

7. Dunlay S.M. Type 2 Diabetes Mellitus and Heart Failure: A Scientific Statement From the American Heart Association and the Heart Failure Society of America: This statement does not represent an update of the 2017 ACC/AHA/HFSA heart failure guideline update. *Circulation*, 2019, Vol. 140 (7), pp. 294-324.

8. Pavlovic A. Long-term mortality is increased in patients with undetected prediabetes and type-2 diabetes hospitalized for worsening heart failure and reduced ejection fraction. *European Journal of Preventive Cardiology*, 2019, No. 26, pp. 72-82.

9. Seferovic P.M. Type 2 diabetes mellitus and heart failure: A position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 2018, No. 20, pp. 853-872.

## ХУЛОСА

А.И. Файзуллоев

### НОРАСОИИ МУЗМИНИ ДИЛ БО ХАМРАДИФИИ ДИАБЕТИ ҚАНД

**Мақсади омӯзиш.** Дар асоси тадқиқоти проспективӣ пешниҳод кардани хусусиятҳои клиникӣ ва функционалии норасоии музмини дил бо ҳамрадифии диабети қанди навъи 2.

**Мавод ва усулҳо.** Маводи тадқиқот 170 нафар беморони дар шӯъбаи кардиологияи Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии клиникии кардиология» ВТ ҶИА ҚТ дар давраҳои 09.01.2020 - 08.01.2021 бистарӣ шуда дар бар мегирад. Онҳо ба ташҳиси тасдиқшудаи норасоии музмини дил, ки аз он 105 нафар дар яқоягӣ бо диабети қанди навъи 2 бо этиологияҳои гуногун, дар синни 45 сола ва калонтар, мардон - 48 (45,7%), занон - 57

(54,3%) мебошанд. Ба ҳамаи беморон муоинаи умумии клиникӣ, лабораторӣ, инструменталӣ ва функционалӣ гузаронида шудааст.

**Натиҷаҳо.** Арзёбии ҳамаҷонибаи беморони гирифтори норасоии музмини дил дар робита бо диабети қанди навъи 2 ( $n = 105$ ) нишон дод, ки аксарияти беморони 101 (96,2%) даври субкомпенсацияи метаболикии мубодилаи карбогидратҳоро доранд -  $HbA1c > 7\%$ . Натиҷаҳои арзёбии вазнинии нишонаҳои клиникӣ аз рӯи ШОКС, нишондиҳандаҳои функсияи гурда ва параметрҳои гемодинамикии дил дар беморони гурӯҳи беморони норасоии музмини дил бо ҳамрадифии диабети қанди навъи 2 бо ФШ + БИД аз гурӯҳи беморони гирифтори норасоии музмини дил бо ҳамрадифии диабети қанди навъи 2 бо ФШ ва норасоии музмини дил бо ҳамрадифии диабети қанди навъи 2 бо БИД ба таври назаррас фарқ карданд ( $p < 0,05$ ).

**Хулоса:** Этиологияи норасоии музмини дил дар гурӯҳи омӯхтаи мо бо БИД ва ФШ вобастаги дорад, ки ин низ ба чинс ва синну сол хусусиятҳои фарқкунанда дорад. Дарачаи зуҳури нишонаҳои клиникӣ ба синфи функционалии норасоии музмини дил мутаносибан мустақим аст. Бемории ҳамрадифии маъмултарини норасоии дил бо ҳамрадифии диабети қанди навъи 2 фарбеҳӣ ва бо бемории музмини гурда вобаста мебошанд. Яке аз пешгӯиҳои номусоиди гипертрофияи мураккаби дилу рағҳо ин гипертрофияи меъдачаи чап ҳисобида мешавад, ки дар беморони мушоҳидакардамон тағйирёбанда буд.

**Калимаҳои асосӣ:** норасоии музмини дил, диабети қанд, бемории ишемикии дил (БИД), фишорбаландии шараёнӣ (ФШ), эхокардиография.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

doi: 10.52888/0514-2515-2022-352-1-103-108

УДК 616.344-077.64-06-089-053.2

А.С. Сафаров, Б.А. Сафаров, М.М. Сатторов

### УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПИЩЕВОДА, ОСЛОЖНИВШЕГОСЯ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ И КРОВОТЕЧЕНИЕМ, У 8-МЕСЯЧНОГО РЕБЁНКА

<sup>1</sup>ГУ «Национальный медицинский центр» РТ.

