

требуют дальнейшего изучения и систематизации для создания лечебно-диагностического алгоритма и прогнозирования течения заболевания.

Цель исследования. Оптимизация эрадикационной терапии язвенной болезни желудка у больных пожилого и старческого возраста

Материалы и методы. Обследовано 103 больных (средний возраст 72,6±6,1 год), которым на основании морфо-эндоскопического и клинического исследований был установлен диагноз язвенной болезни желудка с локализацией в пилоро-антральном (1-я подгруппа, n=61), фундальном /тело желудка/ (2-я подгруппа, n=37) и кардиальном отделах (3-я подгруппа, n=5), ассоциированной с инфекцией *H.pylori*. Обследование включало также определение местной уреазной активности, проведение внутрижелудочной pH-метрии, после чего проводилась эрадикационная терапия с использованием тройной схемы в течение 10 дней. Выбор препаратов для эрадикации зависел от состояния кислотообразующей функции желудка. Так, у больных с сохраненной и повышенной секрецией соляной кислоты использовали ингибитор протонной помпы (омепразол или рабепразол 20 мг 2 раза в день), а у больных с пониженной секрецией - коллоидный субцитрат висмута (Де-нол 240 мг 2 раза в день). Антибактериальные препараты назначались на основании особых положений II Маастрихтского соглашения (2000 год) в меньших дозах (половинных) - флемоксин-соллютаб 500 мг + кларитромицин 250 мг 2 раза в день. Контрольное исследование проводилось через 4-6 недель после завершения курса антихеликобактерной терапии. Эрадикация считалась достигнутой, если *H. pylori* не определялся гистологически и с помощью уреазного теста в гастробиоптатах слизистой.

Результаты. У большинства больных (58,25%, n=60) язвы были среднего размера (0,5-1 см), малые размеры (до 0,5 см) определялись у 13,59 % (n=13), большие - у 29,12% (n=30). Гигантская язва (более 3-х см) обнаружена в одном случае (0,97%). Гипер- и нормоацидность (1-я группа) установлены в 60,19% (n=62): 75,4% (n=46), 40,54% (n=15), 20,00% (n=1), соответственно по подгруппам, достоверно чаще (p<0,05) у лиц с пилоро-антральной локализацией язвы. Гипоацидность (39,80%, n=41) была характерна для больных (2-я группа) с язвами тела и проксимального отдела, протекавшими, как правило, на фоне атрофии слизистой оболочки фундального отдела: 24,59% (n=15), 59,45% (n=22), 80,00% (n=4), соответственно (p<0,05). При пилоро-антральной локализации язвы определялась преимущественно высокая (40,98%, n=25) и умеренная степени (31,14%, n=19) обсемененности слизистой *H.pylori*. У больных с язвой тела желудка преобладала слабая (70,27%, n=26) и умеренная (19,91%, n=7) степени колонизации на фоне снижения продукции ионов водорода фундальными железами желудка. У всех больных с язвой проксимального отдела желудка установлена низкая степень микробной обсемененности. Эрадикация была достигнута у 90,24% (n=37) больных со сниженной секрецией желудка при использовании коллоидного субцитрата висмута (Де-нола) и у 91,93% (n=57) больных с сохраненной кислотопродуцирующей функцией желудка.

Выводы. 1. Больные с язвенной болезнью желудка имеют разную кислотопродуцирующую функцию желудка. 2. Кислотопродукция является основой для выбора схемы эрадикационного лечения. 3. У больных с сохраненной и повышенной секрецией желудка в эрадикационной схеме должны использоваться наряду с антибактериальными препаратами - ингибиторы протонной помпы; у больных с пониженной секрецией - субцитрат висмута (Де-нол). 4. Эффективность эрадикации составила 91,93% у лиц в первой и 90,24% - во второй группах. 5. У больных язвенной болезнью желудка пожилого и старческого возраста можно использовать половинные (от рекомендованных) дозы антибактериальных препаратов.

