пацієнт був переведений на наступний рівень надання медичної допомоги, де через 4 доби видалені дренажі з післяопераційної рани, шви зняті через 10 діб. Рани на шиї загоїлась вторинним натягом. Загальний ліжко-день склав 34 доби. Пацієнт був представлений на військово-лікарську комісію. Згідно з її рішенням отримав відпустку за станом здоров'я на 30 календарних днів.

Наявність абсцесів ЩЗ на фоні сепсису, асоційованого з *Actinomyces sp.*, є рідкою патологією [5, 7]. Зазвичай абсцес ЩЗ розвивається не первинно, а як ускладнення гострого інфекційного процесу (найчастіше

бактеріального або грибкового), що потрапляє в залозу через кров або внаслідок інфекцій горла/шиї [5], але в даному клінічному випадку хронічної патології не було виявлено.

Найчастіше абсцедування трапляється при спонтанному перебігу інфекції без своєчасної антибіотикотерапії, через кілька днів від початку гнійного тироїдиту. Характерні наступні симптоми: різкий біль у шиї, що іррадіює у вухо або щелепу, висока температура (38–40°C), формування ділянки розм'якшення тканини [4, 6, 7, 11], але в даному випадку таких проявів не було.

Джерелом та воротами інфекції в даному випадку, вірогідніше, була порожнина роти та абсцеси підщелепної ділянки.

Застосоване хірургічне втручання та антибактеріальна терапія призвела до одужання.

## ВИСНОВКИ

1. Абсцеси щитоподібної залози на фоні сепсису, асоційованого з *Actinomyces sp.*, є рідкою патологією.
2. В діагностиці абсцесів щитоподібної залози провідними методами дослідження є МСКТ шиї, пункція абсцесів під ультразвуковим контролем, дослідження пунктату на мікрофлору, загальний ана-

ліз крові та дослідження гормонів щитоподібної залози.

3. В лікуванні абсцесів щитоподібної залози головними напрямками є оперативне лікування, направлене на санацію вогнища інфекції, антибактеріальна терапія, призначена згідно чутливості до інфекційного агента.

## ЛІТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Narysy z zagal'noi' hirurgii': monografija / za red. VV. Makarova, VV. Negodujka, EM. Horoshuna, *Harkiv*, 2023: 418 p.
2. Nastanovy z vojenno-pol'ovoi' hirurgii' / za red. KV. Gumenjuka, SO. Korolja, RV. Gybalo, *Kyiv*, 2024: 572 p.
3. Osnovni ponjattja ta suchasna klasyfikacija bojovoi' hirurgichnoi' travmy: Navchal'nyj posibnyk, *Harkiv*, 2025: 124 p.
4. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, et al. *Crit Care Med* 2021;49(11): e1063-e1143. <http://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005337>.
5. Khiatah B, Shah K, Belikova A, Saeed M. *Case Rep Infect Dis* 2021;2021: 6699046. <http://doi.org/10.1155/2021/6699046>.
6. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, et al. *Intensive Care Med* 2017;43(3): 304-377. <http://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y>.
7. Boot M, Archer J, Ali I. *J Infect Public Health* 2023; 16(4): 490-500. <http://doi.org/10.1016/j.jiph.2023.02.004>.
8. Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, et al. *Lancet* 2020; 395(10219): 200-211. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32989-7](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32989-7).
9. Mehdi SF, Qureshi MH, Pervaiz S, et al. *Mol Med* 2025;31(1): 16. <http://doi.org/10.1186/s10020-025-01074-z>.
10. Usenko OJu, Homenko IP, Kovalenko AJe, et al. *Medycyna Nevidkladnyh Staniv* 2024;20(1): 6-16. <http://doi.org/10.22141/2224-0586.20.1.2024.1652>.
11. Horoshun EM, Bodnja KI, Asojan IM, et al. *Medycyna Nevidkladnyh Staniv* 2025;21(1): 112-118. <http://doi.org/10.22141/2224-0586.21.1.2025.1839>.

## АБСЦЕСИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ, УСКЛАДНЕНІ СЕПСИСОМ (клінічний випадок)

Хорошун Е. М.<sup>1,2</sup>, Гуменюк К. В.<sup>3</sup>, Місюра К. В.<sup>4</sup>,  
Макаров В. В.<sup>1,2</sup>, Негодуйко В. В.<sup>1,2</sup>, Шипілов С. А.<sup>1,2</sup>,  
Купріячук В. В.<sup>1</sup>, Селюкова Н. Ю.<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup> Військово-медичний клінічний центр Північного регіону

Командування медичних сил Збройних Сил України, м. Харків, Україна;

<sup>2</sup> Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна;

<sup>3</sup> Командування Медичних сил Збройних Сил України, м. Київ, Україна;

<sup>4</sup> ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського НАМН України»,  
м. Харків, Україна;

<sup>5</sup> Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна  
selyk3@gmail.com

**Мета** — демонстрація особливостей діагностики та оперативного лікування абсцесів щитоподібної залози (ЩЗ), ускладнених сепсисом.