<sup>2</sup>ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», Кафедра детской хирургии

Сафаров Абдулло Сафарович - к.м.н., доцент кафедры детской хирургии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»; тел: +(992) 934169071; E-mail: safarbaha8080@mail.ru

**Резюме.** В данном наблюдении авторы описывают успешное лечение тяжелого осложнения, вызванного ятрогенным повреждением пищевода на фоне гнойно-септического процесса ротоглотки у 8-и месячного ре-

бенка, приводящего к прогрессированию септикопиемии с развитием медиастенита, деструктивной пневмонии с пиопневмотораксом слева, эрозивным кровотечением из плевральной полости, флегмоной грудной клетки с дефектом мягких тканей вокруг дренажной трубки.

**Ключевые слова:** ятрогенное повреждение пищевода, медиастенит, деструктивная пневмония, кровотечение, флегмона и дефект мягких тканей грудной клетки, катетер Фолея, дети.

A.S. Safarov, B.A. Safarov, M.M. Sattorov.

## **SUCCESSFUL TREATMENT OF ESOPHAGEAL INJURY COMPLICATED BY PLEURAL EMPYEMA AND BLEEDING IN AN 8-MONTH-OLD CHILD**

<sup>1</sup>State Institution "National Medical Center" of the Republic of Tajikistan.

<sup>2</sup>Department of Pediatric Surgery of State Institution "Avicenna Tajik State Medical University".

**Safarov Abdullo Safarovich** - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Pediatric Surgery of Avicenna Tajik State Medical University; Tel: +(992) 934169071; E-mail: safarbaha8080@mail.ru

**Abstract.** In this case, the authors describe the successful treatment of a severe complication caused by iatrogenic damage to the esophagus with a purulent-septic process in an 8-month-old child, leading to the progression of septicopyemia with the development of mediastinitis, destructive pneumonia with pyopneumothorax on the left, erosive bleeding from the pleural cavity, phlegmonous chest with a soft tissue defect around the drainage tube.

**Keywords:** iatrogenic esophageal injury; mediastinitis; destructive pneumonia; bleeding; phlegmon and chest soft tissue defect; Foley catheter; children.

**Актуальность.** В связи с редкостью наблюдаемых случаев ятрогенного повреждения пищевода с его перфорацией на фоне гнойно-септического процесса ротоглотки у детей раннего возраста приводящего к массе септических осложнений (септикопиемии, флегмоне шеи, медиастениту, деструктивной пневмонии, эрозивному кровотечению, флегмоне грудной клетки, приводящей к дефекту мягких тканей вокруг дренажной трубки) требуются изобретательность со стороны лечащих врачей к выбору хирургической тактики лечения, особенностей кормления и поиска путей ликвидации всех названных осложнений с целью достижения положительных результатов [1-4].

### **Собственное клиническое наблюдение.**

В детское приемное хирургическое отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» 14.09.2018 г. была доставлена девочка М. 8 месяцев из Согдийской области Республики Таджикистан с диагнозом: «Травматический свищ пищевода, сепсис, септикопиемическая форма, деструктивная пневмония слева, состояние после кровотечения из плевральной полости, острый лимфаденит, ринофарингит». Из анамнеза выяснилось, что 12 дней назад у больной появились боли в горле и повышение температуры тела. В связи с чем, родители обратились к местному лекарю. Со слов родителей лекарь пальцем проводил очищение ротоглотки. После чего у ребёнка произошло набухание шеи и грудной клетки, отмечалось затруднение дыхания. Ребёнка в тяжелом

состоянии доставили в ЦРБ. При рентгенографии грудной клетки отмечалась картина «пиопневмоторакса слева и медиастинальной эмфиземы». По экстренным показаниям произведено дренирование плевральной полости слева по Бюлау через 7 межреберье по средней подмышечной линии, через которую под давлением выделилось большое количество воздуха и гноя. Назначено антибактериальное и интенсивно-корректирующее лечение. На 3-й день отмечалось выделение принятой пищи из дренажа. На 10-е сутки отмечалось профузное кровотечение из дренажной трубки плевральной полости, при котором уровень гемоглобина в крови снизился до 4 г/л. После внутривенного введения кровоостанавливающих препаратов одноклассной эритроцитарной массы и инфузионных растворов произошла остановка кровотечения.

