**Норейко Вікторія Анатоліївна. Клініко-патогенетична характеристика та лікування в амбулаторних умовах хронічного некалькульозного холециститу, сполученого з хронічними обструктивними захворюваннями легень : Дис...канд. мед. наук: 14.01.02 / Донецький держ. медичний ун-т ім. М.Горького. — Донецьк, 2005. — 191арк. : рис. — Бібліогр.: арк. 157-191**

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

|  |
| --- |
| Норейко В.А. Клініко-патогенетична характеристика та лікування в амбулаторних умовах хронічного некалькульозного холециститу, сполученого з хронічним обструктивним захворюванням легень. — Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.02 — внутрішні хвороби.— Луганський державний медичний університет МОЗ України, Луганськ, 2005.Дисертацію присвячено підвищенню ефективності амбулаторного реабілітаційного лікування хронічного некалькульозного холециститу, сполученого з хронічним обструктивним захворюванням легень. У хворих на сполучену патологію виявляються дисфункції жовчного міхура та біліарних сфінктерів, зміни біохімічних печінкових показників, синдром ендогенної „метаболічної” інтоксикації, активація перекисного окислення ліпідів і зниження ферментів антиоксидантного захисту, вторинний імунодефіцит переважно за відносним супресорним варіантом. Традиційне лікування сприяє розвитку тенденції до поліпшення цих порушень, але не призводить до їх повної ліквідації. Включення до амбулаторного лікування поряд з загальноприйнятими засобами глутаргіну та антигомотоксичного препарату мукоза композитум значно підвищує ефективність терапії. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. У дисертації наведено теоретичне узагальнення та практичне вирішення актуальної наукової задачі — підвищення ефективності лікування хворих на ХНХ, сполучений з ХОЗЛ, шляхом застосування сучасних препаратів — глутаргіну та мукози композитум. Лікування вказаного контингенту хворих за допомогою запропонованих ліків може здійснюватися в амбулаторних умовах.
2. У хворих на ХНХ, сполучений з ХОЗЛ виявляються три варіанти болю в животі: колікоподібний короткочасний внтенсивний (ССТ 1,96) — в 47,5% випадків; ниючий тупий, з мінімальною або помірною інтенсивністю (ССТ 1,12) — в 37,5% випадків; епізоди різкого посилення болю на фоні ниючого тупого болю або важкості у правому підреберьї (ССТ 1,42) — в 15,0% випадків. В 21,7% випадків мають місце клінічні прояви перихолециститу, в 11,7% випадків — холецистокардіального синдрому, в 45,0% випадків — психосоматичних розладів.
3. За даними БФДЗ при наявності колікоподібного інтенсивного болю домінують гіперкінетична дисфункція ЖМ і гіпертонус сфінктера Одді, а при більш тривалому, але менш інтенсивному болю — гіпокінетична дисфункція ЖМ і недостатність сфинктера Одді. За даними динамічної сонографії ЖМ при інтенсивному колікоподібному болю в 66,6% випадків виявляється гіперкінетично-гіпертонічна дисфункція ЖМ, характерним є збільшення ІС; при тупому болю з помірною інтенсивністю в 71,1% випадків розвивається гіпокінетично-гіпотонічна дисфункція ЖМ, характерним є зменшення ІС. У хворих з епізодами гострого болю на фоні постійного тупого болю не відмічалося переважної частоти одного з варіантів дисфункції ЖМ і сфінктера Одді за результатами БФДЗ і динамічної сонографії. Об’єм ЖМ істотно збільшений при гипокінетично-гіпотонічній дисфункції ЖМ. У всіх хворих на ХНХ, сполучений з ХОЗЛ виявлялася збільшена кількість лейкоцитів у порції В дуоденального вмісту. Більше, ніж в половині випадків в цій порції наявні елементи біліарного сладжу.
4. Імунологічні зсуви в обстежених хворих характеризуються Т-лімфопенією, дисбалансом субпопуляційного складу Т-лімфоцитів, переважно зі зниженням кількості циркулюючих лімфоцитів з фенотипом CD4+ (Т-хелпери/індуктори), зменшенням імунорегуляторного індексу CD4/CD8 та показника РБТЛ, що свідчить про пригнічення функціональної активності Т-клітин (CD3+). Встановлено пригнічення показників ФАМ у обстежених хворих, переважно ІП, який характеризує незавершеність процесів перетравлення мікробів, а також наявність дисімуноглобулінемії, підвищення концентрації ЦІК, переважно за рахунок найбільш токсичних середньо- і дрібномолекулярних фракцій. У хворих на ХНХ, сполучений з ХОЗЛ, суттєво знижується концентрація СІФ та пригнічується продукція - та -ІФН.
5. У хворих на ХНХ, сполучений з ХОЗЛ, виявляється СМІ (підвищення рівня СМ у сироватці крові), збільшення рівня як проміжних (ДК), так і кінцевого (МДА) продуктів ПОЛ в крові на фоні пригнічення ферментів системи АОЗ.
6. Включення комбінації глутаргіну і мукози композитум до комплексу амбулаторного лікування хворих на ХНХ, сполучений з ХОЗЛ, сприяє зменшенню клінічних проявів обох захворювань, подовженню ремісії захворювання, корекції дисфункції ЖМ і біліарних сфінктерів, активності ПОЛ і стану АОЗ, поліпшенню або нормалізації функціонального стану печінки, зменшенню вираженості або ліквідації вторинного імунодефіцитного стану, СМІ.
 |

 |