#### 045. АНАЛИЗ ПРИЧИН ХОЛЕСТАЗА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Бурдина Е.Г., Шиндяпина О.В., Кузнецова Е.А., Кулакова Н.И., Григорьева Е.В., Шиковная Ю.Н., Минушкин О.Н.

ФГУ «Поликлиника N2» УД Президента РФ, Москва, Россия

Введение. Холестаз - нарушение образования желчи и/или ее оттока, что сопровождается повышением в крови уровня показателей, характеризующих эти процессы. Возможно развитие желтухи, степень выраженности которой зависит от уровня билирубина. На ранних стадиях холестаза она может отсутствовать или быть слабо выраженной. Метаболическую стадию холестаза характеризуют  $\gamma$ -ГТ, ЩФ, нередко в сочетании с показателями цитолиза. Ранние клинические симптомы холестатических заболеваний печени неспецифичны. Эти симптомы выявляются либо при тщательном расспросе, либо при случайно обнаруженном повышении уровня ферментов печени или при скрининговом ультразвуковом исследовании.

Цель настоящего исследования: анализ причин холестаза в амбулаторной практике.

Материалы и методы: проанализировано 150 амбулаторных карт больных (54 мужчины, 96 женщин, в соотношении 1:1,7, средний возраст 57,6±9,8 лет) с маркерами холестаза (повышение  $\gamma$ -ГТ, ЩФ), установленным на основании биохимического исследования крови. Помимо общеклинического и биохимического исследований крови с определением активности ферментов сыворотки (АЛТ, АСТ,  $\gamma$ -ГТ, ЩФ), показателей обмена билирубина, белков, липидов, активности протромбинового комплекса, анализа клинико-эпидемиологических аспектов, всем больным проводилось определение серологических маркеров вирусных гепатитов В, С, ТТV, G методами ИФА и/или ПЦР (генотип вируса определялся у больных с HCV), аутоиммунных антител (антинуклеарных, к митохондриям, гладкой мускулатуре, микросомам печени, почек и др.), УЗИ брюшной полости, ЭГДС, по показаниям - КТ и/или МРТ брюшной полости, рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, пункционная биопсия печени (в стационаре).

Результаты: удельный вес обструктивного холестаза составил 34,7%, n=52: ЖКБ, в том числе, холедохолитиаз - 22,0% (n=33), стриктура общего желчного протока после холецистэктомии - 2,0% (n=3), опухоли печени, в

том числе, метастазы - 2,0% (n=3), эхинококковая киста печени - 0,7% (n=1), опухоль Фатерова соска - 1,3% (n=2), парафатеральный дивертикул двенадцатиперстной кишки - 0,7% (n=1), панкреатит - 4,7% (n=7), опухоль поджелудочной железы - 1,3% (n=2).

На долю необструктивного холестаза приходится 60,7% (n=91). Так, удельный вес гепатитов в этиопатогенезе холестаза, в том числе, в стадии цирроза печени (ЦП), составил 41,3% (n=62): вирусной этиологии - 23,3% (n=35); алкогольная болезнь печени - 10,7% (n=14); неалкогольный стеатогепатит - 6,7% (n=9); первичный билиарный цирроз (ПБЦ) - 7,3% (n=11); первичный склерозирующий холангит (ПСХ) - 1,3% (n=2), ассоциированный с язвенным колитом (n=2); синдром перекреста (ПБЦ/АИГ) - 0,7% (n=1); лекарственный холестаз - 4,0% (n=6) на фоне приема валтрекса (n=1), БАДов (n=2), психотропных препаратов (n=1); внутрипеченочный холестаз беременных (III триместр) - 1,3% (n=2).

У 7 (4,6%) больных причину холестаза установить не удалось, что потребовало дальнейшего наблюдения или стационарного обследования.

**Выводы.** Удельный вес обструктивного холестаза составил 34,7%, необструктивного - 60,7%, неуточненного - 4,6%. Своевременная дифференциальная диагностика холестаза в амбулаторных условиях позволяет определить тактику ведения больного, предупредить дальнейшее прогрессирование заболевания и улучшить прогноз. Биохимические тесты (АСТ, АЛТ, ШФ, ГГТП) должны входить в обязательный комплекс исследований (по крайней мере на момент прикрепления пациента на поликлиническое обслуживание).