На следующий день больная переведена в ГУНМЦРТ «Шифобахш» и госпитализирована в отделение хирургии новорождённых и детей грудного возраста. Состояние ребёнка в момент поступления очень тяжёлое, отмечались симптомы выраженной интоксикации, одышка, высокая температура, вялость, бледность кожных покровов, отёк конечностей и нарушение периферического кровообращения. Вокруг дренажной трубки имеется дефект мягких тканей в размере 3х4 см и отмечаются признаки флегмоны стенки грудной клетки в размером 15х10 см. Из этой раны по дренажной трубке выделяется гной, функционирует

большой бронхиальный свищ. При аускультации в левом легком проводимость дыхания ослабленная, выслушиваются сухие и влажные хрипы. Сердечные тоны несколько приглушены. АД - 80/50 мм рт.ст., пульс - 128 уд/мин, ЧД - 33 мин. Живот обычной формы, не вздут, участвует в акте дыхания. Печень увеличена и выступает из правого подреберья на 2 см. Из анализов крови выявлены анемия (гемоглобин-8,6 г/л, эритроциты  $2,7 \times 10^{12}$  г/л), гипопроteinемия (альбумин 27 г/л, общий белок 48 г/л), гипокалиемия (К-2,6 ммоль/л), гипокоагуляция (фибриноген-177,6), высокий уровень тимол-вероналовой пробы - 4,3 ед.. В анализах мочи: белок 0,066%, лейкоциты до 18-21 в п/з.

При эзофагоскопии на расстоянии около 13 см ниже от уровня передних зубов в проекции верхней трети пищевода найден свищ размером 0,4x0,7 см, который покрыт гнойным фибринозным налетом. Для определения функционирования пищевода свища на плевральной полости слева ребёнку дали выпить сладкую кипяченую воду, окрашенную метиловым синим. Краситель появился в дренажной трубке плевральной полости через 1 минуту. На бакпосеве, взятом из плевральной полости, ротоглотки и пищевода высеян *Klebsyella* и *Staph. aureus*.

С учётом вышеизложенного составлена программа лечения данного больного, которая состояла из общеукрепляющей, десенсибилизирующей, антибактериальной, иммуностимулирующей, дезинтоксикационной терапии и препаратов, улучшающих микроциркуляцию, переливание белковых препаратов (альбумин), крови и плазмы. На первом этапе антибактериального лечения начали с меропенема. Обеспечивалась постоянная подача увлажненного кислорода, который проходил через жидкую смесь из отхаркивающих трав.

Учитывая тяжесть состояния ребенка в желудок поставлен зонд и налажено почасовое зондовое кормление смесью «Нутрилон» по возрастной дозировке. В первые дни основную часть необходимых питательных ингредиентов восполняли за счёт парентерального питания, из расчёта 140 мл/кг веса ребёнка в сутки. После улучшения общего состояния больного постепенно перешли на полное зондовое энтеральное питание смесью «Нутрилон», из расчёта 200 мл/кг в сутки. Вес ребёнка в момент поступления составлял 6 кг. С целью предотвращения гастро-эзофагеального рефлюкса и попадания содержимого желудка в свищ пищевода зондовое кормление проводилось дробно - по 60 мл каждый час. Также с этой целью

кормление осуществлялось в положении приподнятого головного конца больного на  $45^{\circ}$ - $50^{\circ}$ .

Одновременно проводилась ежедневная санация плевральной полости путём струйного введения антисептических растворов в дренажную трубку. Установлен пассивный дренаж по Бюлау.

Причиной развития флегмоны и дефекта мягких тканей вокруг дренажной трубки являлось затекание гноя из плевральной полости по стенке дренажной трубки. В этой связи возникла необходимость прикрытия дефекта тканей вокруг дренажной трубки, чтобы создать герметичность и появление отрицательного давления в полости плевры слева, которое способствовало бы закрытию пищеводно-плеврального свища.

С этой целью силиконовая трубка была заменена на видоизменённый нами катетер Фолея. На рис. 1 катетер Фолея в неизменённом виде.



Рис. 1. Катетер Фолея.

Мы выбрали катетер Фолея №20 и надели на него изготовленные нами резиновую и поролоновую прокладку. Резиновую прокладку вырезали из пробки флаконов для инфузионных растворов, а поролоновую из поролона. По середине прокладки проделали отверстие и сквозь него провели катетер так, чтобы её баллончик оказался впереди (рис.2). В таком виде катетер вводился в плевральную полость через рану и устанавливался так, чтобы её баллончик находился внутри плевральной полости за стенкой грудной клетки, а прокладки снаружи. Затем после надувания баллончика катетера прокладки направляли к грудной стенке одновременно натягивая катетер кнаружи (рис. 3).



Рис. 2. Прокладки для катетера Фолея.

