**Кушніренко Інеса Василівна. Оптимізація діагностики і лікування рефрактерної гастроезофагеальної рефлюксної хвороби, поєднаної з ожирінням. : Дис... канд. наук: 14.01.02 - 2008.**

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

|  |
| --- |
| **Кушніренко І. В. Оптимізація діагностики і лікування рефрактерної гастроезофагеальної рефлюксної хвороби, поєднаної з ожирінням. – Рукопис.****Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.02 – внутрішні хвороби. Харківський національний медичний університет МОЗ України, Харків, 2008.**При комплексному дослідженні 93 хворих на рефрактерну ГЕРХ в поєднанні з ожирінням та 54 – з нормальною масою тіла встановлені закономірності формування рефрактерної ГЕРХ на підґрунті визначення екзогенних факторів, характеру змін моторно-евакуаторної функції Ш, тривалості епізодів ДГР, найбільш впливових компонентів складових рефлюксату та їх ушкоджуючої дії на СО ЕГДЗ, стану оксидативного гомеостазу. Це дозволило обґрунтувати нові підходи до раціональної терапії, спрямованої на усунення екзогенних чинників, корекцію функціональних і морфологічних порушень в ЕГДЗ. Доведена ефективність запропонованого лікування щодо клінічного перебігу та структурно-функціональної організації езофагогастродуоденальної зони. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. У дисертаційній роботі наведено теоретичне обґрунтування та нове вирішення наукової задачі: покращення діагностики рефрактерної гастроезофагеальної рефлюксної хвороби у пацієнтів з ожирінням та підвищення ефективності їх лікування на підставі визначення впливу екзогенних та ендогенних факторів на структурно-функціональну організацію ЕГДЗ.
2. Серед екзогенних найбільш впливовими є 3 групи факторів, що перешкоджають повному виліковуванню пацієнтів з рефрактерною ГЕРХ в поєднанні з ожирінням: порушення хворими лікарських рекомендацій, тяжка фізична праця та тривале застосування НПЗЗ, яке корелювало з інтенсивністю клінічних проявів, зокрема, важкістю у епігастрію (r=0,481; р=0,015) та печією із частотою 1-2 рази на тиждень (r=0,457; р=0,022). До ендогенних факторів слід віднести зміни ліпідного обміну на тлі яких відбувалося уповільнення шлункової евакуації, швидкість якої негативно корелювала з ЗЛ (r=-0,544; р=0,001), ТГ (r=-0,521; р=0,001), та асоціювалося зі зниженням глибини перистальтичної хвилі (r=0,563; р=0,031). Наступне виникнення ДГР визначає особливості клінічної симптоматики, зокрема, найвищий ПІнС нудоти, частота якої збільшується при зростанні КЛЗ в нічний час (r=0,533; р=0,041).
3. За ультразвуковим методом з чутливістю 81,8% та специфічністю 62,5% визначено у 75,3% пацієнтів анатомічну неспроможність воротаря та розлади, що з нею пов’язані: ретроградний закид дуоденального вмісту у шлунок на тлі зяяння пілоричного каналу та зростання пілоричного індексу в 1,6 рази (р<0,001), який корелює з індексом маси тіла (r=0,581; р=0,031).
4. Наявність ДГР визначає формування морфологічних змін СО ЕГДЗ: ступінь атрофії в СО тіла Ш (r=0,681; p=0,015), частоту виявлення гіперплазії в тілі (r=0,802; p=0,002) та АВ Ш (r=0,686; p=0,003), дисплазії СО тіла Ш (r=0,835; p<0,001).
5. Ендогенним фактором рефрактерної ГЕРХ у 57,0% пацієнтів з ожирінням є нічний лужний „прорив”, одним з механізмів якого є зниження глибини перистальтичних хвиль АВ Ш (r=-0,823; р=0,044) та збільшення тривалості епізодів ДГР (r=0,692; р=0,001). Нічний кислотний „прорив” виявлений у 46,2% пацієнтів і залежав від тривалості прийому НПЗЗ (r=0,463; р<0,05).
6. У хворих з рефрактерною ГЕРХ найбільш ушкоджуючу дію щодо СО ЕГДЗ має глікохолева кислота, рівень якої зростає з підвищенням ІМТ (p<0,01) та корелює зі ступенем рефлюкс–езофагіту (r=0,459; р=0,040), наявністю ерозивних змін у стравоході (r=0,417; р=0,020), частотою запалення у СО тіла Ш (r=0,423; p=0,002).
7. Структурні зміни СО ЕГДЗ у хворих на рефрактерну ГЕРХ, поєднану з ожирінням, підтримуються дисбалансом в антиоксидантній ланці системи окислювального гомеостазу: при підвищенні активності СОД у 1,8 рази (р<0,001) спостерігається зниження активності каталази (p<0,001), яка корелювала з ІМТ (r=-0,457; p=0,022) і частотою виявлення гіперплазії в тілі Ш (r=0,377; p=0,040).
8. Застосування лікувального комплексу з урахуванням визначених екзогенних факторів, ушкоджуючої дії складових рефлюксату, функціональних розладів Ш, які сприяють розвитку рефрактерної ГЕРХ та урахуванням фаз перебудови ліпідного обміну дозволило досягти регресії клінічних проявів у 73,8% хворих з ожирінням (p<0,001), покращити моторно-евакуаторну функцію Ш у 57,1% (p<0,001), досягти повної ліквідації ДГР у 49,9% пацієнтів (p<0,001), НКП – у 100,0% та втричі зменшити прояви НЛП (р<0,001), відновити баланс у системі окислювального гомеостазу за рахунок зменшення накопичення вторинних та кінцевих продуктів ПОЛ та посилення ферментативної ланки антиоксидантного захисту, що в кінцевому результаті сприяло зменшенню вираженості запальних реакцій та покращенню морфологічного стану СО шлунка у переважної кількості хворих.
 |

 |