#### 046. АНТИСЕКРЕТОРНАЯ ТЕРАПИЯ ИНГИБИТОРАМИ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ И РИСК ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Бурков С.Г., Сторожук И. К., Алексеева Е.П., Черезова И.Н.

ФГУ «Поликлиника № 3» Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

В последние годы в мировой литературе обсуждается возможная связь антисекреторной терапии ингибиторами протонной помпы (ИПП) и H<sub>2</sub>-блокаторами гистаминовых рецепторов (H<sub>2</sub>) с риском (возрастающим в 1,5-2 раза) развития внебольничной пневмонии у пациентов старших возрастных групп (Majumdar S.R. et al., 2003; Laheij R.J. et al., 2004; Gulmey S.E. et al., 2007; Sarkar M. et al., 2008; Myles P.R. et al., 2009; Eurich D.T., 2010).

**Целью настоящего исследования** явилась попытка выявить возможную взаимосвязь антисекреторной терапии ИПП/H<sub>2</sub> с риском развития внебольничной пневмонии у пациентов пожилого и старческого возраста.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 357 пациентов в возрасте 65 лет и старше (средний 72,6 +/- 3,7 года), 141 женщины и 216 мужчин, госпитализированных в стационар в 2008-2009 гг. с диагнозом внебольничная пневмония, с целью установления лиц, которым в течение ближайших 6

месяцев до госпитализации проводилась антисекреторная терапия ИПП/H<sub>2</sub>.

**Результаты.** Проведенный анализ позволил установить, что из 357 пациентов лишь 25 (7,0%) в ближайшие 6 месяцев до развития внебольничной пневмонии проводилась антисекреторная терапия. 24 - принимали омепразол в дозе 20 мг ежедневно в течение 2-4 недель, последний прием - за 4-8 недель до госпитализации. Одна пациентка лечилась ранитидином в дозе 150 мг за 8 недель до развития пневмонии.

**Заключение.** Проведенный анализ не позволил установить связь антисекреторной терапии ИПП/H<sub>2</sub> с развитием внебольничной пневмонии у пациентов старших возрастов. Возможно, необходимо включение в анализ большего числа случаев. Вместе с тем, учитывая мировой опыт, следует помнить о возможной связи приема ИПП/H<sub>2</sub> с развитием внебольничной пневмонии и соблюдать осторожность, назначая данные препараты пациентам пожилого возраста, ранее перенесших пневмонию, имеющих факторы риска развития таковой.

#### 047. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ГЭРБ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.

Бушнев И.Г., Шатихин А.И.

Кафедра клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней.

ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова Росздрава г. Москва, Россия

**Актуальность:** Проблема гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в последнее время привлекает к себе внимание ученых и практикующих врачей многих стран мира. Это связано, в первую очередь, с ростом распространенности ГЭРБ, широким спектром предъявляемых пациентами жалоб, в том числе и «внеэзофагеального характера», развитием таких серьезных осложнений, как пищевод Барретта и аденокарцинома пищевода, а также продолжительностью консервативной терапии и в ряде случаев неизбежностью хирургического вмешательства. ГЭРБ по праву считают заболеванием XXI века, так как в последние годы прослеживается тенденция к уменьшению заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и увеличению заболеваемости ГЭРБ.

Распространенность ГЭРБ среди взрослого населения составляет до 40%. В странах Западной Европы и США широкие эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что до 40% людей постоянно (с различной частотой) испытывают изжогу - основной симптом ГЭРБ. В России распространенность ГЭРБ среди взрослого населения составляет 40-60%, причем у 45-80% таких пациентов обнаруживается эзофагит. В общей популяции населения распространенность эзофагита оценивается в 5-6%, при этом у 65-90% больных отмечается незначительно выраженный и умеренный эзофагит, у 10-35% - тяжелый.

**Цель работы:** Пристального внимания заслуживают особенности клинического течения ГЭРБ и терапии у пациентов пожилого и старческого возраста (от 61 до 90 лет).