Размер катетера нужно подбирать в зависимости от размера раны, чтобы как можно меньше оставалось пространства между стенкой катетера и стенкой раны. Таким образом создавалась герметичность вокруг дренажной трубки (катетер



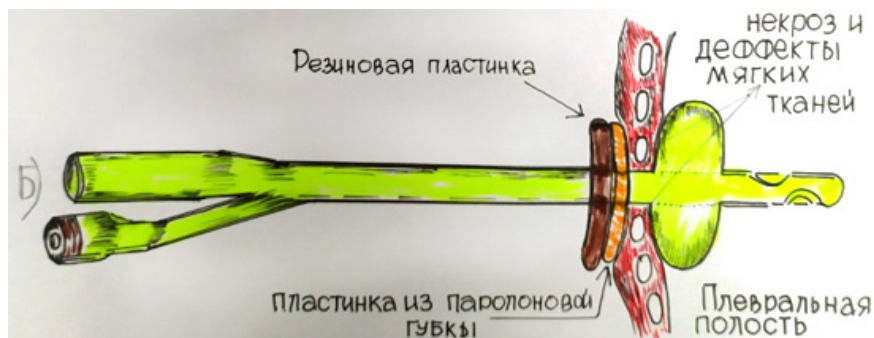


Рис. 3. Схематическое изображение видоизменённого катетера Фолея после её установки в ране.

Фолея). Наружный конец катетера подсоединялся к системе Бюлау. После установки видоизменённого катетера Фолея на фоне комплексного обоснованного лечения рана вокруг трубки начала постепенно уменьшаться в размере, а также количество гноя, выделяемого из плевральной полости. По этим признакам через каждые 15-20 дней меняли катетер на размер меньше. Спустя 2 месяца выделение гноя из дренажной трубки плевральной полости прекратилось, что оценивалось как признак закрытия пищеводно-плеврального свища. Для убеждения закрытия свища больному дали выпить воду, окрашенную метиленовым синим,

краситель не появился в дренажной трубке. На рентгенограмме левого легкого полностью расправилось, наличие инфильтратов в легком, уровня жидкости и свободного воздуха в плевральной полости не обнаружено. После чего дренажная трубка удалена, а рана на грудной стенке закрылась спустя 3 дня.

После выписке ребёнок находился под наблюдением. Каждые 3-месяца проводились осмотр и реабилитационное лечение с коррекцией питания. В отдалённом периоде через два года: ребёнок растёт и развивается хорошо, жалоб нет, глотание свободное без затруднений. Деформация грудной

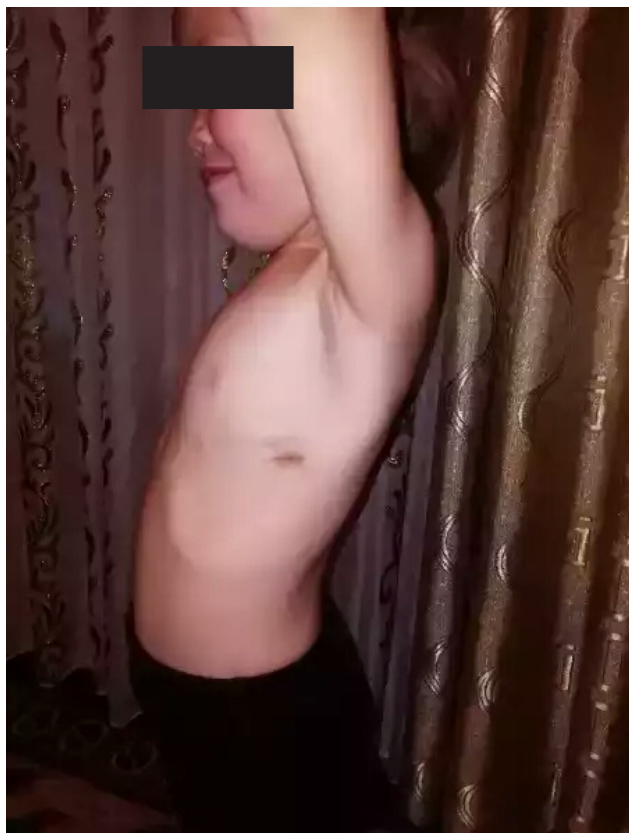


Рис. 4. Фото девочки М. спустя 2 года после выздоровления (вид сбоку)



Рис. 5. Фото девочки М. спустя 2 года после выздоровления (вид спереди)

клетки не отмечается. Аускультативно в легких проводится везикулярное дыхание. Проведена контрольная фиброэзофагоскопия, патологии в полости пищевода и ротоглотке не обнаружены. Представляется фото девочки на рисунках 4 и 5 на которых виден рубец после закрытия торакального свища.

