

044. ЭРАДИКАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Бурдина Е.Г., Вахлаков А.Н., Минушкин О.Н.
ФГУ «Поликлиника N 2», ФГУ «УНМЦ» УД
Президента РФ, Москва

Введение. Особенности функциональных и морфологических изменений при язвенной болезни, такие как уменьшение секреторной активности желудка, преобладание атрофических форм гастрита, выраженные нарушения микроциркуляции в пожилом возрасте

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 γ -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 γ -ГТ, ЩФ), установленным на основании биохимического исследования крови. Помимо общеклинического и биохимического исследований крови с определением активности ферментов сыворотки (АЛТ, АСТ, γ -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