

больных получали НПВП в сочетании с глюкокортикостероидами (ГКС) и базисными противовоспалительными препаратами. Длительность ревматологических заболеваний составила в среднем 5,9 лет, продолжительность приема НПВП - 3,7 года.

Назначаемые НПВП за анализируемый период: нимесулид (найз) - 42,7% случаев, мовалис - 32%, диклофенак - 16,7%, кеторол - 9,3%. Ежедневно принимали НПВП 21% больных, 4-5 раз в неделю - 6%, 3 раза в мес. - 9%, курсами 3-4 раза в год - 56%.

Среди факторов риска развития НПВП-гастропатии (n=194) нами выявлены: возраст старше 60 лет - в 22,2% случаев, анамнез язвенной болезни - в 2%, прием двух и более НПВП одновременно - в 4,9%, сочетанный прием НПВП с ГКС - в 65,9%, наличие *H. pylori* - у 1,5% больных.

Больным принимавшим НПВП, консультация гастроэнтеролога проводилась в 44% случаев. ФГДС за весь период наблюдения выполнялась однократно у 53,6% больных, ежегодно - у 1,5%. Эндоскопическое исследование не проводилось в 33,5% случаев. НПВП-индуцированные эрозивно-язвенные поражения по данным ФГДС выявлены у 21,4% больных (n=42), при этом язвы 12-перстной кишки зарегистрированы в 7,1% случаев, язвы желудка - в 19%, эрозии желудка - в 73,8%.

Исследование на *H. pylori* ревматологическим больным, принимавшим НПВП, выполнялось в 3,6% случаев, эрадикационная терапия проводилась в 13% случаев.

В качестве гастропротекторов использовались ингибиторы протонной помпы у 83% больных, H₂-гистаминоблокаторы - у 1%. Не получали гастропротективную терапию - 16% пациентов.

Выводы: Таким образом, гастропротекция больным, принимающим НПВП, в основном селективные ингибиторы ЦОГ-2, ревматологами назначается более чем в 80% случаев. Для профилактики и лечения НПВП-гастропатии используются ингибиторы протонной помпы. Определение *H. pylori* и проведение эрадикационной терапии у ревматологических пациентов на амбулаторном этапе остается на низком уровне.

021. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНОГО С АДЕНОКАРЦИНОМой ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Антонян А.А., Кашкина Е.И., Лякишева Р.В., Маркова А.А.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава», г. Саратов, Россия

Цель исследования. Провести анализ клинического случая аденокарциномы поджелудочной железы.

Материалы и методы. Для определения особенностей течения рака поджелудочной железы изучена клиническая картина данного заболевания у больного Б.

Результаты и их обсуждение. Больной Б., 51 года поступил в терапевтическое отделение Саратовской областной клинической больницы 7.12.09 г. с жалобами на ноющие боли в верхних отделах живота, изжогу, слабость, которые впервые появились в 2005 г. При обследовании была диагностирована язвенная болезнь

желудка. С августа 2007 г. - усиление болевого синдрома, присоединение рвоты, снижение массы тела на 15 кг за 2 месяца; при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлено образование в головке поджелудочной железы размерами 27×21 мм. В онкологическом диспансере выполнена его биопсия с последующей эксплоративной лапаротомией. При гистологическом исследовании биоптата диагностирована высоко- умереннодифференцированная аденокарцинома. Выставлен диагноз карциномы поджелудочной железы T4N1M0 с распространением на чревный ствол, верхнюю брыжеечную артерию. Проводилось 4 курса химиотерапевтического лечения 5-фторурацилом. В 2008 г. по данным ультразвукового исследования органов брюшной полости опухоль поджелудочной железы уменьшилась в размерах до 21×21 мм. В течение 2-х летнего наблюдения состояние больного оставалось удовлетворительным, лабораторные показатели - без патологии. При госпитализации в Саратовскую областную клиническую больницу в декабре 2009 г. объективно отмечаются бледность кожных покровов, болезненность при пальпации в верхних отделах живота. При обследовании выявлены повышение липазы и амилазы крови, диастазы мочи более 3-х норм, увеличение опухоли поджелудочной железы в размерах по данным ультразвукового исследования и компьютерной томографии органов брюшной полости (43×36 мм), прорастание аденокарциномы в желудок. Данных за отдаленные метастазы не получено.

Таким образом, данное клиническое наблюдение демонстрирует рак поджелудочной железы с относительно благоприятным, медленно прогрессирующим течением (3 года с момента верификации аденокарциномы 4 стадии). Особенности данного случая является отсутствие интенсивного болевого синдрома, признаков холестаза, паранеопластических синдромов, характерных для аденокарциномы данной локализации.

022. ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКИМИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ, ПОЛУЧАВШИХ АКТИВНУЮ ИММУНОСУПРЕССИВНУЮ ТЕРАПИЮ

Архангельская Е.Е., Каргальская О.Г., Пономарева Е.Ю.

Кафедра госпитальной терапии СГМУ им. В.И. Разумовского, г. Саратов

Идиопатические интерстициальные пневмонии (ИИП) - группа заболеваний с неустановленной этиологией, характеризующиеся негнойным воспалением интерстиция и респираторных пространств с исходом в фиброз и прогрессированием дыхательной недостаточности. При хроническом течении заболевания развивается легочная гипертензия и гипертрофия правых отделов сердца, формируется хроническое легочное сердце с развитием недостаточности кровообращения по большому кругу.

Целью данной работы явилось изучение основных параметров ремоделирования миокарда и оценки