**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. | |