**Обсуждение.** Повреждение пищевода у детей грудного возраста как следствие длительного нахождения инородного тела в нём, встречается редко (1). В большинстве случаев инородное тело застревает на первом физиологическом сужении пищевода и может там находиться долго, вызывая пролежень её стенки и перфорацию. При перфорации пищевода могут развиваться тяжёлые осложнения, грозящие летальным исходом ребёнка. По данным ряда авторов, летальный исход при перфорации пищевода достигает 10,5%, а при развитии медиастенита 40-45% (1, 3, 4). Схожая клиническая картина наблюдается и при гнойно-воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей и ротоглотки у детей раннего возраста. Местные лекари чаще всего прибегают к пальцевой санации глотки с намерением вскрыть абсцессы и снять гнойные налёты, что, вероятно, было проведено данному больному. Подобные манипуляции недопустимы, так как травма способствует разобщению гнойно-воспалительного процесса и нарушению целостности стенки органа. У данного больного развилось ятрогенное повреждение стенки пищевода, ставшее причиной распространения гнойного процесса в средостении и плевральной полости.

Подобное сообщение в литературе мы не встречали, хотя о ятрогенном повреждении пищевода при инструментальном извлечении инородного тела и слепом бужировании указывают большинство авторов (1-4). Что касается тактики хирургического лечения при повреждении пищевода, приводящем к таким осложнениям как флегмона шеи, медиастенит, пневмоторакс, пиопневмоторакс то большинство авторов рекомендуют на фоне комплексной интенсивно-корректирующей терапии дренировать плевральную полость и при необходимости медиастинум, а кормление осуществлять через гастростому.

Таким образом, наше сообщение демонстрирует эффективность применения видоизмененного катетера Фолея и исключение перорального приёма пищи путём налаживания зондового кормления при лечении дефекта грудной стенки как осложнения эмпиемы плевры вследствие перфорации пищевода.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Возгомент О. В. О проблеме лечения детей с повреждением пищевода, вызванного инородными телами. / О. В. Возгомент // Трудный пациент, №6, Том 11, 2013. С.6-8.
2. Дулаев А.К. Результаты лечения пострадавших с повреждением пищевода в условиях многопрофильного стационара. / А. К. Дулаев., А.Е. Демко., С.Ш. Тания., А. И. Бабич // Политравма. 2020. №1, С.11-17.
3. Столяров С.И. Опыт хирургического лечения проникающих повреждений пищевода. / С. И. Столяров, А. В. Добров, В. П. Арсютков, В. Л. Григорьев // Вестник неотложной и восстановительной хирургии. Том 2, №2-3, 2017. С. 302-307.
4. Хаджибаев А. М. Тактические аспекты лечения и послеоперационного ведения больных с повреждением пищевода инородными телами. / А. М. Хаджибаев и соавт. // Вестник неотложной и восстановительной хирургии. Том 1, №3, 2016. С. 458-465.

## REFERENCES

1. Vozgoment O.V. O probleme lecheniya detey s povrezhdeniem pishchevoda, vyzvannogo inorodnymi telami [On the problem of treatment of children with esophageal damage caused by foreign bodies]. *Trudnyy patsient - Difficult Patient*, 2013, Vol. 11, No.6, pp. 6-8.
2. Dulaev A.K. Rezultaty lecheniya postradavshikh s povrezhdeniem pishchevoda v usloviyakh mnogoprofilnogo statsionara [Results of Treatment of Patients with Esophageal Damage in a Multidisciplinary Hospital]. *Politravma - Polytrauma*, 2020, No. 1, pp. 11-17.
3. Stolyarov S.I. Opyt khirurgicheskogo lecheniya pronikayushchikh povrezhdeniy pishchevoda [Experience in surgical treatment of penetrating esophageal injuries]. *Vestnik neotlozhnoy i vosstanovitelnoy khirurgii - Bulletin of urgent and recovery surgery*, 2017, Vol. 2, No. 2-3, pp. 302-307.
4. Khadzhibaev A.M. Takticheskie aspekty lecheniya i posleoperatsionnogo vedeniya bolnykh s povrezhdeniem pishchevoda inorodnymi telami [Tactical aspects of treatment and postoperative management of patients with esophageal injury caused by foreign bodies]. *Vestnik neotlozhnoy i vosstanovitelnoy khirurgii - Bulletin of urgent and recovery surgery*, 2016, Vol. 1, No. 3, pp. 458-465.

