

### Выводы

- Результаты исследования свидетельствуют о низкой частоте назначения рентгеновской денситометрии у больных РА, что способствует поздней диагностике ОП.
- Методика FRAX является простой и доступной.
- FRAX целесообразно использовать у всех больных РА.
- У больных РА с высоким риском переломов метод FRAX позволяет принять решение о начале антиостеопоротической терапии без данных денситометрии.
- У больных РА с умеренным и низким риском переломов по методу FRAX терапевтическая тактика ОП должна определяться на основании сочетания факторов риска и результатов денситометрии.

### Список литературы

1. Каратеев Д.Е., Олюнин Ю.А., Лучихина Е.Л. Новые классификационные критерии ревматоидного артрита ACR/EULAR 2010 – шаг вперед к ранней диагностике. //Научно-практическая ревматология. 2011. № 1. С. 10–15.
2. Клинические рекомендации по профилактике и ведению больных с остеопорозом. Издание 2-е, дополненное/ под редакцией проф. О.М. Лесняк. Коллектив авторов: Алексеева Л.И. [и др.]; Российская ассоциация по остеопорозу. Ярославль: ИПК «Литера». 2014. 24 с.
3. Лесняк О.М., Баранова И.А., Торопцова Н.В. Клинические рекомендации «Диагностика, профилактика и лечение глюкокортикоидного остеопороза у мужчин и женщин 18 лет и старше». Ярославль. ИПК «Литера». 2013. 48 с.
4. Лесняк О.М., Торопцова Н.В. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению остеопороза [Электронный ресурс] URL: <http://rheumatolog.ru/experts/klinicheskie-rekomendacii>.
5. Петрова Е.В., Дыдыкина И.С., Смирнов А.В. Взаимосвязь между эрозивно-деструктивными изменениями костной ткани и генерализованным остеопорозом у больных ревматоидным артритом // Эффективная фармакотерапия. Ревматология, травматология и ортопедия. 2013. № 2. С. 4–10.
6. Подворотова Н.М., Дыдыкина И.С., Тасни-на Е.А. Факторы, определяющие риск возникновения переломов у больных ревматоидным артритом // Ревматология, травматология и ортопедия. 2013. № 2. С. 12–17.
7. Симонова О.В., Политова Н.Н., Немцов Б.Ф. Ревматоидный артрит: клиника, диагностика, лечение. Киров: Кировская государственная медицинская академия. 2006. 100 с.
8. Царенюк С.Ю. Болевые точки и проблемы остеопороза: взгляд ревматолога. [Электронный ресурс] URL: <http://www.osteoporoz.ru/content/blogcategory/34/117/>.
9. FRAX. Инструмент оценки риска переломов ВОЗ. [Электронный ресурс] URL: <http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=13>.

### Сведения об авторах

**Обадина Екатерина Леонидовна** – врач-интерн кафедры внутренних болезней Кировской ГМА. E-mail: [obadina.kat.xxx@mail.ru](mailto:obadina.kat.xxx@mail.ru).

**Симонова Ольга Викторовна** – д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии Кировской ГМА. E-mail: [simonova043@mail.ru](mailto:simonova043@mail.ru).

**Чичерина Елена Николаевна** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой внутренних болезней Кировской ГМА. E-mail: [e-chicherina@bk.ru](mailto:e-chicherina@bk.ru).

УДК 617.541:617.55-003.24-053.3-07-08-089

М.П. Разин, В.А. Скобелев, М.А. Батуров

## ПРОБЛЕМА ХИЛОСЕРОЗИТОВ У ДЕТЕЙ

*Кировская государственная медицинская академия*

M.P. Razin, V.A. Skobelev, M.A. Baturov

## THE PROBLEM OF CHYLOSEROSITIS IN CHILDREN

*Kirov State Medical Academy*

Хилоторакс и хилоперитонеум (ХТ и ХП) – патологические состояния, связанные с накоплением лимфы в плевральной или брюшной полости. Болезнь Вальдмана может проявляться течением подострого хилезного перитонита. При нахождении лимфы в грудной полости через 2 недели там манифестирует выраженный спаечный процесс. Авторы считают, что случаи ХТ и ХП следует относить к хилосерозитам.

