

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; Gulmeyer 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).