**Заболотна Ірина Борисівна. Обгрунтування диференційованих методів ранньої санаторно-курортної реабілітації хворих після холецистектомії: дис... канд. мед. наук: 14.01.33 / Український НДІ медичної реабілітації та курортології. - О., 2005**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Заболотна І.Б. Обгрунтування диференційованих методів ранньої санаторно-курортної реабілітації хворих після холецистектомії**.**– Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.33 – курортологія та фізіотерапія. – Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України. Одеса, 2005.  Дисертаційна робота присвячена розробці диференційованих методів раннього відновлювального лікування хворих після холецистектомії з приводу ЖКХ з урахуванням характеру та ступеню порушень у гастродуоденальній системі та вуглеводного обміну з метою підвищення ефективності терапії.  На підставі результатів комплексного клінічного, лабораторного та інструментального обстеження хворих, визначення особливостей клінічного перебігу раннього відновлювального періоду, стану гепатопанкреатобіліарної і гастродуоденальної систем та прихованих порушень вуглеводного обміну, виявленого взаємозв'язку між важкістю уражень гастродуоденальної системи та порушеннями вуглеводного обміну, розроблені диференційовані комплекси лікування з використанням різних методів фізіотерапії.  На підставі вивчення безпосередніх та віддалених результатів лікування хворих після холецистектомії доведено, що застосування розроблених комплексів на етапі ранньої санаторно-курортної реабілітації в залежності від характеру та ступеню патологічного процесу у гепатобіліарній та гастродуоденальній системах, підшлункової залозі та прихованих порушень вуглеводного обміну сприяє значному підвищенню ефективності лікування, запобігає розвитку стійких післяхолецистектомічних розладів та формуванню цукрового діабету 2 типу. | |
| |  | | --- | | 1. У хворих в ранній термін (5-14 день) після холецистектомії у 100 % випадків виявляються запальні явища з боку гастродуоденальної системи поряд із розладами її моторно-евакуаторної функції (72,56±4,19 %), що у половині випадків асоційовано з хелікобактеріозом, а в 84,96±3,36 % випадків - із порушенням кислотоутворення у шлунку.   Приховані порушення вуглеводного обміну визначаються у половини хворих, які перенесли холецистектомію, що супроводжується пригніченням неспецифічної резистентності та наявністю автоімунних реакцій до тканин підшлункової залози, печінки та шлунку.  Ступень порушень вуглеводного обміну у хворих після холецистектомії прямо корелює (r= 0,716±0,17) із важкістю уражень гастродуоденальної системи. Відсутність кореляційного взаємозв’язку (r= -0,097±0,28) між давниною захворювання та ступенем порушень вуглеводного обміну свідчить про тривалий латентний перебіг початкових метаболічних розладів.  ДМХ-терапія на ділянку правого підребір’я виявляється найбільш ефективною щодо усунення прояв патологічного процесу у гепатобіліарній системі. На стан гастродуоденальної системи даний метод лікування суттєвого впливу не надає.  ДМХ-терапія на ділянку щитовидної залози сприяє ліквідації запально-деструктивних уражень езофагогастродуоденальної системи поряд зі зменьшенням контамінації Helicobacter pylori на тлі значного зниження кислотоутворення у шлунку за умов вихідної гіперацидності.  СМС-терапія на ділянку епігастрія, на відміну від ДМХ-терапії на ділянку щитовидної залози, нормалізує моторно-евакуаторну функцію езофагогастродуоденальної системи. Даний метод лікування сприяє нормалізації прихованих порушень вуглеводного обміну, що супроводжується стимуляцією роботи фагоцитарної ланки та обмеженням аутоімунних реакцій до тканини печінки та шлунку. | |