**Токаренко Олександр Іванович. Екзокринна недостатність і лікування хронічного панкреатиту з дискінетичними порушеннями та захворюваннями верхніх відділів шлунково-кишкового тракту: дисертація д-ра мед. наук: 14.01.02 / Запорізький держ. медичний ун- т. - Запоріжжя, 2003**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Токаренко О.І.** Екзокринна недостатність і лікування хронічного панкреатиту з дискінетичними порушеннями та захворюваннями верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. - Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.02 - внутрішні хвороби. - Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, 2003.В умовах гастроентерологічної клініки обстежено 365 хворих на ХП віком від 18 до 70 років. За даними літератури вивчено стан питання щодо етіології ХП. Запропоновано методику дослідження ферментів, бікарбонатів у дуоденальному вмісті з урахуванням фазної дуоденальної моторики в міжтравний період. Вивчено вплив циклоферону, тіотриазоліну на фазну моторику і рН ДПК в хворих на ХП. Застосовані антиоксиданти, зокрема квамател, у комплексній терапії ХП при загостренні. Розроблені підходи до лікування ХП при його сполученні з ерозивно-виразковими хелікобактерзалежними ураженнями гастродуоденальної зони. Проаналізовано частоту асоціації ХП з TORCH інфекцією, розглянуто особливості лікування таких пацієнтів. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Проведене дослідження є комплексним розв’язанням актуальної проблеми внутрішніх хвороб, щодо діагностики та лікування хронічного панкреатиту; у дисертації наведено теоретичне узагальнення відносно етіології хронічного панкреатиту, запропонована методика збору дуоденального вмісту для дослідження в ньому ферментів і бікарбонатів, обґрунтовані підходи у лікуванні за допомогою імуномодуляторів, антиоксидантів, антихелікобактерної терапії та наведені дані відносно персистуючої внутрішньоклітинної TORCH інфекції у хворих на хронічний панкреатит;
2. При виникненні хронічний панкреатит може бути моно- або поліетіо-логічним захворюванням; кількість етіологічних чинників хронічного панкреатиту збільшується з віком.
3. У хворих на хронічний панкреатит зустрічаються різноманітні зміни інтрадуоденогастрального тиску, амплітуди скорочень, тривалості фаз мото-рики як у бік збільшення, так і в бік зменшення, що обумовлює розвиток дискінетичних розладів; посилення процесів перекисного окислювання ліпідів, більше пов'язане зі станом пацієнтів (збільшується при загостренні процесу), ніж з типами моторики; тіотриазолін, циклоферон при внутрішньо-м'язовому уведенні впливають на фазну моторику та кислотоутворюючу функцію шлунка; тіотриазолін та циклоферон при курсовому лікуванні призводять до статистично достовірних змін показників фазної моторики: зменшенню до нормальних цифр тривалості фаз моторики, зниженню до нормальних значень середнього тиску в дванадцятипалій кишці при всіх трьох фазах моторики, зменшенню до нормальних значень амплітуди скорочень у всіх трьох фазах моторики; у 36 % пацієнтів відновилася третя фаза моторики в дванадцятипалій кишці.
4. Найбільший об’єм секрету підшлункової залози, найбільша кількість ферментів, бікарбонатів у здорових і хворих на ХП відокремлюється із зонда на фоні стимуляції та через 40хв після початку другої гастродуоденальної фази; забір дуоденального вмісту без обліку фазної дуоденальної моторики ваги пацієнта, об’єму дуоденального вмісту, що відокремлюється, веде до помилкових результатів; у хворих на ХП відзначено достовірні зменшення об’єму дуоденального вмісту, який відокремлюється при зондуванні, кількості ферментів, бікарбонатів.
5. При динамічному спостереженні у 45,6 % хворих на хронічний панкреатит виявлена персистуюча внутрішньоклітинна TORCH інфекція.
6. Лікування хронічного панкреатиту, асоційованого з Helicobacter pylori, протимікробними засобами протягом тижня без антиацидотичної та з антиацидотичною терапією дозволяє домогтися ремісії хронічного панкреатиту, значно знижує ризик рецидиву; ризик рецидиву без застосування комплексної антихелікобактерної терапії на 37 % більше ніж при її призначенні.
7. Застосування антихелікобактерної терапії (антибіотиків, метронідазола) у хворих на ХП у сполученні з ерозивно-виразковими хелікобактерзалежними захворюваннями підсилює моторику, кислотоутворення шлунка; призначення цих засобів необхідне у всіх хворих на хронічний панкреатит, інфікованих Helicobacter pylori поза періодом загострення; призначення антихелікобактерного лікування в гострому періоді викликає тимчасове погіршення самопочуття, стану пацієнтів, збільшує тривалість болючого періоду (тривалість болючого періоду при застосуванні комплексного антихелікобактерного лікування в період загострення становить (3,6±0,6) днів, а без нього – (1,9±0,4) днів, Р<0,05.
8. При рецидиві хронічного панкреатиту виникає активація перекисного окислювання ліпідів, зниження антиоксидантного захисту з наступним локальним чи системним порушенням структур і функцій органів; застосування антиоксидантів у комплексній терапії хронічного панкреатиту при загостренні процесу ефективне, знижує тривалість больового періоду в хворих на хронічний панкреатит (3,3 дні тривалість больового періоду при їхньому застосуванні та 4,48 – без застосування антиоксидантів).
9. У період загострення хронічного панкреатиту внутрішньо м’язове введення кваматела у 22,2 % хворих купірує больовий синдром.
 |

 |