В клинике детской хирургии Кировской ГМА в 2009–2014 г. пролечено 5 больных с этой патологией: 3 недоношенных с ХТ, девочка 2 месяцев с ХП и новорожденная, у которой на фоне лечения ХТ сменился ХП. Все велись консервативно с пункциями. Из 3 новорожденных с ХТ летальный исход констатирован у 2 глубоко недоношенных. 1 больная выжила (полное парентеральное питание, октреотид в дозе до 10 мг/кг/час, далее энтеральные смеси без триглицеридов «моноген», иммунозаместительная терапия). Двухмесячная больная с асцендентной (субтотальной формой болезни Гиршпрунга) наблюдалась с «лихорадкой неясного генеза», на второй операции выявлена болезнь Вальдмана, в настоящее время лечится амбулаторно. Еще 1 новорожденная лечилась по поводу неиммунной водянки и лабораторно подтвержденного ХТ, который сменился ХП, состояние значительно улучшилось, выписана домой. Летальность составила 40%.

**Ключевые слова:** хилоторакс, хилоперитонеум, дети, октреотид.

Chylothorax and chyloperitoneum (ChT and ChP) – pathologic conditions associated with the accumulation of lymph in the pleural or peritoneal cavity. Waldman's disease can manifest itself over subacute chylous peritonitis. Significant adhesion process manifests in 2 weeks after chylothorax. The authors consider that the incidences of ChT and ChP should be characterized as chyloserozitis.

In clinic of Pediatric Surgery of KSMA during 2009–2014 five patients with these diseases were treated: 3 preterm children with ChT, 2 months old girl with ChP and newborn whose disease changed from

ChT to ChP during treatment. All patients were treated conservatively with punctures. In 3 newborns with ChT death was ascertained in 2 extremely premature. 1 patient survived (total parenteral nutrition, «octreotid» up to 10 mg / kg / h, then enteral mixtures without triglycerides «monogen», immune-replacement therapy. 2 months old girl with ascendostoma (subtotal form of Hirschsprung's disease) was observed with the «fever of unknown origin», during second operation Waldman's disease was revealed. She is currently treated outpatiently. Another one newborn was treated from non-immune hydrops and laboratory-confirmed ChT, which was replaced by ChP, with much improved condition was discharged. Themortality rate was 40%.

**Key words:** chylothorax, chyloperitoneum, children, octreotid.

Хилоторакс и хилоперитонеум (ХТ и ХП) – это патологические состояния, связанные с накоплением лимфатической жидкости в плевральной или брюшной полости. Состояния серьезные, иногда угрожающие жизни, часто вызывающие сердечно-легочную недостаточность, метаболические, электролитные и иммунологические расстройства.

Еще недавно основными причинами развития этой патологии считались преимущественно травматические повреждения. В настоящее время становится очевидным, что этиология состояний гораздо гетерогеннее [2]: выделяют врожденные ХТ, обусловленные врожденными пороками развития грудного лимфатического протока, его родовой травмы; травматические ХТ и ХП (после травмы и оперативных вмешательств на органах грудной клетки и брюшной полости); нетравматические ХТ и ХП (опухолевые обструкции, лимфангиоматоз кишечника – болезнь Вальдмана, тромбоз верхней полой и подпочечной вены и др.). В последние годы повышающаяся выживаемость новорожденных с экстремально низкой массой тела способствовала существенному росту этих (еще недавно – редких) состояний. Летальность от ХТ и ХП у новорожденных, по литературным данным, составляет 30–50% [2, 3], чем объясняется проблематичность и высокая актуальность патологии.

В клинике детской хирургии Кировской ГМА за период с 2009-го по 2014 г. было пролечено 5 больных с данной патологией: трое недоношенных новорожденных с хилотораксом, одна девочка 2 месяцев с хилоперитонеумом и одна новорожденная, у которой на фоне лечения хилоторакс сменился хилоперитонеумом. Все больные велись консервативно с периодическими плевральными (абдоминальными) пункциями по показаниям.