## ХУЛОСА

**А.С. Сафаров, Б.А. Сафаров, М.М. Сатторов**

**ТАБОБАТИ ИЛЛАТЌБИИ СУРХРӢДА ДАР КӢДАКИ 8 МОӢА, КИ БО ЭМПИЕМАИ ПЛЕВРА ВА ХУНРАВӢ ОРИЗА ЁФТААСТ**

Дар мақола муаллифон аз таҷрибаи табобати кӯдаки 8 моҳа, ки баъди бо ангишт садама расони-

дани табиби халқӣ бо суроҳшавии сурҳрӯда ориза ёфтааст аҳборот овардаанд. Баъди суроҳшавии сурҳрӯда пиопневмоторакс аз тарафи чап ба миён омадааст, ки боиси он торақосентез гузошта шудааст. Баъдан хунравӣ тавассути найчаи дренажӣ ва дефекти девори қафаси сина дар атрофи найчаи дренажӣ ба амал омадааст. Нисбати чунин оризаҳо муаллифони найчаи Фолей таъғирдодаро

бо ба роҳмонии ғизодиҳии мисробӣ истифода бурдаанд, ки дар натиҷа суроҳии сурҳрӯда ва дефекти девори қафаси сина маҳкам шуда, эмпиемаи плевра аз байн рафтааст.

**Калимаҳои калидӣ:** иллатёбии ятрогении сурҳрӯда; медиастенит; пневмонияи деструктивӣ; хунравӣ; флегмона ва дефекти бофтаҳои мулоими қафаси сина; найчаи Фолей; кӯдакон.

## **ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

УДК 616.594.14-053.2

doi: 10.52888/0514-2515-2022-352-1-108-115

С.С. Бозоров

### **ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ**

*Кафедра дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»*

**Бозоров Савриддин Сулаймонович** – докторант PhD 3-го года кафедры дерматовенерологии-ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Тел: 904187478. E-mail: savriddin\_tj@mail.ru

В статье представлен анализ современных отечественных и зарубежных публикаций, посвящённых актуальным исследованиям этиологии и патогенеза гнездовой алопеции у детей. Приводятся сведения о частоте заболеваемости данным видом алопеции в популяции ее взаимосвязи с наследственностью, иммунными и средовыми факторами. Опираясь на обобщённые литературные данные, авторы акцентируют внимание на важной роли нарушений в системе перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты в развитии гнездовой алопеции. По мнению авторов, эти процессы приводят к нарушениям функции органов и систем, а также отражаются на состоянии местного кровотока и на функциональных параметрах кожи. В статье указаны данные литературы о роли нарушений микроциркуляции в развитии гнездовой алопеции, а также указаны патофизиологические механизмы ее развития у детей с дефицитом витамина Д. Приведенные результаты исследования о механизмах развития гнездовой алопеции у детей указывают, что при ведении детей с данной патологией необходимо предусматривать индивидуальный подход с учётом состояния местного кровотока, функциональных параметров кожи, сопутствующей патологии, уровня витамина Д в крови и нарушений в системе антиоксидантной защиты.

**Ключевые слова:** гнездовая алопеция, детский возраст, сопутствующая патология, иммунные нарушения, микроциркуляция, перекисное окисление липидов, витамин Д.

S.S. Bozorov

### **FACTORS AFFECTING THE DEVELOPMENT OF ALOPECIA AREATA IN CHILDREN**

*Department of Dermatovenereology of State Educational Institution «Avicenna Tajik State Medical University»*

**Bozorov S.S.** – Doctorant Ph.D. of the department of Dermatovenereology of State Educational Institution «Avicenna Tajik State Medical University»; tel: 904187478. E-mail: savriddin\_tj@mail.ru

The article presents an analysis of modern domestic and foreign publications on the research of the etiology and pathogenesis of the alopecia areata in children. The article brings up the information on the incidence of this type of alopecia in the population, its relationship with heredity, immune and environmental factors. According to generalized literary data, the authors focus on the importance of the role of violations in the lipid peroxidation system and antioxidant protection in the development of the nest alopecia. According to the authors, these processes lead to violations of the function of organs and systems which is reflected in the state of local blood flow and the functional parameters of the skin. The article indicates the literature data on the role of microcirculation violations in the development of the alopecia areata, as well as the pathophysiological mechanisms of its development in children with vitamin D deficiencies