**Матеріали та методи.** Пацієнт Б., 45 років, надійшов до Військово-медичного клінічного центру Північного регіону (ВМКЦ ПнР) зі скаргами на загальну слабкість, ниючий біль в нижніх кінцівках. З анамнезу відомо, що хворіє біля 4 місяців. Лікувався в одній з багатопрофільних лікарень міста Харків. За тиждень до надходження до ВМКЦ ПнР виконана артрoneкректомія, дренування правого колінного суглобу, розкриття абсцесів ділянки нижньої щелепи та нижньої третини лівого стегна.

Пацієнт був обстежений, виконані загальний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз сечі, коагулограма крові, група крові та Rh-фактор, крові на гепатити, ВІЧ та сифіліс, гормони щитоподібної залози, посів пунктату з абсцесів на мікрофлору та чутливість до антибіотиків, люмбальні пункції, ультразвукове дослідження ЩЗ, електрокардіографія, мультиспіральна комп'ютерна томографія (МСКТ) голови, шиї та органів грудної клітки з контрастуванням та без.

**Результати.** В посіві крові на мікрофлору та чутливість до антибіотиків виявили *Actinomyces sp.* За даними МСКТ голови, шиї та органів грудної клітки виявлено множинні гіподенсивні вогнища супратенторіальних та субтенторіальних структур головного мозку, гострий гнійний тиреоїдит, абсцеси правої та лівої долей ЩЗ, медіастінальна лімфоаденопатія.

В культурологічному дослідженні пунктату ЩЗ та правого колінного суглобу виявили *Actinomyces sp.* 10<sup>5</sup>. В посіві крові на мікрофлору виявили *Actinomyces sp.*

Заключний діагноз: хронічний генералізований актиномікоз. Гнійний гоніт обох колінних суглобів. Абсцеси ділянки нижньої щелепи, лівого стегна, правого передпліччя. Множинні гіподенсивні вогнища супратенторіальних та субтенторіальних структур головного мозку. Вторинний менінгоенцефаліт. Гострий гнійний тиреоїдит. Абсцеси правої та лівої долей ЩЗ. Пізня госпітальна пневмонія в нижній долі правої легені, неважкий перебіг, III клінічна група, ДН 0. Гострий хірургічний сепсис асоційований з *Actinomyces sp.*, стадія септикопемія. Гіпертонічна хвороба 2 стадії, 3 ступеня, ризик високий. Операція (за 7 діб до надходження): артрoneкректомія. Дренування правого колінного суглобу. Розкриття абсцесів ділянки нижньої щелепи та нижньої третини лівого стегна. Операція (при надходженні): розкриття та дренування абсцесу правого передпліччя. Операція (на другу добу після надходження): розкриття та дренування абсцесів правої та лівої долей ЩЗ. Постановка проточно-промивної системи в правий колінний суглоб, видалена на 5 добу. На 19-ту добу після надходження виконана операція: вторинна повторна хірургічна обробка рани шиї, ушивання рани шиї, дренування післяопераційної рани.

Гормони ЩЗ при надходження: трийодтиронін вільний — 3,4 пмоль/л, тироксин вільний — 41,1 пмоль/л, тиреотропний гормон — 0,07 мкМО/мл, антитіла до тиреоїдної пероксидази — 0,01 Од/мл; через 2 тижні: трийодтиронін вільний — 2,3 пмоль/л, тироксин вільний — 14 пмоль/л, тиреотропний гормон — 0,3 мкМО/мл, антитіла до тиреоїдної пероксидази — 2,8 Од/мл.

На двадцять четверту добу після надходження пацієнт був переведений на наступний рівень надання медичної допомоги, де через 4 доби видалені дренажі з післяопераційної рани, шви зняті через 10 діб. Рани на шиї загоїлась вторинним натягом. Загальний ліжко-день склав 34 доби. Пацієнт був представлений на військово-лікарську комісію, згідно з її рішенням отримав відпустку за станом здоров'я на 30 календарних днів.

**Висновки.** Абсцеси щитоподібної залози на фоні сепсису асоційованого з *Actinomyces sp.* є рідкою патологією. В діагностиці абсцесів щитоподібної залози провідними методами дослідження є МСКТ шиї, пункція абсцесів під ультразвуковим контролем, дослідження пунктату на мікрофлору, загальний аналіз крові та дослідження гормонів щитоподібної залози. В лікуванні абсцесів щитоподібної залози головними напрямками є оперативне лікування, направлене на санацію вогнища інфекції, антибактеріальна терапія, призначена згідно чутливості до інфекційного агента.

Ключові слова: абсцес щитоподібної залози, сепсис, актиномікоз, діагностика, лікування.