Манифестирующими симптомами ХТ чаще бывают проявления острой дыхательной недостаточности – тахипноэ и цианоз кожных покровов. При физикальном исследовании выявляются симптомы накопления жидкости в плевральной полости (выбухание грудной клетки на стороне поражения, укорочение перкуторного звука, ослабление дыхания, смещение сердечных тонов в здоровую сторону). Скопление лимфатической жидкости в плевральной полости приводит к метаболическим нарушениям: гипопротеинемии, метаболическому ацидозу, водно-электролитным и иммунологическим расстройствам. Иногда при травматическом ХТ хилома под медиастанальной плевры растет несколько недель, а ее прорыв в плевральную полость и клиника состояния,

соответственно, развиваются позже. Выпот в плевральных полостях выявляется по УЗИ и при рентгенографии. Плевральная пункция обнаруживает соломенно-желтую жидкость (если ребенок энтерально не кормился) или молочную (у ранее кормившихся детей). В таком выпоте повышено содержание липидов (более 4–6 г/л); повышено содержание белка (более 1/2 его содержания в плазме); содержание триглицеридов превышает 1,3 ммоль/л; при микроскопии преобладают лимфоциты (80–90% от всех клеток) [2].

Хилезная жидкость может инфильтрировать средостение и накапливаться в полости перикарда, хилоперикард опасен тампонадой сердца. Хилоперитонеум может протекать как самостоятельное состояние, но может сочетаться с ХТ. Кроме того, эти состояния могут сменять друг друга в различные периоды лечения. ХП прежде всего характеризуется значительным увеличением размеров живота и асцитом. При выраженном асците из-за высокого стояния куполов диафрагмы возможно развитие дыхательной недостаточности. Жидкость в брюшной полости верифицируется по данным рентгенографии, УЗИ и пункции брюшной полости. Первичная кишечная лимфангиоэктазия (болезнь Вальдмана, при которой в подслизистом слое кишечника и в брыжейке существуют клубки кавернозно расширенных лимфатических и кровеносных сосудов, а лимфа пропотевает в свободную брюшную полость) помимо вышеизложенного может клинически проявляться «злокачественной лихорадкой неясного генеза», что связано с течением подострого хилезного перитонита. Длительное нахождение лимфы в грудной полости тоже не проходит бесследно – примерно через две недели в плевральных полостях манифестирует довольно выраженный спаечный процесс. Видимо, случаи ХТ и ХП следует относить к хилосерозитам.

Лечение детей комплексное, оно включает в себя консервативные мероприятия и оперативные моменты. Целью терапии является снижение выработки лимфы, осушение полостей, восполнение потерь жидкости и питательных веществ, профилактика осложнений. Для подтверждения диагноза, улучшения состояния больного и декомпрессии грудной и/или брюшной полости показано выполнение пункций или торако(лапаро)центеза. Уменьшение выработки лимфы достигается путем отказа от энтерального кормления и назначения полного парентерального питания. Альтернативой такому подходу может стать назначение питания специальными смесями в виде триглицеридов с короткими и средними цепями, которые непросто найти в российских клиниках. Быстрому рассасыванию выпота способствует назначение октреотида (синтетический аналог соматостатина) [1, 4] внутривенно в дозе 3,5–12 мкг/кг/ч. Обычно стартуют с дозы 5 мкг/кг/ч. Оперативное лечение при ХП бывает менее успешным, чем при ХТ. Пока не найдено унифицированных методик успешного отведения лимфосодержащего выпота из брюшной полости. Многократные пункции могут не приводить к стойкому положительному результату. Травматический ХТ при безуспешном ведении на плевральных пункциях или с помощью торакоцентеза может быть прооперирован, если у больного отсутствует положительная динамика в течение двух недель и развиваются выраженные нарушения метаболизма. На операции нужно перевязать (кли-

пировать) грудной лимфатический проток. Если интраоперационно визуализировать его не удастся, мышечные массы и клетчатку можно прошить (по литературным данным) между аортой и v.azigas над диафрагмой.

Результаты лечения больных, пролеченных нами, неоднозначны. Из трех новорожденных с хилотораксом летальный исход констатирован в двух случаях у глубоко недоношенных детей; одна больная выжила (пролечена пункционно, консервативная терапия включала полное парентеральное питание, октреотид в максимальной дозе до 10 мг/кг/час, далее энтеральные смеси без триглицеридов («моноген»), иммунозаместительная терапия интраглобином (выполнялась и торакоскопия, но в ее ходе визуализировать грудной лимфатический проток не удалось). Больная изначально характеризовалась крайне тяжелым состоянием, выраженной дыхательной недостаточностью, метаболическими и электролитными расстройствами, количеством лимфоцитов в крови 0,4 тыс/мкл (1%), тромбоцитов 5 тыс/мкл, общим белком 20 мг/л, общей потерей лимфы в плевральные полости до 4000 мл (масса ребенка при рождении 2400 г). Полный регресс хилоторакса отмечен на 12 сутки комплексного лечения. Двухмесячная больная в периоде новорожденности была прооперирована по поводу субтотальной формы болезни Гиршпрунга (асцендостомия), в последующем наблюдалась с «лихорадкой неясного генеза», которая имела довольно злокачественное течение. В возрасте 2 месяцев прооперирована повторно, выявлен лимфангиоматоз кишечника (болезнь Вальдмана), в настоящее время получает курсовое лечение амбулаторно. Еще одна новорожденная лечилась консервативно (с пункциями) по поводу неиммунной водянки плода и лабораторно подтвержденного хилоторакса, который на фоне лечения сменился хилоперитонеумом, в последующем состоянии значительно улучшилось, недавно выписана из педиатрического отделения раннего возраста домой. Таким образом, летальность при лечении детей с ХТ и ХП в нашей клинике составила 40%.

Лечение хилосерозитов у детей – сложная и еще до конца не решенная проблема детской хирургии, актуальность которой в ближайшие годы будет только возрастать.

#### Список литературы

1. Андреев Д.А., Вербин О.И. Хилоторакс у детей // Вестник Волгоградского научного центра РАМН. 2009. № 4. С. 55–58.
2. Детская хирургия. Национальное руководство / под ред. акад. РАМН проф. Ю.Ф. Исакова, проф. А.Ф. Дронова / руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1168 с.
3. Киреева Н.Б., Пивиков В.Е., Новопольцев Е.А., Тумакова Н.Б., Плохарский Н.А., Бирюков Ю.П., Привалова Л.П., Ясковец А.А., Новопольцева Е.Г. Хилоторакс и хилоперитонеум у новорожденных: сообщение о 4 случаях // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013. Том III, № 1. С. 108–110.
4. Разин М.П., Скобелев В.А., Помелов С.А., Батуров М.А. Опыт лечения детей с хилотораксом и с хилоперитонеумом (обмен опытом) // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2014. № 1. С. 39–41.

#### Сведения об авторах

**Разин Максим Петрович** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии Кировской ГМА, тел. (8332) 51-26-79. E-mail: mprazin@yandex.ru.

**Скобелев Валентин Александрович** – кандидат медицинских наук, заведующий хирургическим отделением Кировской областной детской клинической больницы, тел. (8332) 62-11-15.

**Батуров Максим Александрович** – ассистент кафедры детской хирургии Кировской ГМА, тел. (8332) 51-26-79.

УДК 616.379-008:616.12-008.311.-085

И.Е. Сапожникова

### КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

*Кировская государственная медицинская академия*

I.E. Sapozhnikova

### CLINICO-ECONOMIC ANALYSIS OF EFFECTIVENESS AND SAFETY OF LOW-SUGAR THERAPY AT PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

*Kirov State Medical Academy*

Проведен клинико-экономический анализ эффективности и безопасности двух схем сахароснижающей терапии у лиц с сахарным диабетом 2-го типа (СД 2). В исследование длительностью 6 месяцев было включено 64 пациента с СД 2, исходно получавших метформин и имевших некомпенсированный углеводный обмен. Лица 1-й группы (n = 33) получали оригинальные метформин и гликлазид МВ, 2-й группы (n = 31) – оригинальную комбинацию глибенкламид / метформин. Проводились клинические и лабораторные исследования.

Исследование закончили 32 пациента 1-й группы, 30 – 2-й. В обеих группах значительно снизился гликозилированный гемоглобин, но в 1-й группе его целевой уровень (< 7,0%) достигнут у большего числа пациентов. В 1-й группе терапия являлась более затратно-эффективной и затратно-полезной.

Установлено, что у пациентов с СД 2, требующих интенсификации монотерапии метформином с помощью препарата сульфонилмочевины, комбинация с оригинальным гликлазидом МВ является более затратно-эффективной и затратно-полезной.

**Ключевые слова:** сахарный диабет 2 типа, клинико-экономический анализ, анализ «затраты-эффективность», анализ «затраты-полезность».

The clinico-economic analysis of effectiveness and safety of low-sugar therapy at patients with type 2 diabetes mellitus (DM) was performed. 64 patients with