## THYROID ABSCESES COMPLICATED WITH SEPSIS (clinical case)

E. M. Khoroshun <sup>1,2</sup>, K. V. Humeniuk <sup>3</sup>, K. V. Misiura <sup>4</sup>,  
V. V. Makarov <sup>1,2</sup>, V. V. Nehoduiko <sup>1,2</sup>, S. A. Shipilov <sup>1,2</sup>,  
V. V. Kupriyanchuk <sup>1</sup>, N. Yu. Seliukova <sup>4,5</sup>

<sup>1</sup> Military Medical Clinical Center of the Northern District of the Medical Forces Command,  
Kharkiv, Ukraine;

<sup>2</sup> Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine;

<sup>3</sup> Command of the Medical Forces of the Armed Forces of Ukraine, Kyiv, Ukraine;

<sup>4</sup> SI «V. Danilevsky Institute for Endocrine Pathology Problems of the NAMS of Ukraine»,  
Kharkiv, Ukraine;

<sup>5</sup> National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine  
selyk3@gmail.com

**Aim** — to demonstrate the features of diagnosis and surgical treatment of thyroid gland abscesses complicated by sepsis.

**Materials and methods.** Patient B., 45 years old, was admitted to the Military Medical Clinical Center of the Northern Region (MMCC NR) with complaints of general weakness, aching pain in the lower extremities. From the anamnesis it is known that he has been ill for about 4 months. He was treated in one of the multidisciplinary hospitals of Kharkiv. A week before admission to the MMCC NR, arthronectomy, drainage of the right knee joint, and opening of abscesses in the lower jaw and lower third of the left thigh were performed.

The patient was examined, a general blood and urine test, a biochemical urine test, a blood coagulogram, a blood group and Rh factor, blood tests for hepatitis, HIV and syphilis, thyroid hormones, culture of punctate from abscesses for microflora and sensitivity to antibiotics, lumbar punctures, ultrasound examination of the thyroid gland, electrocardiography, multispiral computed tomography (MSCT) of the head, neck and chest organs with and without contrast were performed.

**Results.** In the blood culture for microflora and sensitivity to antibiotics, *Actinomyces* sp. was detected. According to the MSCT of the head, neck and chest organs, multiple hypodense foci of supratentorial and sub-tentorial structures of the brain, acute purulent thyroiditis, abscesses of the right and left thyroid lobes, mediastinal lymphadenopathy were detected.

In the culture study of the thyroid punctate and the right knee joint, *Actinomyces* sp. 105 was detected. In the blood culture for microflora, *Actinomyces* sp. was detected.

Final diagnosis: chronic generalized actinomycosis. Purulent gonitis of both knee joints. Abscesses of the lower jaw, left thigh, right forearm. Multiple hypodense foci of supratentorial and sub-tentorial structures of the brain. Secondary meningoencephalitis. Acute purulent thyroiditis. Abscesses of the right and left thyroid lobes. Late hospital-acquired pneumonia in the lower lobe of the right lung, mild course, III clinical group, DN 0. Acute surgical sepsis associated with *Actinomyces* sp., stage septicopyemia. Hypertensive disease stage 2, degree 3, high risk. Surgery (7 days before admission): arthronectomy. Drainage of the right knee joint. Opening of abscesses in the lower jaw and lower third of the left thigh. Surgery (upon admission): opening and drainage of abscess of the right forearm. Surgery (on the second day after admission): opening and drainage of abscesses of the right and left thyroid lobes. Placement of a flow-washing system in the right knee joint, removed on the 5th day. On the 19th day after admission, the operation was performed: secondary repeated surgical treatment of the neck wound, suturing of the neck wound, drainage of the postoperative wound.

Thyroid hormones on admission: free triiodothyronine — 3.4 pmol/L, free thyroxine — 41.1 pmol/L, thyroid-stimulating hormone — 0.07  $\mu$ IU/mL, antibodies to thyroid peroxidase — 0.01 U/mL; after 2 weeks: free triiodothyronine — 2.3 pmol/L, free thyroxine — 14 pmol/L, thyroid-stimulating hormone — 0.3  $\mu$ IU/mL, antibodies to thyroid peroxidase — 2.8 U/mL.

On the twenty-fourth day after admission, the patient was transferred to the next level of medical care, where after 4 days the drains were removed from the postoperative wound, the sutures were removed after 10 days. The wounds on the neck healed with secondary tension. The total bed-day was 34 days. The patient was presented to the military medical commission, according to its decision he received a leave of absence for health reasons for 30 calendar days.

**Conclusions.** Thyroid abscesses on the background of sepsis associated with *Actinomyces* sp. are a rare pathology. In the diagnosis of thyroid abscesses, the leading methods of investigation are MSCT of the neck, puncture of abscesses under ultrasound control, examination of punctate for microflora, complete blood count and examination of thyroid hormones. In the treatment of thyroid abscesses, the main directions are surgical treatment aimed at the sanitation of the focus of infection, antibacterial therapy is prescribed according to the sensitivity to the infectious agent.

**Key words:** thyroid abscess, sepsis, actinomycosis, diagnostics, treatment.